

# Demensplan 2020 - Et mer demensvennlig samfunn

Høringsinnspill fra studieretning aldring og eldreomsorg, mastergrad i helsefag.

Høringsdokumentet Demensplan 2020 består av to dokumenter:

1. Et hoveddokument på 43 sider inkludert referanseliste
2. En kortversjon med illustrasjoner på 23 sider.

Kommentarene under er skrevet ut fra hoveddokumentet.

Planen har vært diskutert i studieretningen. Anne Margrethe Støback har i hovedsak forfattet uttalelsen som oversendes IHO v/ Vibeke Guddingsmo.

Hoveddokumentet har inndeling med 6 kapitler som i innholdsfortegnelsen ser oversiktlig ut. Ved videre lesing fremstår dokumentet som ordrikt og ikke systematisk gjennomarbeidet. En del av det skrevne er god og spennende lesning, men i hovedsak fremstår hoveddokumentet med mangler både språklig og innholdsmessig.

- Innledningsvis vises til NCD – sykdommene og NCD strategi. Denne strategien forklares dårlig, men det vises til at «forebyggende tiltak på befolkningsnivå er i stor grad de samme for alle NCD sykdommene (Noncommunicable Chronic Diseases) og sidestiller dette med demens. Demensplan 2020 bygger derfor i stor grad på NCD – strategien. Dersom man så går til Helse- og omsorgsdepartementet for å se nærmere på NCD strategien er vi at demens blir satt i gruppe med fire store folkesykdommer: hjerte- og karsykdommer, diabetes, kronisk lungesykdommer og kreft. Dette er fire sykdommer som rammer den fysiske helsen og som vi vet mye om de fysiske årsakene til. Vi mener at det oppleves ikke riktig å sette demenssykdommer sammen med disse lidelsene. På forsiden tar NCD-strategien riktignok opp begreper som mestring, kunnskap, godt liv etc. Men i strategien vises det til folkehelsearbeid med sykdomsforebygging gjennom redusert tobakksbruk, kostholdsråd, bremset alkoholbruk, øket fysisk aktivitet. Dette er noe vi vet har betydning for utvikling av hjerte- kar sykdommer, men vi har begrenset kunnskap om årsaker som kan forebygges når det gjelder Alzheimers sykdom – den største av demenssykdommene. Vi mener at NCD strategien må legges til side fordi arbeidet med Demenssykdommene krever en egen strategi. Forebygging må ha en annen innfallsvinkel her. Demenssyndromet består av så mange forskjellige lidelser at det ikke ensidig kan settes i bås med NCD.

- Demensplanen må bearbejdes språklig. På side 5 forsøkes det å definere demenssykdom med sine utfordringer. «Personer som rammes av demens, får vansker med å anvende innlærte kunnskaper eller mestre hverdagssysler». Hverdagssysler, hva innebærer det? Er det hobbyer det dreier seg om, eller hva? «Demens er et hjerneorganisk syndrom..... kjennetegnet ved..... sviktende funksjonsevne i dagliglivets funksjoner» (Engedal 2008). Det handler ikke om «sysler», men er langt mer alvorlig, det handler om dagliglivets funksjoner. Slike språklige upresisheter er det flere av i dokumentet.
- Del 4.1 handler om forebygging. Som nevnt under første kulepunkt oppleves det feil å overføre NCD strategien til lidelser som demenssykdommene bidrar til. Ved å legge for stor vekt på forebygging gjennom kosthold ol. kan vi oppleve at vi påfører pårørende en ekstra belastning gjennom dårlig samvittighet for hvordan deres levesett har vært. Under pkt.5 om strategier og tiltak er forebygging på topp, med en mangelfull klargjøring av hva som menes med forebygging. Vi vet for lite om årsaker til Alzheimers sykdom til å sette et slikt tiltak på topp. Vaskulær demens er en mindre gruppe hvor for eksempel kosthold og røyking kan ha betydning, men her blir det viktig med differensiering. Når det gjelder sekundærforebygging derimot, som fallforebygging, sosial stimulering og oppfølging av enkeltmennesket er det et arbeid som det bør satses på. Punktet om forebygging bør fokusere sekundærforebygging og legge mindre vekt på sykdomsforebygging som vi vet for lite om.
- Del 4.2 handler om kunnskap og kompetanse. Under punktet kompetanse i helse og omsorgstjenestene vises det til demensomsorgens ABC som har vært et vellykket tilbud til mange helsearbejdere. Et tilbud som gjennomføres internt på arbeidsplassene. Det er bra, men kompetanse på høyere nivå er dårlig behandlet. Det finnes god nordisk forskning som viser at avanserte kunnskaper om demens, diagnostisering og miljøbehandling er viktig for å gi personer med demenssykdom en god hverdag. Det betyr at ledere og helsepersonell med bachelorutdanning trenger videre utdanning på høyere nivå for å kunne utarbeide gode tilbud, sette disse ut i livet og følge opp sine ansatte i det daglige arbeidet. Det vises til at leger har mangelfull kunnskap om diagnostisering. Det bør påpekes at sykepleiere og annet annet personell med bachelorutdanning bør sikres videre kompetanse innen dette fagfeltet på universitetsnivå. Her kan det vises til gode erfaringer med demens og alderspsykiatri på masternivå ved UiT – Norges arktiske universitet. Slik utdanning må styrkes og videreføres i alle deler av landet.

- I planens del 3.4 står det en setning om at «demenssykdom er ofte kombinert med andre diagnoser og funksjonsnedsettelse». De fleste med denne sykdommen er gamle mennesker som bor i institusjon. I planen fokuseres det lite på konkrete tiltak som kan bedre livskvaliteten til disse personene. Det skrives om helhetlige pasientforløp men det er lite presisert hva det innebærer. Det handler ikke bare om å få en demensdiagnose, men også mulighetene til å bli utredet og behandlet for andre lidelser som kan komme i alderdommen.

Det er flere punkter som kunne vært kommentert, men tiden etter semesterstart har vært travel med to kull studenter inne. Vi håper at våre innspill vil bli tatt med i IHOs sin uttalelse.

Tromsø 27.08.15

Vennlig hilsen  
Studieretning aldring og eldreomsorg  
Mastergrad i helsefag



Toril Agnete Larsen  
Fagansvarlig