

Statusnotat om demensområdet

Indledning	2
Fakta om demenssygdomme.....	4
Den kommunale udvikling på demensområdet	5
Den politiske vinkel	13
Specialisternes vinkel.....	15
Demensområdets udfordringer.....	16
Afslutning.....	17
Bilag 1: Kortlægning af demensindsatsen i kommunerne.....	19



Indledning

KL har i samarbejde med en række kommuner igangsat et udviklingsprojekt vedr. demensindsatsen i kommunerne under Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt. Projektets primære formål er at formidle og udbrede kommunernes gode erfaringer og resultater på demensområdet. Her beskrives baggrunden for Demensprojektet, projektets formål, organisering og samarbejdspartnere.

Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt består af 18 delprojekter med ledelse, kvalitet i kerneydelser, attraktive arbejdspladser samt dokumentation og styring som hovedtemaer. Det er væsentligt at bemærke, at kvalitetsprojektet er udviklet og gennemføres i tæt samarbejde med kommunerne for at sikre fokus på den kommunale praksis samt sikker forankring i kommunerne.

Fælles formål for de 18 projekter er at sikre borgerne bedre service, at præsentere og dokumentere kommunernes resultater, at styrke samarbejdet mellem de 98 kommuner og at sikre, at en kommunal organisations- og kvalitetsudvikling finder sted med udgangspunkt i kommunalbestyrelsens helhedstænkning/ direktionens koncernmodel.

Demensprojektet

Da amterne i stort omfang nedlagde og redefinerede de store plejehjem stod kommunerne i en situation, hvor flere ældre borgere med psykiatriske lidelser, herunder demens, skulle have et kvalificeret tilbud inden for kommunen. Samtidig skete der en markant udvikling i antallet af demente borgere. Udviklingen skyldes formodentlig en række faktorer, hvoraf her blot skal nævnes en større bevidsthed om demens og om behovet for tidlig udredning, den demografiske udvikling, længere levetid og bedre behandlingsmuligheder. Kommunerne stod dermed over for en ganske betydelig udfordring, der ikke umiddelbart kunne løses inden for de eksisterende rammer. Udover de faglige og organisatoriske udfordringer stod kommunerne også overfor et stort pres fra flere private foreninger og organisationer, som talte de demente borgeres sag.

Det stod hurtigt klart, at udfordringerne på ældreområdet også var karakteriseret ved en række etiske og politiske udfordringer, idet borgere med demenssygdomme kan udvikle en adfærd, der i omfattende grad er til gene for omverdenen. I arbejdet med at udvikle indsatsen på demensområdet stod det også hurtigt klart, at der var behov for at udvikle nye samarbejdsrelationer og nye tilbud til pårørende. Pårørende til demente er karakteriseret ved at være under stort pres og i risiko for at udvikle stress og sygdom.

Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

Demensområdet er et fagligt felt, hvor kommunerne i en årrække har opnået gode resultater gennem en målrettet faglig prioritering, således har langt de fleste kommuner i dag etableret specialiserede enheder og anvender demenskoordinatorer/-konsulenter. Resultaterne på demensområdet er dermed også en konkret case på, hvordan kommunerne gennem udvikling og styring af den faglige indsats er i stand til at opnå gode resultater.

Det er projektets intention at vurdere, om de gode erfaringer fra demensområdet kan nyttiggøres i forhold til enkelte eller flere andre specialiserede områder. Gennem en systematisk beskrivelse af vejen til den nuværende faglige indsats på ældreområdet vil det være muligt at overføre erfaringer og virksomhedsfulde tiltag til tilrettelæggelsen af den faglige indsats på andre specialiserede områder - fx funktionshandicappede, rehabilitering, kronikerindsats og bedre akutberedskab på ældreområdet.

At sætte fokus på og beskrive udviklingen af den kommunale indsats på demensområdet forventes derfor på flere områder at kunne fremme det nuværende arbejde med at videreudvikle demensindsatsen, skabe rammer for anden specialisering inden for social- og sundhedsområdet samt kvalificere kommunalpolitiske beslutninger og prioriteringer inden for borgergrupper med behov for specialiserede pleje-, omsorgs-, og aktivitetstilbud.

Læsevejledning

Statusnotatet indeholder kvalitative beskrivelser af det kommunale demensområde. Hertil kommer en kvantitativ kortlægning af indsatsen af på demensområdet, der vedlægges som bilag 1.

Notatet indeholder følgende kapitler:

Fakta om demensområdets udvikling i kommunerne

Her sættes fokus på den historiske udvikling, demenssygdomme og samarbejdet mellem primær- og sekundærområdet.

Den politiske vinkel

Kapitlet indeholder en række politiske betragtninger på kommunernes demensindsats baseret på en række politikerinterviews i projektkommunerne samt en temadrøftelse i KL's Social- og Sundhedsudvalg.

Specialisternes vinkel

I dette kapitel sammenfattes en beskrivelse af området – udviklingen, stærke og svage sider, herunder juridiske og faglige udfordringer, rekruttering og uddannelse og boligsituationen.

Demensområdets udfordringer

I kapitlet præsenteres kort de væsentligste udfordringer på demensområdet, som projektet har afdækket på baggrund af KL's kortlægning af demensområdet og drøftelserne med projektets kommunerepræsentanter.

Afslutning

I dette kapitel opsummeres projektets konklusioner i forhold til formålet med projektet.

Fakta om demenssygdomme

Hvad er demens?

Der er mange årsager til demens, men fælles træk er, at der sker en organisk svækkelse. Demens er forskellige symptomer på skadelig påvirkning af hjernens intellektuelle funktioner, som medfører svækkelse af hukommelsen, koncentrationsevnen, orienteringsevnen og forandringer i personlighed og adfærd.

Afhængig af hvilken del af hjernen, der er ramt af sygdommen vil forskellige symptomer opstå. Er den forreste del af hjernen ramt som ved frontotemporal demens (FTD) sker en ændring i personlighed, mens tab af færdigheder og orienteringsevne er følgen, hvis den bageste del af hjernen rammes som ved Alzheimers demens.

Internationalt er der enighed om en række kendetegn ved demens, som beskrives af WHO's diagnoseliste ICD –10. Her er listet forskellige krav op, som skal være til stede for at man kan give diagnosen demens¹.

Der er forskellige typer af demens. Overordnet kan de opdeles i tre typer, hvorunder der er en række diagnoser. De tre typer er

- Primær degenerativ demens
- Sekundær degenerativ demens
- Vaskulær demens

Inden for den første type er diagnoser som Alzheimer, Lewy body, FTD og Parkinson med demens. Inden for type to er diagnoserne vitaminmangel, rumopfyldende processer, alkohol, slag mod hoved og infektioner. Inden for den tredje type findes diagnoser som blodprop, Binswanger og hjerneblødning.

De fire mest almindelige former for demens, som i alt udgør 80 % af tilfældene, er Alzheimers (udgør ca. 40 %), vaskulær, FTD og Lewy body demens.

¹ I. Svækkelse af hukommelse, især for nyere data, II. Svækkelse af andre kognitive funktioner, III. Bevaret bevidsthedsklarhed i et omfang tilstrækkeligt til at bedømme I + II, IV: Svækkelse af emotionel kontrol, motivation eller social adfærd med mindst 1 af følgende – emotionel labilitet, irritabilitet, apati og forgrovet social adfærd og V. Varighed mindst 6 måneder.

