



**Bilag 1**

13. august 2008

Sagsnr.: 2008-73364  
Dok.nr.: 2008-415980

**Notat vedr. status og oplæg til revision på demensområdet**

**Indledning**

Demens er en kronisk hjernesygdom, som er kendetegnet ved, at forekomsten af demens stiger med alderen. De fleste demenssygdomme er fremadskridende og medfører tiltagende funktionssvækkelse. Sygdommen udvikler sig med varierende sværhedsgrad, og symptomerne kan være meget forskellige fra individ til individ. Det medfører bl.a., at borgere med demens har forskellige behov for pleje og omsorg gennem deres sygdomsforløb. Demensområdet er ligeledes under stor udvikling fagligt såvel som indenfor behandling og diagnostik.

**Københavns Kommunes demenspolitik**

Københavns Kommunes demenspolitik blev godkendt af Sundheds- og Omsorgsudvalget i 2003. Demenspolitikken fem indsatsområder er: Tidlig indsats, Skræddersyede tilbud, Behandling og samarbejde, Pårørende og Personale. Handleplaner med aktiviteter indenfor hvert indsatsområde blev godkendt af Sundheds- og Omsorgsudvalget i 2004. Af bilag 2 fremgår en detaljeret beskrivelse af aktiviteter indenfor de enkelte handleplaner rettet mod de fem indsatsområder.

Som opfølgning på temadrøftelse om demens besluttede Sundheds- og Omsorgsudvalget den 31. januar 2008, at demenspolitikken skal revideres på baggrund af de erfaringer, der er gjort på demensområdet de seneste år, samt de udfordringer, som forvaltningen står overfor de kommende år.

Dette notat beskriver som optakt til arbejdet med revision af demenspolitikken en status for implementering af den nuværende demenspolitik. Samtidig peges på hvilke indsatsområder og fokuspunkter, der fremadrettet bør indgå i det videre revisionsarbejde. Endelig beskrives forslag til proces for revision af demenspolitikken.

**Status over implementering af Demenspolitik**

**Indsatsområde 1: Tidlig indsats**

Demenspolitikken målsætninger for tidlig indsats fokuserer på at sikre alle borgere med demenssymptomer rettidig demensudredning; at sikre borgere med demens tilbud om relevant støtte; samt at sikre lettilgængelig information.

Forvaltningen har som led i opfyldelsen af disse målsætninger arbejdet struktureret med at sikre kompetenceudvikling af medarbejdere mhp. opsporing af borgere med demens – bl.a har forebyggende medarbejdere og visitatorer modtaget uddannelse på Forvaltningshøjskolen i demens mhp. at være bedre til at henvise borgere til udredning. Ligeledes er der lavet kompetenceudvikling for medarbejdere med henblik på at opspore borgere med demenssymptomer gennem Samarbejdsmodellen.

Der er ansat Demenskoordinatorer i hvert lokalområde. Demenskoordinatorens rolle er blandt andet at bistå den enkelte borger i overgangssituationer (eks. fra udredning til kommunal

af 10

hjemmehjælp, fra hjemmepleje til plejebolig) samt i forhold til udvikling af demensområdet i lokalområdet. De hidtidige erfaringer med demenskoordinatorerne viser, at der er behov for at udbygge indsatsen overfor hjemmeboende borgere med demens og deres pårørende i forhold til støtte og rådgivning særligt i den tidlige fase. Ligeledes er der et behov for at udbygge dagtilbudsområdet således, at der bliver skabt bedre muligheder for aflastning af de pårørende både i dag- og aften timer.

I 2006 blev der i den nye landsoverenskomst vedr. almen lægegering aftalt mulighed for honorering af max. to opfølgende samtaler om året for borgere med psykiske lidelser – herunder borgere med demens. Aftalen er stadig gældende.

Endelig er der arbejdet struktureret med information af pårørende og borgere med demens. Der er oprettet en hjemmeside under Samarbejdsmodellen med henblik på at skabe én indgang til borgere, der har mistanke om, at de har demens. Siden indeholder informationer om demens samt link og kontaktoplysninger til Københavns Kommune. Derudover er der udarbejdet pjecer, og der afholdes løbende møder for borgere med demens og deres pårørende på Demenscentre og i Alzheimerforeningen.

