

Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn

Høringsuttalelse fra sentrene for omsorgsforskning

Våre kommentarer er knyttet til hoveddokumentet.

Dokumentet inneholder mange positive planer for tjenestetilbudet for personer med demens, og hovedmålet om et mer demensvennlig samfunn er et godt utgangspunkt for gode strategier og tiltak. Det foreslås «god og helhetlig planlegging og kontakt og samarbeid på tvers av sektorgrenser, tjenestenivåer og ansvarsområder». Vi synes imidlertid at dokumentet har uklare grenseoppganger mellom de ulike sektorer, områder og nivåer, og sier lite om hvem som har ansvar for de ulike tiltakene. For å kunne skape et demensvennlig samfunn, mener vi at kommunene også har behov for en sterk planleggingskompetanse.

Koblingen mot NCD-strategien oppleves bare som delvis relevant. Tiltakene som nevnes er absolutt relevante som en generell strategi for forebygging på befolkningsnivå, men blir i dokumentet omtalt som spesielt relevant knyttet til forebygging av demens. Hjerte-karsykdommer, diabetes, kreft og KOLS er alle sykdommer som helt eller delvis kan behandles medisinsk og palliativt. Det er også ofte en mer tydelig sammenheng mellom livsførsel og ervervet lidelse, enn hva det er når en person utvikler en demenslidelse.

Dokumentet oppfattes som ordrikt, og det kan være vanskelig å få et oversiktlig og tydelig bilde av hva som skal til for at tjenestetilbudet til personer med demens skal bli bedre, og hvordan kommunene skal settes i stand til å løse de oppgavene de blir pålagt. To eksempler kan nevnes. Styrking av kompetanse i tjenesteapparatet poengteres, mens det ikke gis noen konkrete forslag til hvordan dette kan oppnås og hvordan gode modeller i demensomsorg kan implementeres. Det sies en god del om at det bør satses på velferdsteknologi, men det gis ingen forslag til hvordan velferdsteknologi kan implementeres. Det kan være vanskelig å følge tråden i kapittelet som tar for seg erfaringene fra Demensplan 2015 og hvilke behov vi står foran nå.

Mange av forslagene er foreslått tidligere, og vi vet lite om hvilke muligheter kommunene har hatt for å gjennomføre disse og hvilke effekter tiltakene eventuelt har hatt. Det vises flere steder i dokumentet til «den nasjonale kartleggingen av tjenestetilbudet til personer med demens». Dokumentet er ikke registrert i litteraturhenvisingen og det har heller ikke vært mulig å spore det opp. I følge denne kartleggingen har det vært en viss oppgang i antall avlastningsplasser og dagtilbud, men den viser også at tilbudene fortsatt er mangelfulle. Det er ikke beskrevet hvorfor ambisjonene fra Demensplan 2015 ikke er implementert, hvordan status er og hvilken kompetanse som finnes i den enkelte kommune.

Vår mening er at Demensplan 2020 skulle vært avventet til en helhetlig evalueringen av Demensplan 2015 hadde forelagt og til evalueringen av Samhandlingsreformen var slutført. Eksempelvis vet vi at det i flere kommuner er slik at avlastningsplasser som tidligere var

forbeholdt personer med demens, nå forbeholdes utskrivningsklare pasienter. En mindre omfattende evaluering fra 2014 av Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet viser blant annet en tendens til at kommunene har fått flere pasientgrupper, og at terskelen for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester er blitt høyere. Det oppstår en mangel på institusjonsplasser generelt, og etablerte avlastningsordninger for hjemmeboende personer med demens blir nedprioritert (1:8).

Kunnskap og kompetanse nevnes som et av seks områder hvor det er særlig behov for en ytterligere innsats. Vi er enige i at det nå er større åpenhet om demenssykdom, og at Demensplan 2015 nok i stor grad har bidratt til dette. Når det kommer til beskrivelse av kompetansebehovet hos ansatte og strategi og konkrete tiltak savner vi en større nyansering. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har gjort et viktig arbeid gjennom opplæringsverktøyene Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC (og etter hvert «Miljøpermen»), men det er etter vår mening nødvendig å sikre at kommunene innehar mer enn en grunnleggende kunnskap om demens. Det er nødvendig å sikre at tjenestene har kompetanse på høyskole- og universitetsnivå.

Det poengteres flere steder i dokumentet at det er behov for å prøve ut modeller for organisering av hjemmetjenestene for å sikre kontinuitet, forutsigbarhet og god helse- og sosialfaglig oppfølging. Videre at det skal gjennomføres et treårig utviklingsprogram for å prøve ut modeller. Dette er svært positivt. Særlig i hjemmetjenestene er det av stor betydning av det utvikles arbeidslag og primær- og oppfølgingsteam (jfr. Primærhelsetjenstemeldingen) med spesialkompetanse og begrenset størrelse for å sikre forutsigbarhet og kontinuitet for målgruppen. Dette utviklingsprogrammet bør følgeevalueres.

Det er videre positivt at forebyggende hjemmebesøk for eldre skal styrkes gjennom ny statlig veileder skal utarbeides. Veilederen må rette oppmerksomhet på kommunens ansvar for tidlig innsats for hjemmeboende med demens.

Punktet om avlastning for pårørende er dessverre lite konkret med hensyn på å utvikle og foreslå ordninger som muliggjør at pårørende kan gi omsorg til sine demensrammede familiemedlemmer samtidig som arbeidslivstilknytningen opprettholdes.

Vi legger merke til at de aller fleste helse- og medisinskfaglige profesjonene ikke nevnes i dokumentet. Dette gjør det enda mer uklart hvem som skal ha ansvaret for de ulike tiltakene, og hvem som skal lede og koordinere arbeidet. Eksempelvis varsler regjeringen at den vil forskriftsfeste kommunenes plikt til å foreta systematiske legemiddelgjennomganger for beboere i sykehjem. Allikevel nevnes ikke yrkesgruppen som er viktigst i dette arbeidet, nemlig farmasøyten. Ledelseskompentanse er også et viktig aspekt etter vår mening.

Ca 80 % av pasienter i sykehjem har demens, og i arbeidet med kompetanseheving blant ansatte i sykehjem spiller sykehjemslegen/tilsynslegen en viktig rolle. Allikevel er verken legetjenesten eller spesialiteten sykehjemsmedisin nevnt i dokumentet. Vi savner også en beskrivelse og diskusjon om kommunenes bruk av demenskoordinator og demensteam.

For å styrke den medisinske og helsefaglige oppfølgingen av personer med demens som mottar hjemmetjenester, skal det nasjonale læringsnettverket for helhetlige pasientforløp for

eldre med sammensatte behov videreføres. Vi savner imidlertid en evaluering av dette læringsnettverket så langt, og en klargjøring av hvem som har ansvaret for å sikre at kommunene deltar i dette arbeidet.

Tromsø, Bergen, Gjøvik, Grimstad, Steinkjer, 01.09.2015

På vegne av de regionale sentrene for omsorgsforskning

Torunn Hamran (sign.) og

Anne Serine Fottland (sign.)

Referanse:

1. Abelsen et al. 2014. *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Stavanger: Nasjonalt senter for distriktsmedisin.