I projektet skelnes der kun i meget begrænset omfang mellem forskellige typer af demens, men det er væsentligt at bemærke, at der er væsentlige forskelle i pleje- og omsorgsbehov afhængig af borgerens diagnose. I kommunerne udgør den første diagnosegruppe hovedparten af borgere med demenssygdomme.

Plejebehov ved demens

Fælles for demenssygdommene er, at de er fremadskridende, og at der med tiden sker en funktionsnedbrydning. Til at starte med er symptomerne ikke så specifikke og kan forveksles med andre sygdomme. I de efterfølgende faser kendetegnes demens mere og mere ved adfærdsforstyrrelser og psykiske symptomer som uro, rastløshed, handletrang, vandren og andre aktivitets- og søvnforstyrrelser og nogle gange psykotiske symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger. Demens kan også være præget af angst, depressioner, vrede eller aggressivitet.

Demenssygdomme hører til blandt de alvorligste hjernesygdomme, som det endnu ikke er muligt at kurere. Det er til gengæld muligt gennem medicinsk behandling at forsinke følgerne af sygdommen, herunder funktionstab. De bedste resultater opnås, når borgeren så tidligt som muligt gennemgår en demensudredning og diagnosticeres for derefter at blive sat i korrekt behandling.

Også på pleje- og omsorgsområdet er det væsentligt at kunne iværksætte en målrettet indsats i de tidlige faser af demenssygdommene, da både træning og pleje kan medvirke til at forsinke følgerne af demenssygdommene og dermed medvirke til at fastholde borgernes funktionsevne længst muligt.

Der er som sagt forskellige grader af funktionssvækkelse afhængigt af, hvor fremskreden demenssygdommene er, og der tales derfor om tre sværhedsgrader; let demens, moderat demens og svær demens. Ved let demens påvirkes de normale dagligdagsaktiviteter og der tales ofte om indskrænket dagligt aktivitetsniveau. Ved moderat demens påvirkes dagligdagsaktiviteterne så meget, at der er brug for hjælp udefra. Ved svær demens er der brug for vedholdende pleje og overvågning.

Den kommunale udvikling på demensområdet

En social- og sundhedsfaglig kontekst

Demensområdet er karakteriseret ved kontinuerligt at have udviklet den specialiserede indsats i takt med nye udfordringer på området. Siden slutningen af 1980'erne har kommunerne haft fokus på, at demensområdet krævede en særlig indsats, idet der var tale om borgere med problemer og behov, som på mange måder var væsentlig anderledes end det traditionelle ældreområde.

Det stod derfor hurtigt klart, at kommunerne på dette område var nødt til målrettet at kortlægge, beskrive og prioritere udfordringerne og derefter udvikle indsatsen og tilbuddene, så de matchede borgernes særlige behov.

En af de første væsentlige konklusioner blev, at på dette område er det ikke tilstrækkeligt alene at tænke i traditionelle socialfaglige løsninger. For at kunne udvikle nødvendige faglige kompetencer og målrettede tilbud skulle der tænkes i tværfaglige løsninger. Demensområdet er derfor i dag kendetegnet ved at være det første kommunale indsatsområde inden for ældreplejen, hvor diagnosen er kommet i fokus.

På næsten alle andre områder har de kommunale indsatser på ældreområdet været kendetegnet ved at tage afsæt i sociallovgivningens intentioner, hvor der fokuseres på borgernes funktionsniveau og funktionstab. Indsatsen tilrettelægges, så den enten udvikler, vedligeholder eller kompenserer borgernes funktionstab. Det er i den sammenhæng mindre væsentligt, hvilken årsag der er til det erhvervede funktionstab

På demensområdet er det imidlertid af stor betydning at have fokus på diagnosen. Dels kan diagnosen fortælle meget om, hvordan sygdommen vil udvikle sig, og hvilke særlige behov der kendetegner sygdomsforløbet. Dels kan symptomer på demens være identiske med symptomer på andre og mindre alvorlige sygdomme som fx væskemangel, infektionssygdomme og depression. Hertil kommer, at der i løbet af årene er udviklet forskellige behandlingsmuligheder til borgere med demens. Ingen behandling kan dog helbrede, men behandling kan forsinke udviklingen i følgerne af sygdommen, herunder funktionstab, hvorfor behandling skal iværksættes så tidligt som muligt.

Den tidlige erkendelse af, at demensområdet skulle udvikles med afsæt i både en socialfaglig og en sundhedsfaglig kontekst har haft stor betydning for en vellykket udvikling af et specialiseret indsatsområde.

Den trinvis udvikling

De første specialister

Den første store udfordring handlede om at skabe de fornødne faglige kompetencer – ikke blot i forhold til at varetage de daglige pleje, omsorgs- og aktivitetsydelser, men i høj grad også i forhold til at kunne producere beslutningsgrundlag til at håndtere den hastigt stigende udfordring.

Hele udviklingsforløbet blev i høj grad båret af engagerede medarbejdere og ledere, som målrettet gik i gang med at kortlægge og beskrive udfordringerne og sam-

Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

tidig tilegne sig viden om demenssygdommene og de indsatser, der kunne støtte og lindre borgerne i deres sygdomsforløb.

Det stod hurtigt klart, at behovet for faglig kompetenceudvikling var meget stort, og at der ikke var etablerede undervisningstilbud, hverken nationalt eller internationalt. Pionererne i indsatsen måtte på egen hånd finde ny viden, og der blev hentet inspiration og viden fra både den sociale, den sundhedsfaglige og den pædagogiske verden.

Tidligt i udviklingsforløbet blev der etableret forskellige faglige fællesskaber, hvor de kommunale nøglepersoner – demenskonsulenterne/-koordinatorerne etablerede netværk på tværs af kommunerne, og disse netværk har i alle årene haft stor betydning og været meget synlige i demensindsatsen.

Det første trin bestod altså i at udvikle specialistfunktionen som demenskonsulent/-koordinator, og i dag har så godt som alle kommuner demenskonsulenter/-koordinatorer, som udgør kernen i det kommunale demensstilbud.

Kompetenceudvikling i organisationen

En fælles opgave for landets demenskonsulenter/-koordinatorer var at sætte fokus på behovet for at kompetenceudvikle bredere i organisationen. Erfaringerne viste hurtigt, at antallet af borgere med demens var betydeligt større, end hvad en enkelt specialist kunne varetage i sit daglige virke.

Det næste trin bestod derfor i at kompetenceudvikle på flere niveauer i organisationen for at sikre en større bredde i, hvilke medarbejdere der kunne varetage de særlige pleje- og omsorgsopgaver.

Den brede kompetenceudvikling skete dels internt i organisationen, men også eksternt skubbede demenskonsulenterne/-koordinatorerne på for at få udviklet målrettede efteruddannelsestilbud rettet mod ældreområdets forskellige faggrupper. Og i dag er der for alle faggrupper etableret forskellige former for efteruddannelsestilbud, der strækker sig fra få dages kursus og op til diplomniveau.

