

Politisk sundhedsaftale om indsatsen på demensområdet i Region Midtjylland

1. Formål med sundhedsaftalen

Det overordnede formål med sundhedsaftalerne i Region Midtjylland er at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorgrænserne.

Sundhedsaftalen på demensområdet er en tillægsaftale til den generelle sundhedsaftale gældende for perioden 2011 – 2014. Den udfolder det særlige tværsektorielle samarbejde om indsatsen på demensområdet i Region Midtjylland.

Aftalen er udarbejdet ud fra rammen for den generiske model for forløbsprogrammer for kroniske lidelser, jf. den nationale handlingsplan for demensindsatsen, men aftalen udgør ikke et forløbsprogram.

2. Målsætninger for demensindsatsen

Den overordnede målsætning for samarbejdet på demensområdet er at skabe sammenhæng i den tværsektorielle demensindsats og i det konkrete demensforløb.

Det er en væsentlig målsætning at sikre ensartet kvalitet på demensområdet i hele regionen.

Derudover retter målsætningerne sig mod den specifikke indsats, som personer med demens har brug for på grund af den specielle situation, som en demenssygdom bringer dem og deres pårørende i:

Personer med mistanke om demens:

- Sikres tidlig opsporing og relevant specialiseret lægefaglig udredning, diagnosticering og behandling, uanset bopæl og alder

Personer med demens:

- Løbende sikres information og rådgivning angående sygdommen, dens forløb og konsekvenser for fremtiden, samt information om hvilke hjælpe- og støttemuligheder, der er for at kunne tage hensigtsmæssige beslutninger for fremtiden
- Får tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson i kommunen og på hospital
- Sikres tilbud om træning, pleje og behandling, aktiviteter, støtte og omsorg samt palliativ indsats, som er tilpasset den type af demens, som personen har samt demensens sværhedsgrad
- Får mulighed for at blive i eget hjem, så længe det ønskes eller tilstanden gør det muligt
- Får mulighed for at fastholde den tætte kontakt til deres sociale netværk

Yngre personer m. demens:

- Får individuelle støtte- og aktivitetstilbud, som er tilpasset den enkeltes familie- og livssituation

Pårørende til personer med demens, både ægtefælle og børn:

- får støtte til egenomsorg og til at kunne drage omsorg for personen m. demens

3. Indsatsområder

Følgende indsatsområder er prioriteret i sundhedsaftalen:

Tidlig opsporing og udredning af demens

I denne sundhedsaftale er der fokus på tidlig opsporing og udredning af demens.

Det begrundes i, at der i dag ved hjælp af medicin er mulighed for at udskyde demensens udvikling. Samtidigt med giver tidlig diagnosticering mulighed for, at personen m. demens kan opnå kendskab til og rutine i brugen af fx teknologiske hjælpemidler og derved i længere tid klare sig uden yderligere støtteforanstaltninger.

Relevant udredning af demens på specialiseret niveau og ud fra symptomer, ikke alder

Ifølge sundhedsaftalen skal udredning af demens foregå på det lægefaglige niveau og -område som er relevant i forhold til funktionsevner og funktionsproblemer hos den udredte person.

Det begrundes i, at de nyere avancerede undersøgelsesmetoder, som findes i dag, kan stille en mere præcis demensdiagnose (type af demens), og at der kan igangsættes medicinsk antidemensbehandling, som kun kan iværksættes af de lægelige specialister på området (neurolog, (geronto)psykiater og geriater). Derved kan der ydes den bedst mulige demensbehandling og -indsats til såvel personen m. demens som dennes pårørende.

Ifølge sundhedsaftalen skal udredning af demens ske ud fra symptombilledet hos personen m. mistanke om demens og på det udredningssted, hvor den rette lægefaglige ekspertise findes i forhold til de udviste symptomer. Herved vil personer m. demens få en mere korrekt udredning og demensbehandling.

I dag sker udredning af demens nogle steder i regionen ud fra et alderskriterium, hvilket medvirker til, at nogle personer m. demens ikke sikres den rette udredning. Dette kan virke som aldersdiskriminering.