### **Indsatsområde 2: Skræddersyede tilbud**

Demenspolitikens målsætninger for skræddersyede tilbud fokuserer på, at borgere med demens skal have samme valgmuligheder i forhold til kommunens tilbud, som borgere uden demens; at de særlige botilbud til borgere med demens skal kunne danne ramme om et familieliv; at ventetid til særlige botilbud for demens ikke skal være længere end til almindelige plejeboliger; at indretning af botilbud vedr. demens skal tage hensyn til borgerens demenssygdom; og at borgere med demens og deres pårørende skal sikres trygge og værdige rammer uanset, hvordan sygdommen udtrykker sig.

#### *Kapacitet på demensområdet*

Forvaltningen har som led i opfyldelsen af målsætninger vedr. ”Skræddersyet tilbud” siden 2005 arbejdet med et demenscenterkoncept, som indbefattede etablering af demenscentre med plejeboliger, aflastningspladser og dagtilbud i oprindeligt alle syv lokalområder. I 2004 og 2007 blev der givet budgetbevillinger på hhv. 10 mio. kr. og 60. mio. kr. til etablering af demenscentre – bl.a. med henblik på at opnå 4-ugers garanti på demensboliger. Demensområdet er demografireguleret med ca. 4,7 mio. kr. i 2008 og 2009 svarende til en reduktion af 13 demensboliger i den planlagte udbygning af demenscentre

I foråret 2007 gjorde ventelisterne til de særlige botilbud for borgere med Frontotemporal demens og Huntingtons Chorea, at der blev etableret yderligere 16 pladser på Demenscentret Pilehuset. Endvidere er der etableret 20 særlige botilbud for borgere med alkoholrelateret demens på Bryggergården på Vesterbro.

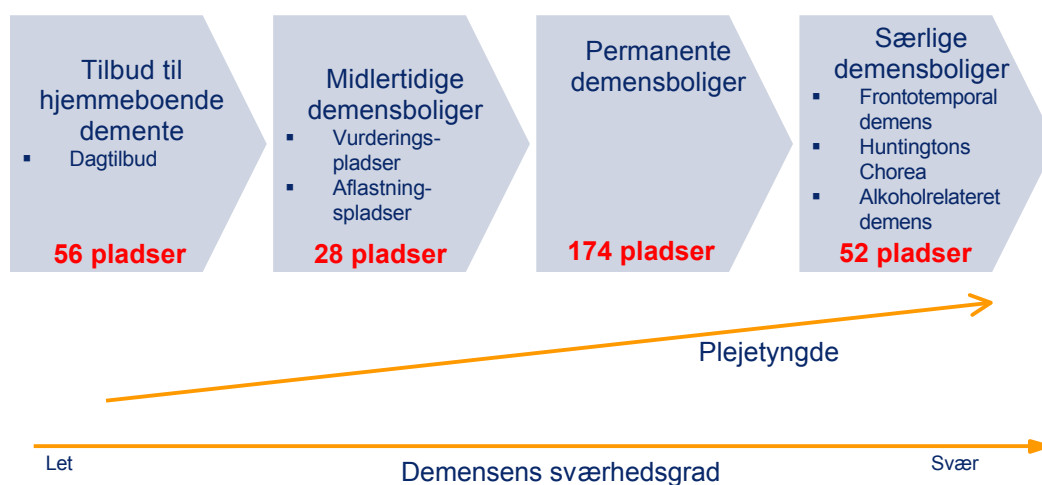
Med etablering af demenscentre ser kommunens demenstilbud således ud pr. 1. juni 2008:

Tabel 1: Oversigt over etablering af demenscentre

2005	2007-2008
------	-----------

af 10

Etablering af demenscenter på:	Påbegyndt etablering af demenscenter på:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilehuset, Vanløse/Brønshøj/Husum – herunder 16 særlige botilbud for borgere med FT og HC</li> <li>• Højdevang Sogn, Amager</li> <li>• Pleje-og demenscenter Klarahus, Bispebjerg/Nørrebro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bryggergården, K/V/I/C</li> <li>• Benediktehjemmet/Ålholmehjemmet, Valby</li> <li>• Norges Minde, Østerbro</li> <li>• Samt 16 særlige botilbud for borgere med FT og HC på Pilehuset</li> </ul>



### Central demenspladsanvisning

I forsommeren 2007 blev det besluttet at centralisere pladsanvisningen til særlige botilbud for borgere med en demenssygdom for at sikre en ensartethed i serviceniveauet og en optimal anvendelse af ressourcerne på demensområdet.

På denne baggrund etablerede Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i juni 2007 et forpligtende netværk for demenspladsanvisningen, bestående af visitatorer fra lokalområderne, den central demensfaglige konsulent samt repræsentanter for chefniveauet. Netværkets primære formål er:

- At sikre ensartet serviceniveau i lokalområderne for pladsanvisning
- At sikre en ensartet pladsanvisning til demenscentrene samt et grundlæggende ens beslutningsgrundlag.
- At udvikle pladsanvisningen til demensområdet overordnet - fagligt, administrativt og samarbejds-mæssigt.

Den centrale demenspladsanvisning gik i drift 1. december 2007.

Erfaringerne viser, at den centrale demenspladsanvisning har medvirket til at sikre ensartethed i serviceniveauet i pladsanvisningen og samtidig, at der er skabt et bedre overblik over borgere på ventelisten på tværs af lokalområderne, og dermed mulighed for en langt bedre koordinering af pladserne. Det har været medvirkende til at sikre en større smidighed i pladsanvisningen, således at ressourcerne udnyttes mere optimalt.

Den øgede smidighed i pladsanvisningen er opnået ved, at pladsanvisningen ikke længere er et lokalt anliggende, men at hele byens demensstilbud reelt er i spil, når en borger skal pladsanvises. Dette samt overblikket over pladserne og den faglige sparring, som finder sted på

af 10

netværksmøderne, gør det muligt at sikre, at det er den 'rigtige' plads, som tilbydes borgeren, således at pladserne bruges mest hensigtsmæssigt.

Det øgede overblik og den større smidighed i pladsanvisningen har endvidere gjort det muligt at genskabe tidligere konverterede midlertidige pladser, således at der er skabt et bedre flow på de midlertidige pladser, og det i dag er muligt at tilbyde borgere/familier aflastning i kortere perioder.

#### *Ventetider*

Ventetiden på både de almindelige demensboliger og de særlige botilbud er nedbragt væsentligt siden 2005 som følge af etablering af flere demensboliger og på grund af den centrale demenspladsanvisning. I 2005 var den gennemsnitlige ventetid på fem måneder. I dag er den gennemsnitlige ventetid på 4-8 uger, afhængigt af hvilket botilbud borgeren er godkendt til, eller om borgeren ønsker et specifikt demenscenter. Selv om ventetiden er betydeligt nedbragt, kan målsætningen om 4-ugers garanti på permanente demensboliger forsat ikke opnås.

Tabel 2: Ventelisteoplysninger for permanente og midlertidige demenspladser 2005 - 2008

<b>Gennemsnitlige ventetid i mdr.</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008*</b>
Permanent botilbud	5,3	2,6	3,7	2,6
Midlertidig	0,9	0,9	0,7	0,8
Alkoholrelateret demens	-	-	8,4	4,4
FT bolig	2,4	0,1	2,8	Ikke opgjort
HC bolig	5,3	-	7,8	2,6

\*Pr. 1. juni 2008

Ved at pladsanvisningen nu er forankret i netværket, sker der en naturlig udveksling af kompetencer gennem faglig sparring og videndeling, som medvirker til at klæde alle i netværket bedre på i forhold til opgaverne. Desuden er der i netværket taget initiativ til via studiebesøg og undervisning af både interne og eksterne undervisere at sikre en fortsat udvikling af netværks medlemmernes kompetencer indenfor demensområdet.