KL's kortlægning af demensområdet viser, at langt hovedparten af alle ældreområdets medarbejdere i dag har større eller mindre efteruddannelse i demens.

Konceptet med at sikre stor bredde i gruppen af medarbejdere, som opnår særlige kompetencer og stor bredde i de faglige kompetencer inden for specialet, er et vigtigt bidrag til områdets udvikling. Dels er det urealistisk, at der vil være ressourcer til i omfattende grad at uddanne specialister på demenskonsulentniveau. Dels medfører specialister en stor grad af fragmentering i indsatsen for den enkelte borger og en fragmenteret indsats fører ofte til, at borgeren oplever ukoordinerede forløb.

Med den nuværende kompetencefordeling vil en stor gruppe medarbejdere kunne håndtere langt hovedparten af pleje-, omsorgs-, og aktivitetsopgaverne og dermed skabe kontinuitet og sammenhæng i det enkelte borgerforløb. Demenskonsulentten/-koordinatoren bliver på den måde specialisten, som kan træde til med sparring og ny viden, når dette er nødvendigt, men er ikke den primære person i borgerens hverdagsliv.

En anden væsentlig gevinst i denne måde at organisere indsatsen på har været, at demenskonsulenterne/-koordinatorene også løbende har kunnet udvikle egne faglige kompetencer i takt med nye udfordringer og problemstillinger og i takt med, at der nationalt og internationalt er sket et stort udviklingsarbejde på demensområdet.

Det politiske fokus

I begyndelsen og midt i 1990'erne havde de kommunale nøglepersoner indhentet en god portion ny viden og erfaringer og kunne dermed begynde at danne sig et overblik over de væsentligste udfordringer og udviklingstendenser inden for demensområdet.

Det resulterede i en vifte af forskellige politiske beslutningsgrundlag, som havde stor betydning for den videre udvikling på demensområdet. Der blev eksempelvis truffet beslutninger om at etablere særlige tilbud til borgere med demens både i forhold til botilbud samt dag-, aflastnings-, og aktivitetstilbud.

Det politiske arbejde med demensområdet har løbende udviklet sig og i dag har ca. 70 % af kommunerne besluttet en egentlig demenspolitik. Hertil kommer, at mange kommunale ældrepolitikker indeholder særlige afsnit om demensområdet. I alle kommuner er der således i dag en stor politisk interesse og vilje til at udvikle demensområdet og arbejde målrettet for at sikre gode og faglige kompetente tilbud til borgere med demens.

De særlige og målrettede tilbud

De særlige tilbud på demensområdet har ligesom de faglige kompetencer udviklet sig løbende gennem årene. I de fleste kommuner var de første målrettede tilbud ”skærmede enheder”, som var botilbud, der såvel fysisk som indholdsmæssigt rettede sig mod de særlige behov, som kendetegner borgere med demens. I begyndelsen af 90'erne var den største og næsten eneste gruppe i disse skærmede enheder borgere med Alzheimers sygdom.

Alzheimers sygdom resulterer bl.a. i, at borgerne har en meget dårlig korttidshukommelse og ofte en stor grad af forvirring. Dette viser sig ved, at borgerne har meget svært ved at finde rundt på et plejecenter og ikke kan finde egen bolig. Derfor går de ofte ind i andres boliger og kan finde på at lede efter, anvende og fjerne

Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

ting, som tilhører andre borgere. En adfærd, som mødte stor frustration og vrede fra andre medbeboere og pårørende og resulterede i meget uheldige sammenstød. De skærmede enheder havde derfor bl.a. det formål, at de kunne afskærme og beskytte den demente borger og dermed forebygge konflikter. Samtidig gav det nogle nye organisatoriske muligheder for at skabe særlige kompetenceudviklingsforløb for den gruppe af medarbejdere, som var beskæftiget i de skærmede enheder.

Udviklingen frem til i dag har vist, at i takt med, at flere og flere borgere på landets plejecentre har Alzheimers eller lignende demenssygdomme, er der skabt så mange kompetencer blandt medarbejderne, at indsatsen i dag sker i hovedparten af alle plejeboliger. Det anslås, at mere end 65 % af borgerne i de almindelige plejeboliger har en demenssygdom, og dermed er det ikke længere meningsfuldt at arbejde med få, meget specialiserede tilbud til denne gruppe. Der er i dag behov for, at der gives kvalificerede faglige demenstilbud på alle landets plejecentre.

Til gengæld har kommunerne nu fået nye og store udfordringer med en anden gruppe af demente borgere. Borgere med demenssygdomme, der viser sig ved en særlig problematisk adfærd, karakteriseret ved meget støjende adfærd, vrede og aggressivitet. Med den etablerede organisering af demensområdet har det været muligt løbende at arbejde med at tilpasse tilbud og kompetencer til den nye målgruppe af borgere. En stor del af de skærmede enheder anvendes eksempelvis i dag specifikt til borgere med særlige adfærdsproblemer, og der arbejdes på højtryk med at uddanne medarbejderne i de skærmede enheder til at varetage disse nye og meget specialiserede opgaver.

I dag har langt hovedparten af kommunerne udviklet en parallel demensorganisation på ældreområdet, hvor de generelle tilbud på ældreområdet har en "lillesøster" i form af et begrænset antal tilbud til borgere med demens. Det gælder eksempelvis inden for botilbud, dagtilbud, aktivitetstilbud og aflastningspladser. Herudover er der i mange kommuner på demensområdet oprettet specialiserede tilbud til pårørende til demente., fordi pårørende til demente har særlige behov for støtte, rådgivning og vejledning.

Samarbejde mellem primær- og sektorområdet

Indsatsen på demensområdet er kendetegnet ved at gå på tværs af mange sektorer og enheder og inddrage mange forskellige aktører. Det er derfor nødvendigt at sikre organiseringen og koordineringen her imellem og etablere en klar rollefordeling og tydelige grænseflader mellem de enkelte sektorer og samarbejdspartnere. Det er vigtigt, at patient- og plejeforløbet er sammenhængende ved at gøre det tydeligt, hvor mennesker med demens og deres pårørende kan henvende sig om hjælp og behandling, og hvem der har ansvaret for at yde den nødvendige indsats.

Samarbejdsmodellen

Samarbejdsmodellen var en generel model for et tværsektorielt og tværfagligt samarbejde mellem de tidligere amter, kommunerne og de praktiserende læger indenfor demensområdet i forbindelse med udredning af demens og opfølgning på udredningens resultater. Projektet om samarbejdsmodellen blev iværksat af Socialministeriet i 1999 ud fra en erkendelse af demensområdets kompleksitet og særlige udfordringer til den offentlige organisering af indsatsen.

Samarbejdsmodellen blev gennemført i de fleste tidligere amter i forskellige variationer og med lokale forskelle, da man har indrettet og organiseret sig på forskellig vis på demensområdet.

Samarbejdsmodellen beskrives i det følgende i nutid, da den stadig danner ramme om beskrivelsen af demensindsatsen kommunerne og regionerne (og dermed de praktiserende læger) imellem i sundhedsaftalerne. Modellen er en struktur for organiseringen af samarbejdet og skal sikre en klar og entydig ansvars- og rollefordeling mellem de forskellige fagpersoner og instanser, som den demente kommer i kontakt med.