Kompetenceudvikling

Opmærksomhed ift. tidlig opsporing sikres ved, at der på de relevante somatiske sengeafsnit (hyppigst medicinske og kirurgiske) uddannes demensnøglepersoner, som har specifik viden på demensområdet. Alle kommunerne i regionen har allerede uddannede demenskonsulenter/demenskoordinatorer med særlig viden på området.

4. Operationalisering og opfølgning på målsætninger

Målsætninger	Succeskriterium	Målemetode og tidspunkt	Ansvarlig
Tidlig opsporing og udredning af demens	Succeskriterium 1: Ved sammenligning mellem 2011 og 2014 vil alderen for personer der 1. gang registreres med en demensdiagnose i sekundær-væsenet falde signifikant	Data hentes fra Landspatientregisteret	Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse ¹
	Succeskriterium 2: Ved sammenligning mellem 2011 og 2014 vil antallet af unikke cpr-numre med en førstegangs-demensdiagnose stige signifikant	Data hentes fra Landspatientregisteret	
	Succeskriterium 3: Ved sammenligning mellem 2011 og 2014 vil antallet af førstegangsordinationer for antidemensmedicin stige signifikant	Data hentes fra Receptdatabasen	
Udredning af demens på specialiseret niveau	Ovenstående succeskriterier 1 og 2 kan differentieres på udvalgte områder; neurologi, geriatri og psykiatri	Data hentes fra Landspatientregisteret	Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse ¹

¹ Temagruppen kan inddrage arbejdsgruppen vedr. sundhedsaftale på demensområdet

Uddannede demensnøglepersoner på relevante afdelinger på de somatiske hospitaler (primært medicinske og kirurgiske)	Inden udgangen af 2013 findes der mindst 1 demensnøgleperson på hver af de medicinske og kirurgiske afdelinger på regionens hospitaler	Kortlægning af udbredelsen af demensnøglepersoner på hospitalerne i 1. halvdel af 2014 samt deres uddannelsesmæssige baggrund	Temagruppen for indlæggelse og udskrivelse ¹
---	--	---	---

Administrativ sundhedsaftale på demensområdet i Region Midtjylland

Denne aftale er den administrative udmøntning af den politiske aftale om samarbejdet om indsatsen på demensområdet i Region Midtjylland.

1. Målgruppe for aftalen og for indsatsen

De primære aktører i samarbejdet om indsatsen på demensområdet er relevante professionelle i kommunerne, på hospitalerne, samt praktiserende læger.

Desuden indgår de pårørende som vigtige partnere, idet deres liv og hverdag ofte påvirkes meget af demensen hos deres pårørende – deraf beskrivelsen af demens som "de pårørendes sygdom".

Aftalen omfatter:

- Personer under mistanke for demens
- Personer med Mild Cognitive Impairment (MCI)
- Personer, der opfylder de generelle diagnostiske kriterier for demens.

2. Lovgivning

Følgende lovgivninger danner rammen for sundhedsaftalen om samarbejde om indsatsen på demensområdet i Region Midtjylland:

Sundhedsloven, serviceloven, værgemålsloven, psykiatriloven, straffeloven mv.
Se bilag vedr. lovgivning.

Sundhedsaftalen på demensområdet er overensstemmende med lovgivningen på området. Dog ligger aftalens bestemmelse om, at kommunerne skal tilknytte en sundhedsfaglig kontaktperson til personer med demens, uden for de gældende lovkrav.

De aftaleafsnit, der medfører ændringer i daglig praksis, er af omorganiseringsmæssig karakter.

3. Ansvars- og opgavefordeling

Den overordnede præmis i samarbejdet om personer med demens er, at mest mulig behandling sker, hvor personen har sin hverdag. Det begrundes med, at sygdommen har en sådan karakter, at store forandringer i disse personers hverdag væsentligt forværrer deres i forvejen nedsatte funktionsevne og ofte med konfusion til følge.

Opsporing og udredning af samt behandling ifm. demens finder sted i et samarbejde mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler.