Den generelle samarbejdsmodel er i hver region tilpasset de lokale forhold, og udgør derfor i dag forskellige modeller, der ligner dem, der er opstod i regi af de tidligere amter og tilhørende kommuner. Eksempelvis er der i Region Sjælland tre forskellige modeller med udgangspunkt i de tidligere Roskilde, Storstrøms og Vestsjællands amter. På sigt vil det dog være en fordel, at ensrette beskrivelsen af indsatsen i sundhedsaftalerne ikke blot indenfor hver region, men også regionerne imellem. Dette vil give bedre overblik og sikre, at indsatsen fortsat er i fokus.

Formålet med samarbejdsmodellerne er som oftest at etablere;

- en sammenhængende indsats set fra den dømtes og de pårørendes synspunkt,
- et sammenhængende system på tværs af sektorer og
- en samarbejdsmodel, der sikrer en høj kvalitet i aktørernes arbejde.

Herunder kan følgende områder være i fokus i samarbejdet:

- opsporing
- udredning
- medicinsk behandling
- information
- støtte
- aktiviteter
- bolig og pleje
- pårørende
- organisation og samarbejde

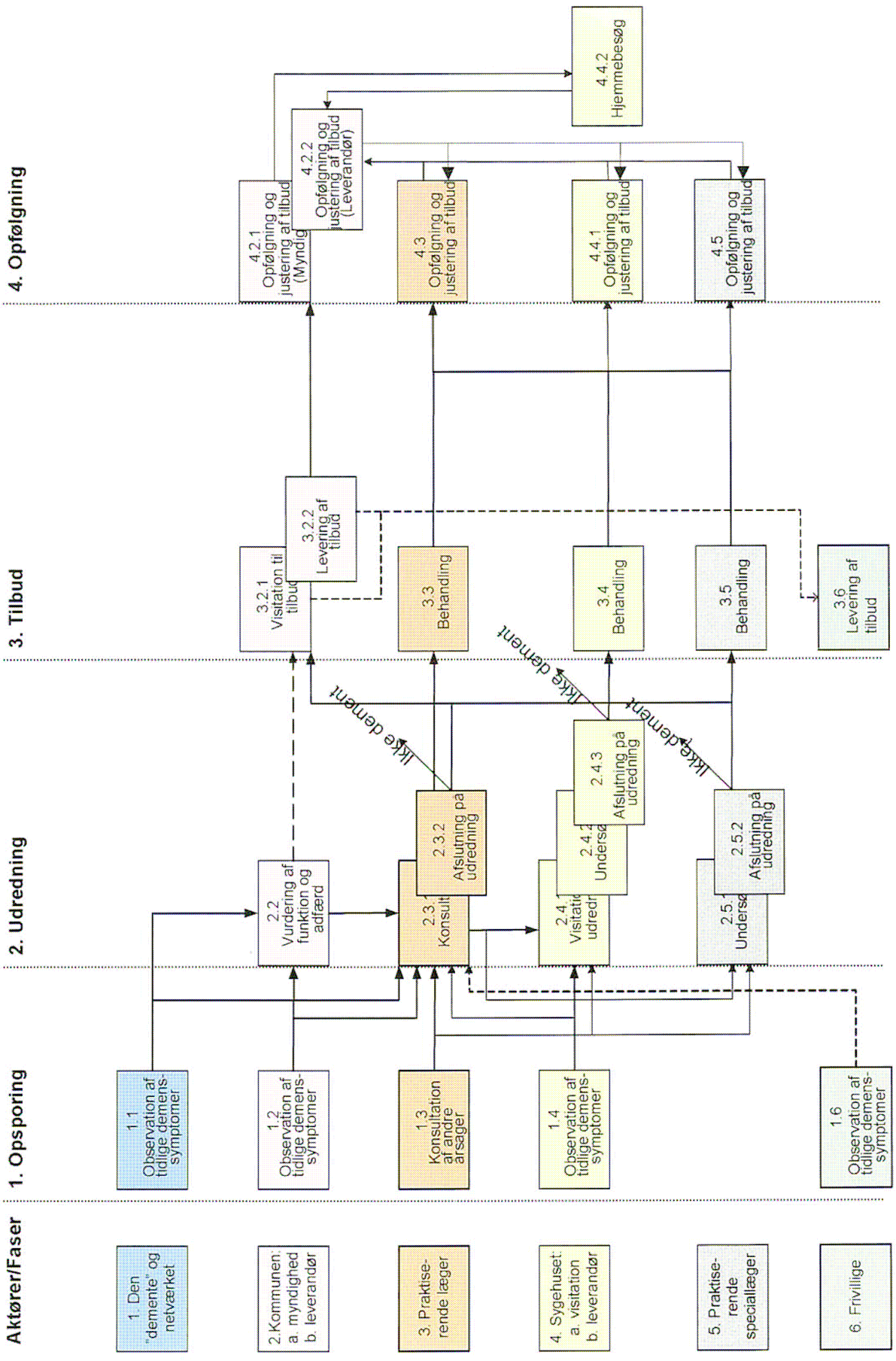
Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

- opfølgning i forhold til patienter og pårørende
- opfølgning i forhold til samarbejdsmodellen
- kompetenceudvikling
- samarbejde med de frivillige foreninger
- måling og opbygning af viden om effekten af indsatsen.

Organiseringen af en sådan samarbejdsmodel vil basere sig på følgende forudsætninger;

- en klar og entydig fordeling af roller og ansvar,
- borgere og aktører har en entydig indgang,
- der er indgået en rammeaftale med de praktiserende læger,
- der er etableret en demenskonsulentfunktion i samtlige kommuner,
- der er ansat en praksiskonsulent for demensområdet,
- der er etableret en amtslig fælles demensvisitation og der er ansat en modelansvarlig.

På næste side er et diagram for den grafiske oversigt, som viser de mulige samarbejdsveje i forbindelse med et demensforløb inddelt i faserne: opsporing, udredning, tilbud og opfølgning.



Koordinering af indsatsen

I takt med, at antallet af borgere med demens er steget, har kommunerne udviklet en vifte af tilbud og et styrket samarbejde med regionerne. Det har betydet, at der er opstået et meget synligt behov for koordinering af den specialiserede indsats.

I mange kommuner er denne særlige indsats koblet op på den særlige funktion som demenskoordinator, i andre kommuner er opgaven med at sikre koordinerede demensforløb en del af demenskonsulentens arbejdsområde². På trods af de forskellige funktionsbetegnelser, er arbejdsopgaverne dog i de fleste tilfælde sammenfaldende, uanset om der er tale om en demenskonsulent eller -koordinator.

Som i alle andre komplekse sagsforløb med mange involverede aktører og komplekse problemstillinger er der behov for at sikre koordinering. På demensområdet har det vist sig, at koordinering på dette specialiserede område kræver, at den koordinerende person både skal have stor viden om demenssygdomme, borgernes særlige behov, kommunens forskellige tilbud på demensområdet og tilknyttede funktioner.

Fælles for både koordinator- og konsulentfunktionen gælder endvidere, at der er behov for en række personlige kompetencer for at sikre høj kvalitet i opgaveløsningen. Medarbejderen skal eksempelvis være i besiddelse af en god portion empati, gode mundtlige og skriftlige kommunikationskompetencer, være vedholdende og meget målrettet i sit arbejde.

Den politiske vinkel

Politikerne har selvsagt en klar andel i den udvikling, der er sket på demensområdet i kommunerne de sidste 15 år. Dette kapitel bygger på interviews med politikere i projektkommunerne Gribskov, Horsens, Hørsholm, og Stevns samt temadrøftelse i KL's Social- og Sundhedsudvalg.

Særlig politisk bevågenhed på demensområdet

Generelt er udmeldingerne, at demensområdet har været et kerneområde i kommunalt regi i længere tid end fx hjerneskadeområdet, og at der derfor i mange år har været skærpet fokus på det. Ligeledes fremhæver en stor del af de interviewede politikere det forhold, at demens er nærværende for mange danskere, hvilket har betydning for områdets fokus og synlighed. En politiker fortæller om udviklingen væk fra den traditionelt set mere altfavnende politik hen

² Eksempler på funktionsbeskrivelser kan findes på www.kl.dk/demens

imod et behov for særpolitikker for specielle grupper i samfundet for at synliggøre de trufne politikker for borgerne.

Opgave- og strukturreformen

I relation til opgave- og strukturreformens konsekvenser på området, svarer de fleste politikere, at den ikke har gjort den store forskel. Der var allerede stort fokus på demensindsatsen i kommunerne inden reformen, og de fleste mener ikke, at reformen har medført flere eller nye opgaver. Der er således ikke fokus på, at kommunerne har fået et øget ansvar for udredningen af de demente. En politiker svarer dog, at reformen har givet mulighed for større professionalisering og videndeling og flere tilbud indenfor den samme ramme.

Udfordringer på demensområdet

Problematik vedr. tilpasning af tilbud

Politikerne peger på, at lovgivningen vedr. lejeboliger giver problemer med at ændre og tilpasse tilbuddene til de demente over tid. Det er væsentligt at kunne tilrette tilbud og indsatser på demensområdet, da det er en sygdom i flere stadier og faser og behovene derfor ændrer sig.

Problematik vedr. magtanvendelse

Politikerne peger på, at lovgivningen vedr. magtanvendelse er mangelfuld på demensområdet. Kommunerne har brug for at kunne overføre elementer af psykiatrilovgivningen til demensområdet. Det vil være mere værdigt for de demente og give bedre arbejdsvilkår for personalet i højere grad at kunne låse dørene og tilbyde ledsagelse, hvis den demente vil ud. At de demente på nuværende tidspunkt har mulighed for at gå udenfor uden tøj på, gør det uværdigt og giver store bekymringer for pårørende og personale.

Problematik vedr. udredning og diagnosticering

Politikerne peger på, at det er et stort problem, at så få demente udredes, og der er med rette stort fokus på øget udredning i kommunerne. Indsatsen her skal øges, og da det er en meget vanskelig opgave, bl.a. fordi de demente nogle gange kan virke mindre syge ("snyde" visitator), er det yderst vigtigt at inddrage de pårørende så meget som muligt.

Problematik vedr. udadreagerende demente

Politikerne oplever, at de udadreagerende demente borgere er et stigende problem i den kommunale indsats, og der efterspørges tilbud til denne gruppe. Det er denne gruppe, der i stigende grad skal have tilbud om skærmede enheder, hvor medarbejderne har særlige faglige kompetencer.

Problematik vedr. uddannelse

Politikerne mener, at der er behov for større fokus på læring om demensområdet i uddannelserne for ældreområdet medarbejdere – både på grunduddannelsen og på efteruddannelser. På grunduddannelsen kunne demensområdet prioriteres højere end i dag. Efteruddannelserne er nogle steder blevet forringede pga. amternes nedlukning, hvor der før var et godt samarbejde.

Demenspolitik

Det overordnede formål med kommunernes demenspolitik beskrives som en sikring af frihed for og respekt om de demente borgere og deres levevilkår. Politikken giver et let tilgængeligt overblik over kommunens indsats på området til alle grupper, der har brug for den viden. Formålet er endvidere at styrke indsatsen for de demente og deres pårørende i kommunen, sikre at udredning af demente sker så tidligt i forløbet som muligt, samt at lægge vægt på, at medarbejdere skal have den rette uddannelse og de rette kompetencer. Desuden har nogle kommuner det formål i deres politikker at udbrede viden om demens til alle borgere i kommunen. Større viden om demenssygdomme er afgørende for at kunne optimere den forebyggende og tidlige indsats.

Specialisternes vinkel

De kommunale specialister på demensområdet har haft stor indflydelse på udviklingen de sidste 15 år. Dette kapitel bygger på erfaringerne blandt Demensprojektets projektgruppedeltagere fra projektkommunerne Gribskov, Hørsholm, Stevns, Brønderslev, Hedensted, Horsens, Rødovre, Silkeborg, Struer, Svendborg, Syddjurs, Thisted og Århus.

Demensområdets udvikling

Et markant fællestræk for specialisterne på demensområdet er, at en meget stor andel har været med i hele udviklingsforløbet. Specialisternes egen forklaring på den store loyalitet er, at det har været et spændende og både personligt og fagligt udviklende forløb. Udviklingen har kontinuerligt bragt nye udfordringer, men også adskillige gode eksempler på, at ting kan lykkes, når engagementet og viljen er stor.

Specialisterne mener, at en væsentlig årsag til, at udviklingen er lykkedes, som den er frem til i dag, er, at det på et tidligt tidspunkt stod klart, at det var nødvendigt at skabe et rum, hvor det blev anerkendt, at demensområdet ikke kunne forstås og håndteres alene med afsæt i sociallovgivningen.

En diagnosetilgang, hvor ikke kun borgernes funktionstab, men også sygdommen kom i fokus, har i høj grad været medvirkende til, at det har været særligt

meningsfuldt at arbejde med at udvikle faglige kompetencer, kommunale tilbud og politikker til dette specialiserede indsatsområde.

En væsentlig forudsætning for den positive udvikling har været samarbejdet mellem de regionale og kommunale specialister. Samarbejdet bidrog i første omgang til at sikre adgang til nødvendig faglig viden blandt de kommunale specialister og dernæst til at skabe egentlige samarbejdsaftaler, som styrkede borgernes adgang til udredning, diagnosticering og behandling. Og frem for alt bidrager det gode samarbejde i dag til at skabe sammenhængende og koordinerede borgerforløb.

At demenskonsulenterne/-koordinatorerne har været pionerer på deres felt har også resulteret i en række gode eksempler på samarbejde på tværs af kommuner landet over. Specialisterne på demensområdet har eksempelvis dannet deres egen forening ”Demenskoordinatorer i Danmark”, som er en landsdækkende interesseforening for medarbejdere, der arbejder koordinerende i forhold til borgere med demenssygdomme og som beskæftiger sig med demensproblematikker. Foreningen har eksisteret siden 1992 og har haft stor betydning i forhold til videns- og erfaringsdeling mellem specialister. Herudover eksisterer der en række faglige netværk på tværs af kommuner og regioner.