Der er aftalt følgende ansvars- og opgavefordeling mellem kommuner, praktiserende læger og hospitaler i Region Midtjylland:

3.1. Kommunerne

- Alt social- og sundhedsfagligt personale skal have kendskab til advarselssignaler vedr. begyndende demens og forvekslingsdiagnoser

- Når en person med demens henvises til kommunale tilbud, tildeles vedkommende og pårørende en kommunal sundhedsfaglig kontaktperson, som også kan være en demenskonsulent
- Kommunens demenskonsulent/sundhedsfaglige kontaktperson foretager uddybende hjemmebesøg og henviser og formidler observationer til borgerens egen læge ved begrundet mistanke om demens
- Demenskonsulenten/den sundhedsfaglige kontaktperson har en vejledende og rådgivende funktion i forhold til patient og pårørende og kollegaer i hjemmeplejen om demens og mulige behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud
- Der findes forskellige behandlings-, pleje-, omsorgs- og støttetilbud, som kan støtte op om personer m. demens og deres pårørendes hverdag og de problemstillinger, som kan opstå undervejs i demensforløbet.
- Demenskonsulenten/den sundhedsfaglige kontaktperson har ansvaret for, at der minimum én gang årligt foregår en opfølgningssamtale med den praktiserende læge – enten i lægekonsultationen eller i patientens hjem

3.2. Almen praksis

- Ved mistanke om demens foretages relevante undersøgelser, pårørende inddrages og lægen henviser evt. til kommunens demenskonsulentordning mhp. hjemmebesøg
- Hvis mistanken begrundes, foranstalles en udredningskonsultation
- Ukomplicerede patienter med MMSE under 15 kan færdigudredes hos praktiserende læge, dog inddrages specialister/demensklinikker ved behov for antidemensmedicin
- Som opfølgning på iværksat behandling har egen læge minimum én gang årligt en opfølgningssamtale med patienten enten i konsultationen eller i hjemmet. Den kommunale demenskonsulent/sundhedsfaglige kontaktperson er ansvarlig for, at denne konsultation planlægges

3.3. Hospitalerne

- Tidlig opsporing på de somatiske medicinske og kirurgiske sengeafsnit
- Hospitalerne står for den specialiserede udredning og behandling og, afhængig af personens symptombillede, henvises til neurologien, (geronto)psykiatrien og/eller geriatrien
- Hospitalerne informerer patient og pårørende om sygdommen og behandlingsmuligheder, herunder medicin samt om patient- og pårørendeuddannelse.
- Patient og pårørende tildeles en sundhedsfaglig kontaktperson
- Hospitalet sender epikrise til demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson og egen læge
- Efter udredning står hospitalerne til rådighed med råd og vejledning til kommuner og praktiserende læger i tilfælde af komplekse problemer
- Ambulant vurdering efter 2-4 måneder efter nydiagnosticering ved den behandlingsansvarlige. Tilbud om ambulant kontrol hvert halve år – dog ved ukomplicerede forløb henvises til kontrol hos praktiserende læge
- Vejledningen kan enten foregå pr. telefon eller ved konsultation i hjemmet (deltagelse fra (geronto)psykiatrien eller geriatriisk afdeling).

4. Indsatsområder

4.1 Tidlig opsporing

Frontpersonale skal have kendskab til advarselstegn i forhold til demens.

I sundhedsaftalen foreslås, at det kommunale sundhedspersonale skal medvirke til tidlig opsporing af demens og i sygdomme hos demente, da dette er foreslåede indsatsområder i aftalen. Der vil blive lavet et oplysningsmateriale i form af lommehåndbøger og af plakater, som kan hænges op de steder, hvor personalet færdes. Det er Servicestyrelsens midler til

regionen, som finansierer.

I aftalen lægges der ligeledes op til, at de relevante almindelige somatiske sengeafsnit (hyppigst medicinske og kirurgiske) medvirker til tidlig opsporing af demens. Derfor foreslås det, at de relevante sengeafsnit får en demensnøgleperson, der har specifik viden på demensområdet, og at oplysningsplakaterne også sættes op i disse sengeafsnit. Også praktiserende læger og personale i lægehuse skal være opmærksomme på borgere, der viser tegn på demens ved konsultation.