De kommunale specialister er enige om, at der er gennemført mange gode udviklingsinitiativer på demensområdet og meget er lykkedes, men det er også væsentligt at slå fast, at det er et udviklingsforløb, der er kendetegnet ved ikke at have en slutdato.

Det har vist sig gennem de seneste 15 år, at der kontinuerligt er dukket nye udfordringer og nye problemstillinger op, som det har været nødvendigt at sætte særligt fokus på. I mange år frem vil dette billede forsat tegne udviklingen på demensområdet nye og flere borgere vil komme til, ny metodeudvikling skal udvikles og implementeres, og nye og bedre behandlingstilbud vil forhåbentlig se dagens lys. Hertil kommer, at i en tid med store udfordringer i forhold til rekruttering og fastholdelse og en stram økonomi i kommunerne skal der også arbejdes hårdt for at fastholde og udvikle de eksisterende tilbud.

Demensområdets udfordringer

På baggrund af KL's kortlægning af demensområdet (bilag 1) og drøftelserne med projektets kommunerepræsentanter er det tydeligt, at der også i de kommende år er stort behov for at prioritere indsatsen på demensområdet højt både i kommunerne og i det regionale sundhedsvæsen. KL har på denne baggrund udarbejdet et selvstændigt notat om udfordringerne på demensområdet, som kan findes på www.kl.dk/aeldre. I notatet peges der på en række områder, der i de kommende år vil kræve særlig opmærksomhed:

Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

- En intensiveret fælles regional og kommunal indsats i forhold til den forebyggende og tidlige indsats, herunder en optimering af udredning og diagnosticering af borgere med begyndende demenssygdomme.
- En styrket indsats i forhold til undervisning i demenssygdomme på grunduddannelserne inden for social- og sundhedsområdet.
- En forsat kompetenceudvikling i kommunerne, der både fokuserer på at uddanne et tilstrækkeligt antal specialister og dygtige generalister.
- Et fremtidigt fleksibelt boligbyggeri, der sikrer et tilstrækkeligt antal velegnede boliger både til borgere med demens og andre borgergrupper, der har behov for plejeboliger.
- En optimeret indsats overfor yngre borgere med demens og deres særlige behov.
- En optimeret indsats overfor pårørende.
- Mere og bedre inddragelse af frivilligt arbejde på demensområdet
- Udvikling af nye og målrettede tilbud til borgere med demens, som har særlige adfærdsrelaterede problemer.
- Udvikling af nye faglige netværk, samarbejdsrelationer og specialistkompetencer i forhold til borgere med demens, som har særlige adfærdsrelaterede problemer.
- Lovreguleringer i forhold til reglerne om magtanvendelse og psykiatriloven, som afspejler og tilpasses den kommunale virkelighed og den teknologiske udvikling.

Det er således vigtigt, at de kommende års indsats både sikrer en forsat udvikling af de etablerede tilbud samt udvikler nye målrettede tilbud, der matcher de nye og kommende udfordringer.

Afslutning

I arbejdet med at kortlægge og beskrive kommunernes indsats på demensområdet er det blevet tydeligt, at der er tale om et område, der prioriteres højt af alle aktører.

Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

Kortlægningen (bilag 1) viser endvidere, at der ikke er tale om enkeltstående eksempler, idet alle kommuner har vægtet at have særlige tilbud og specialiseret viden i forhold til borgere med demenssygdomme.

Det må også konkluderes, at demensområdet på mange felter er et foregangsområde, som har udviklet en specialiseret indsats, som både fokuserer på at have faglige specialister, dygtige generalister, målrettede tilbud, fællesskab på tværs af kommuner, velfungerende samarbejde på tværs regioner og kommuner og frem for alt fokus på koordinere og sammenhængende forløb for borgere med komplekse behandlings- og plejebehov.

KL har på baggrund af dette statusnotat og en workshop for kommunale fagpersoner udarbejdet et selvstændigt inspirationsnotat, hvor det konkretiseres, hvordan erfaringerne fra demensområdet kan bruges på andre fagområdet. Notatet findes på www.kl.dk/aeldre.

Bilag 1: Kortlægning af demensindsatsen i kommunerne

Dette bilag er en sammenfatning af resultaterne i spørgeskemaundersøgelsen, som i foråret 2008 blev udsendt til alle landets 98 kommuner. 74 kommuner svarede på undersøgelsen, hvilket svarer til 75,5 pct. Besvarelsene fordeler sig jævnt på de fem regioner, dog er Region Nordjylland lidt underrepræsenteret.

Bilaget er struktureret omkring de samme temaer som spørgeskemaet. Indledningsvis er der nogle generelle spørgsmål om demensområdet, derefter afsnit om det faglige kompetenceniveau, de kommunale demenstilbud, visitation, samarbejdsrelationer og endelig et afsnit om kommunernes magtanvendelse på demensområdet.

Formålet med undersøgelsen er at beskrive, hvordan det samlede kommunale landkort ser ud på demensområdet og beskriver ikke forskelle fra kommune til kommune. Opgørelserne er derfor en pejling på, hvordan kommunerne generelt arbejder med at udvikle demensområdet og ikke et præcist udtryk for, hvilken kvalitet den enkelte borger oplever i sin kommune.

Undersøgelsens resultater fordelt på emner

Demenspolitik og antal demente

I foråret 2008 havde 41 pct. af kommunerne en demenspolitik og yderligere 26 pct. var på vej med en demenspolitik. I andre kommuner har man valgt at have særlige afsnit om demenspolitikken i den generelle ældrepolitik. Eksempler på konkrete demenspolitikker kan findes på KL's hjemmeside på www.kl.dk/aeldre.

Det er ikke muligt præcist at opgøre, hvor mange borgere med demenssygdomme, den enkelte kommune har kendskab til. Dette skyldes dels, at der skelnes mellem borgere med diagnosticeret demens og ikke-diagnosticeret demens, samt mellem borgere, der har gennemgået en egentlig demensudredning som grundlag for demensdiagnosen. Hertil kommer, at der forsat er mange borgere, der formodes at være ramt af en demenssygdom, men ikke er kendte i kommunale og regionale behandlings- og plejetilbud.

I denne undersøgelse har kommunerne indberettet at have kendskab til og bevilget en eller flere ydelser efter serviceloven til 42.427 borgere med demenssygdomme. Det skal bemærkes, at der i denne gruppe både indgår borgere med diagnosticerede og endnu ikke-udredte og/eller ikke-diagnosticerede demenssygdomme.

Det nationale videnscenter for demens anslår, at der i alt er ca. 70.000 borgere med demens i Danmark og kommunerne har således kontakt til ca. 60 pct. af

Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

den samlede gruppe. Den øvrige andel af borgere formodes at være borgere med demenssygdomme i lettere grad på et stadie, hvor det forsat er muligt at klare hverdagens udfordringer ved egen hjælp eller med hjælp fra eksempelvis pårørende, venner og naboer.

Opgøres andelen af demente borgere i andelen af borgere over 65 år i gennemsnit pr. kommune er andelen henholdsvis 3,9 pct. demente borgere og 0,9 pct. med begyndende demens. Fordelt på hver region ser det således ud:

Region	Antal ældre borgere (65+)	Andel demente borgere i %	Andel med begyndende demens i %
Hovedstaden	243319	5,3	0,8
Sjælland	135040	3,7	1,1
Midtjylland	181196	4,6	0,8
Nordjylland	96842	2,6	1,1
Syddanmark	196644	3,4	0,6
Hele landet	853041	3,9	0,9

Det skal bemærkes, at tallene i boksen er baseret på kommunernes egne opgørelser over andelen af kendte borgere med demenssygdomme. Derfor indgår også det faktum, at vi fra andre undersøgelser ved, at borgerne i eksempelvis Nordjylland modtager mindre hjemmepleje end borgere andre steder i landet, hvilket sandsynligvis ikke skyldes væsentlige helbredsmæssige forskelle, men i højere grad afspejler kulturelle forskelle.

I forhold til kommunernes samlede indsats på ældreområdet udgør andelen af borgere med demenssygdomme ca. 20 pct. af alle modtagere af hjemmepleje. Når opgørelsen alene retter sig mod beboere på plejecentre, vurderes andelen af borgere med demenssygdomme at udgøre mere end 60 pct.

De faglige kompetencer

Demenskonsulenter og demenskoordinatorer

Undersøgelsen viser, at kommunerne generelt prioriterer kompetenceudvikling på demensområdet meget højt. 97 pct. af kommunerne har organiseret den faglige indsats om nøglepersoner og fagspecialister i form af demenskoordinatorer og/eller demenskonsulenter.

Der findes ikke en entydig definition på, hvad en demenskonsulent eller demenskoordinator har af opgaver og ansvarsområde. Forskellige eksempler på funktionsbeskrivelser kan ses på www.kl.dk/aeldre.

Undersøgelse viser, at alle demenskonsulenter/-koordinatorer har en eller flere efteruddannelsesforløb i demenssygdomme. Omfanget af efteruddannelse spænder vidt fra demenskonsulentkurser til diplomuddannelse i demens suppleret med efteruddannelse i psykiatri og uddannelse i særlige plejemetoder på demensområdet.

Medarbejdere, der arbejder på kommunens særlige tilbud til demente

Undersøgelsen har også kortlagt omfanget af tilbud om efteruddannelse til medarbejdere, der arbejder ved et af kommunernes målrettede tilbud til borgere med demens. Her viser opgørelsen, at 96 pct. af kommunerne tilbyder efteruddannelse til medarbejderne på de særlige demenstilbud.

Opgørelsen viser, at 86 pct. af medarbejderne har en eller flere efteruddannelsesforløb. Hovedparten (22 pct.) har 1-2 dages efteruddannelsesforløb og 9 pct. har mere end 4 ugers efteruddannelse.

Medarbejdere, der arbejder i hjemmeplejen eller på plejecentre

Denne gruppe af medarbejdere arbejder ikke i de specialiserede tilbud, men i kommunens øvrige del af hjemmeplejen eller på plejecentrene. Det skal bemærkes, at disse medarbejdere i et vist omfang løser opgaver for borgere med demenssygdomme, men også for alle andre borgere med behov for hjemmepleje.

På dette område tilbyder 92 pct. af kommunerne efteruddannelse i demens, og andelen af medarbejdere med efteruddannelse/kursus i demens udgør i denne gruppe 56 pct.

Særlige kommunale tilbud målrettet demente borgere

I dette afsnit behandles dels omfang og antal af tilbud, men også særlige forhold om visitationspraksis på området.

Botilbud til borgere med demenssygdomme

97 pct. af kommunerne har særlige botilbud (plejeboliger) målrettet borgere med demenssygdomme. Andelen af boliger målrettet borgere med demens varierer fra 0.16 bolig pr. demente borger til 0.25 bolig pr. dement borger i kommunen. Der er forskel på, hvordan kommunerne prioriterer og anvender de særlige botilbud og forskel på fordelingen mellem almindelige og særlige plejeboliger.

En væsentlig årsag til forskellighederne handler om den samlede plejeboligmasse. Nogle kommuner har eksempelvis i stort omfang om- eller nybyggede plejeboliger, så de nu primært består af bo- og levemiljøer³, der som hovedregel er velegnet som bolig, når man lider af en demenssygdom. I disse kommuner gælder, at selv om alle plejeboliger er fysisk egnede til borgere med demens, så er der bevaret et mindre antal særlige boliger, som er målrettet borgere med demenssygdomme, som har helt særlige behov når det gælder bolig, pleje og omsorg⁴.

³ Bo- og levemiljøer består af en mindre gruppe af individuelle boliger og et fællesareal med køkken og opholdsstue. Ofte er boliger fysisk placeret i en ring omkring fællesarealet, hvilket giver stor tryghed for demente borger, som altid går ud i fællesskabet, når de åbner døren fra deres egen bolig.

⁴ Borgere med demenssygdomme eller demenslignende sygdomme, hvor symptomerne er en særlig larmende, voldsom og udadreagerende adfærd.

I andre kommuner er andelen af særlige botilbud målrettet demente til gengæld høj, fordi den samlede plejeboligmasse ikke vurderes at være specielt velegnet for borgere med demens.

Andre tilbud målrettet borgere med demens

55 pct. af kommunerne tilbyder **døgnaflastningspladser**⁵ målrettet borgere med demens. Det formodes, at alle kommuner har tilbud om døgnaflastningspladser, men tallet viser, at ikke alle kommuner har valgt at have særlige tilbud til borgere med demens.

88 pct. af kommunerne tilbyder **særlige dag- og aktivitetstilbud**⁶ til borgere med demens. Størstedelen (69 pct.) af dem har åbent fem dage om ugen og 6 pct. har åbent syv dage.

Afløsning i eget hjem kan aflaste pårørende og kan ydes fra få timer ugentligt til døgnet rundt. 72 pct. af kommunerne tilbyder pårørende afløsning i eget hjem i større eller mindre omfang.

95 pct. af kommunerne tilbyder **særlige tilbud til pårørende til demente**, hvor henholdsvis 90 pct. og 95 pct. tilbyder pårørendegrupper og rådgivning og vejledning, mens 61 pct. tilbyder egentlig undervisning⁷. Tilbud til pårørende er væsentlige, da demenssygdomme er karakteriseret ved ikke kun at ramme den demente, men derimod hele familien og især ægtefælle og børn. Hertil kommer, at mange raske pårørende leverer en stor indsats i forhold til plejen og omsorgen over for den demente og har derfor både brug for at opnå viden om demenssygdommen. Ligesom det er meget vigtigt, at den pårørende oplever at få støtte og opbakning til opgaven.

Visitation

Undersøgelsen viser som ovenfor beskrevet, at kommunerne generelt prioriterer at have en vifte af særlige tilbud målrettet borgere med demens. Det skal også bemærkes, at selvom kommunerne råder over forskellige målrettede tilbud, så er selve visitationen til disse tilbud helt afgørende for at sikre sammenhæng mellem borgernes faktiske behov og de forskellige indsatser.