4.2 Udredning på baggrund af symptomer

Udredning skal ske ud fra symptombilledet hos personen m. mistanke om demens og på det udredningssted, hvor den rette lægefaglige ekspertise findes i forhold til de udviste symptomer.

De omorganiseringsmæssige konsekvenser heraf skal efterfølgende følges og vurderes.

4.3 Løbende opfølgning efter påbegyndt behandling

I sundhedsaftalen indgår, at den kommunale demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson medvirker i opfølgningen af demenssygdommen hos berørte patienter.

Den kommunale demenskonsulent/sundhedsfaglig kontaktperson planlægger og (evt.) deltager i en opfølgningssamtale med den praktiserende læge mindst én gang årligt.

Opfølgningssamtalen kan foregå i lægekonsultationen, hvis det er muligt for personen med demens, eller i hjemmet.

4.4 Kompetenceudvikling

4.4.1 Uddannelse i demens på grunduddannelserne samt efteruddannelses tilbud

Arbejdsgruppen har undersøgt, i hvilken udstrækning og på hvilke områder, der undervises i demens på de forskellige sundhedsuddannelsers grunddel, samt hvilke efteruddannelsesmuligheder, der er. (Se bilag).

Undervisning i demens indgår i lægernes grunduddannelse. For læger i hospitalsregi er der ikke decideret efteruddannelse i demens, mens der for praktiserende læger findes demensundervisning som E-learning.

Sygeplejerskegrunduddannelserne, social- og sundhedsuddannelserne, fysio- og ergoterapeutuddannelserne underviser i demens på grunduddannelserne, dog i varierende omfang.

Der skal etableres kursus til uddannelse af demensnøglepersoner på de somatiske sengeafsnit.

Arbejdsgruppen anbefaler, at der på de relevante somatiske sengeafsnit (hyppigst medicinske og kirurgiske) uddannes demensnøglepersoner.

Sundhedsaftalen bygger desuden på, at alle kommuner i regionen har demenskonsulenter/sundhedsfaglige kontaktpersoner med diplomuddannelse på demensområdet.

4.4.2 Samarbejde vedr. faglig udveksling af viden på demensområdet

To regionale demensnetværk

Der etableres to regionale demensnetværk.

Demensnetværket ØST:

Kommuner: Randers, Norddjurs, Syddjurs, Favrskov, Samsø, Aarhus, Hedensted, Odder, Skanderborg og Horsens og Silkeborg

Hospitaler: Regionshospitalet Randers – somatik, Regionshospitalet Horsens – somatik og (geronto)psykiatri og Aarhus Universitetshospital – somatik og (geronto)psykiatri

Demensnetværket VEST:

Kommuner: Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Struer, Viborg, Skive og Silkeborg

Hospitaler: Hospitalsenheden Vest – somatik og (geronto)psykiatri og Regionshospitalet Viborg, Skive og Silkeborg.

Deltagerkredsen i demensnetværkerne

Kommunale demenskonsulenter/sundhedsfaglige kontaktpersoner, (geronto)psykiatriske, geriatriske og neurologiske sygeplejersker og demensnøglepersoner på hospitalernes medicinske og kirurgiske sengeafsnit.

Demensnetværksmøder:

Mødestruktur for demensnetværksmøderne

Formiddag (9-12): Netværksarbejde med sparring vedr. problemer, nye tiltag, inspiration.

Eftermiddag (12.45 -15.30): Faglige emner

Holdes to gange årligt.

Praksiskonsulenter inviteres til at deltage i det faglige emne om eftermiddagen og kan ad hoc inviteres til om formiddagen hvis dette specielt ønskes.

Mødested

Demensnetværket Vest holder netværksmøder på regionshospitalet Herning eller Holstebro. Demensnetværket Øst holder netværksmøder på Psykiatrisk Hospital Risskov eller Aarhus Sygehus.