Formålet med visitationen er netop at sikre, at der foretages en omfattende helhedsvurdering, hvor den enkelte borgers behov for hjælp afdækkes. Det kan være

⁵ Det er ikke et juridisk krav, at kommunerne skal stille døgnaflastningspladser til rådighed. Loven foreskriver alene, at kommunen skal have tilbud om aflastning og afløsning og det kan foregå både i eget hjem og i et kommunalt tilbud. Fordele ved dette døgnaflastningstilbud er en samlet aflastningsløsning, som både indeholder pleje, aktivitet og samvær. Dermed begrænses antallet af forskellige medarbejdere. Tilbuddet kan også aflaste pårørende døgnet rundt, hvilket giver bedre mulighed for ferier. Endelig muliggør det, at en fast medarbejdergruppe sikres en god faglig ballast og udvikling af kompetencer målrettet dette særlige tilbud.

⁶ Dag- og aktivitetstilbud er en bred vifte af tilbud, som kan indeholde både træning, særlige aktiviteter målrettet demens og forskellige social aktiviteter.

⁷ Andre tilbud er besøg i hjemmet, pårørendecaféer, samtaler med psykolog, ægtepargrupper og fast kontaktperson.

vanskeligt at gennemføre en god helhedsvurdering og dermed træffe de rigtige afgørelser, når det gælder borgere med demenssygdomme, som ikke selv har et realistisk indblik i egen formåen. I undersøgelsen er der derfor også spørgsmål, som afspejler kommunernes visitationspraksis på demensområdet.

Af svarene fremgår det, at der i tæt på 80 pct. af kommunerne findes særlige visitationskriterier og dermed standarder for visitation af borgere med demenssygdomme. Såvel visitationskriterier som standarder skal støtte visitatorerne i at træffe de rigtige afgørelser, som matcher borgernes behov. Undersøgelsen viser endvidere, at i ca. halvdelen af visitationerne inddrages kommunens demenskonsulent eller demenskoordinator.

Samarbejdsrelationer inden for demensområdet

Dette afsnit behandler kommunernes eksterne samarbejde om borgere med demens. I årene op til opgave- og strukturreformen var der i langt de fleste kommuner og amter indgået formaliserede samarbejdsaftaler mellem kommuner og amt om, hvordan samarbejdet på demensområdet skulle foregå. Hovedparten af aftalerne var indgået ud fra en særlig udviklet model (kaldet samarbejdsmodellen) for samarbejde på demensområdet. Samarbejdsmodellen er udviklet gennem flere års fælles projekter mellem kommuner og amter. I kommunerne opleves disse samarbejdsaftaler på mange områder at have styrket samarbejdet og fagligheden på demensområdet.

Der har været nogen usikkerhed om opgave- og strukturreformens indflydelse på disse formaliserede samarbejdsaftaler. Undersøgelsen viser, at samarbejdsaftalerne i stort omfang har overlevet reformen, idet 69 pct. af kommunerne allerede har indgået nye aftaler med de nye regioner og yderligere 16 pct. har en aftale på vej.

Herudover er sundhedsaftalerne også en ramme for samarbejde mellem region og kommune. På dette område tegner der sig et mere broget billede af, hvordan demensområdet er beskrevet. 32 pct. af kommunerne oplyser i denne undersøgelse at have et egentligt samarbejde beskrevet i sundhedsaftalerne. Fra andre undersøgelser ved vi, at der er betydelige forskelle fra region til region og kommune til kommune på, hvor og hvordan demensområdet er beskrevet i sundhedsaftalerne.

Et væsentligt formål med de indgåede samarbejdsaftaler er at styrke opsporing, udredning og diagnosticering på demensområdet. Regionerne har ansvaret for opsporing, udredning og diagnosticering, men kommunerne er en væsentlig samarbejdspartner, da kommunernes medarbejdere er i tæt kontakt med målgruppen af borgere. Langt de fleste kommuner (88 pct.) oplyser, at de deltager aktivt i **demensopsporing og udredning**.

Et andet væsentligt område i samarbejdet er faglig støtte og vidensdeling. Kommunerne har løbende behov for faglig bistand til særligt komplicerede enkeltsager.

Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

Kommunerne henter den eksterne faglige bistand flere steder: Primært hos gerontopsykiater (95 pct.) og praktiserende læge (89 pct.), men også hos den regionale demensudredningsenhed (57 pct.), speciallægen (46 pct.), udekørende specialteams fra sygehus (45 pct.), distriktpsychiatrien (43 pct.), VISO (19 pct.) og psykologer (8 pct.). 9 pct. har svaret i kategorien ”andet”.

81 pct. af kommunerne mener, at adgangen til faglig bistand uden for kommunen er god eller meget god, mens 15 pct. svarer mindre god og kun 1 pct. af kommunerne mener, at mulighederne er dårlige.

Kommunernes magtanvendelse på demensområdet

Tidligere undersøgelser har vist, at kommunerne på demensområdet kun i meget få situationer anvender reglerne om magtanvendelse. Denne spørgeskemaundersøgelse bekræfter tidligere undersøgelser og viser, at det er en stor udfordring at implementere reglerne om magtanvendelse.

Undersøgelsen viser også, at kommunerne arbejder aktivt med at implementere reglerne om magtanvendelse, idet 85 pct. af kommunerne har særlige retningslinjer for brug af reglerne, og af de kommuner angiver 71 pct., at en demensspecialist skal inddrages i magtanvendelsessagerne.

I kvalitetsprojektet har der været deltagelse fra flere kommuner, som meget målrettet har arbejdet med at implementere regelsættet, og konklusionen i disse kommuner er, at der er flere grunde til, at implementeringen er en stor udfordring:

For det første er der en markant fagkulturel barriere, idet sundhedsfagligt personale har det meget svært med fagligt at anvende begrebet magt, da de ikke ser deres faglige indsats som udøvelse af magt, men som nødvendig omsorg. En stor andel af ældreområdetets medarbejdere mener således, at reglerne om magtanvendelse og hele det værdigrundlag, der ligger bag regelsættet reelt udfordrer medarbejdernes omsorgspligt. En oplevelse, der i øvrigt støttes af mange pårørende særligt, når det gælder alarmsystemer og udførelse af nødvendig personlig pleje og hjælp til medicin.

For det andet opleves regelsættet at være urimeligt administrativt tungt at anvende. For mange medarbejdere er skemaerne svære at læse og vanskelige at udfylde i en travl hverdag.

For det tredje opleves nogle af reglerne ikke at være meningsfulde. Det gælder fx. reglerne om fastholdelse i forbindelse med nødvendig personlig pleje.

For det fjerde opleves reglerne om flytning at være for firkantede, og den omfattende sagsbehandling på flere administrative niveauer er meget tidskrævende. Det

Kvalitet i kerneydelserne – Det Fælleskommunale Kvalitetsprojekt

betyder igen, at reglerne ikke opleves at være anvendelige i praksis, hvor der ofte er behov for at kunne agere på akutte situationer.

For det femte er der et indbygget dilemma i, at regelsættet er skabt ud fra et ønske om, at den omfattende dokumentation og sagsbehandling skal styrke det faglige fokus og positivt medvirke til læring og dermed kvalitetsudvikling. Den umiddelbare logik kunne være, at jo flere indberetninger, jo bedre læring og dermed mere kvalitet. I praksis sker der dog det modsatte, idet flere indberetninger lang fra altid giver ros til fagpersonerne – tværtimod oplever omverdenen, at en stigning i antallet af indberetninger er udtryk for faldende kvalitet.