Planlægning af netværksmøderne

Der nedsættes en planlægningsgruppe for hhv. demensnetværket VEST og ØST, og disse skiftes til at planlægge netværksmøderne. Nære Sundhedstilbud står til rådighed som administrativ funktion.

Finansiering af netværksmøderne

Hospitalerne, hvor møderne holdes, lægger lokaler til.

Interne faglige undervisere fra hospitalerne afholdes af det pågældende hospital, hvor vedkommende er ansat.

Der søges Servicestyrelsen om fortsat tilskud til forplejning og evt. til eksterne undervisere ved det faglige emne om eftermiddagen.

4.5 Inddragelse af frivillige foreninger

Arbejdsgruppen bag sundhedsaftalen har undersøgt, hvordan Alzheimerforeningen, Røde Kors og Ældre Sagen og kommunerne i Region Midtjylland samarbejder om støttetilbud på demensområdet. Undersøgelsen er gennemført ved at sende spørgeskemaer til de pågældende aktører.

Undersøgelsen viser overordnet set følgende:

- Hovedparten af kommunerne samarbejder med mindst en frivillig forening vedrørende demens.
Kommunerne samarbejder oftest med Alzheimerforeningen og Ældre Sagen.
Samarbejdet vedrører primært café- og oplysningsvirksomhed samt ad hoc-samarbejde.

(Se bilag for opsummering af besvarelserne fra kommunerne).

5. Plan for monitorering, opfølgning og evaluering

Den løbende opfølgning på sundhedsaftalen på demensområdet sker i de somatiske klynger med inddragelse af relevante personer fra (geronto)psykiatrien. (Geronto)psykiatrien deltager som minimum på de somatiske klyngemøder én gang årligt.

Evaluering af sundhedsaftalen foretages hvert 3. år – med mindre der tidligere kommer nationale retningslinjer på demensområdet. I så fald har temagruppen for indlæggelse og udskrivelse ansvaret for at indkalde de relevante (evt. arbejdsgruppen vedr. sundhedsaftalen på demensområdet) til gennemgang/tilpasning af sundhedsaftalen ift. retningslinjerne.

6. Plan for implementering

Temaeftermiddag

Ultimo 2011 afholdes en temaeftermiddag med præsentation af demensaftalen, hvor kommunale demenskonsulenter/sundhedsfaglige kontaktpersoner og deres ledere på området, relevante sundhedsfaglige personer i de neurologiske demensklivikker, (geronto)psykiatriske og geriatriske sengeafsnit, demensnøglepersoner i hospitalernes sengeafsnit (primært medicinske og kirurgiske sengeafsnit) og lokale praksiskonsulenter på det neurologiske, psykiatriske og geriatriske område inviteres.

e-Dok

Den sundhedsfaglige del er udarbejdet på en sådan måde, at den er forberedt til at den lægges ind Regionens e-Dok

Lommehåndbog af demensaftalen og plakat med advarselstegn

Den sundhedsfaglige del af aftalen produceres på almindelig papir m. forstærket for- og bagside og spiral.

Målgruppen for lommeudgaven: hjemmesygeplejersker, kommunale demenskonsulenter og deres ledere, sundhedsfaglige personer i de neurologiske demensklivikker, (geronto)psykiatriske og geriatriske sengeafsnit, demensnøglepersoner i hospitalernes almindelige somatiske sengeafsnit (primært medicinske og kirurgiske sengeafsnit) og de praktiserende læger

Plakater m. advarselssignaler på demens og somatiske sygdomme hos personer m. demens trykkes og hænges op, hvor basispersonale i kommunerne og hospitalernes somatiske sengeafsnit færdes, samt i lægehuse.

Servicestyrelsen finansierer lommehåndbog og plakater.

Implementering i klyngerne

De enkelte klyngers repræsentanter i arbejdsgruppen (fra kommuner, hospitaler og evt. almen praksis) fremlægger i deres klynge demensaftalen på et klyngestyregruppemøde. Nære Sundhedsvæsen udarbejder fælles power points til fremlæggelsen og dagsordenpunkt til mødet.