Der er i netværket etableret et højt fagligt miljø og samlet en række ressourcepersoner, som har særlig viden og erfaring. Netværket har på den baggrund været med til at sætte fokus på magtanvendelse særligt i forbindelse med §129 sager – flytning uden samtykke. Der er i 2007/2008 udbudt kurser til alle forvaltningens enheder omkring magtanvendelse.

I juli 2008 optog 13 borgere med en § 129 sag en vurderingsplads. Pga. sagsbehandlingstiden øges ventetiden til en vurderingsplads for borgere med demens uden en §129 sag betragteligt.

Symptomer på demens udvikler sig gradvist og har i forskellige faser forskellig sværhedsgrad. Der er således også i almindelige plejeboliger borgere med demens. Støtten til etablering af de rette personalemæssige rammer omkring borgere med særlige problemstillinger i almindelige plejeboliger finansieres i dag af midler fra den centrale plejehjemspulje. Der er en kortlægning af omfanget af denne gruppe af borgere i gang i flere lokalområder. Kortlægningen skal give input til overvejelser om eventuel etablering af andre former for demenstilbud end dem, der er i dag. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen anslår, at det drejer sig om ca. 5-15 borgere, som i dag bor i almindelige plejeboliger, og som vil kunne profitere af et mere specialiseret demenstilbud.

I vinteren 2007/2008 er der udarbejdet visitationskriterier for de forskellige typer af botilbud på

af 10

demensområdet. Det gælder vurderingspladser, permanente – og midlertidig demenspladser, frontotemporal demens- og Chorea Huntingtonspladser, alkoholrelateret demenspladser samt for demens-dagtilbudspadser. Visitationskriterierne er implementeret i løbet af foråret og sommeren 2008.

#### *Teknologiske hjælpemidler*

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har bl.a. gennem projekt ”Vær Tryk” afprøvet værdien af teknologiske hjælpemidler til borgere med demens. Projektet er afsluttet medio 2008. Erfaringer viser bl.a., hvilke hjælpemidler borgere med demens kan have gavn af, og i hvilke perioder af deres sygdom de teknologiske muligheder bedst anvendes. Det fremgår af projektet, at hjælpemidlerne skal udskiftes løbende, som sygdommen udvikler sig. Den viden, som projektet har givet, skal bruges til at kvalificere den fremtidige demensfaglige dialog og problemløsning i relation til borgeren. Projektet belyser en række erfaringer indenfor fx sporingsteknologi, senge- og stolealarmer, automatisk lystænding, passagealarmer, komfurvagter. Der er endvidere gjort gode erfaringer med en japansk robotsæl. Gennemførelse af projektet – herunder indhentning af teknologiske hjælpemidler fra udlandet - har gjort Københavns Kommune til en af de førende kommuner på området for teknologiske hjælpemidler til borgere med demens (bilag 4).

#### **Indsatsområde 3: Behandling og samarbejde**

Demenspolitikens målsætninger for behandling og samarbejde fokuserer på at sikre at kommunens indsats på demensområdet afspejler nyeste viden; at borgere med demens skal opleve en opsøgende, sammenhængende og professionel indsats; og at ydelser til borgere med demens er målrettet deres aktuelle behov, og tilpasses løbende i takt med udvikling af sygdommen.

Forvaltningen har som led i opfyldelsen af målsætninger vedr. ”Behandling og samarbejde” arbejdet systematisk med at forbedre uddannelsen af de forebyggende medarbejdere.

Der er arbejdet med afprøvning af forskellige redskaber som led i styrkelsen af den tidlige indsats overfor borgeren. Der arbejdes endvidere med Dementia Care Mapping (DCM) på kommunens demenscentre. DCM er en metode til at kvalitetssikre og udvikle plejen og omsorgen for borgere med demens. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen er medlem af International DCM Implementation group tilknyttet Bradford University. Forvaltningen deltager dermed i internationalt udviklingsarbejde omkring pleje og omsorg for borgere med demens. I efteråret 2007 var Sundheds- og Omsorgsforvaltningen vært for det årlige business-møde og afholdt i den forbindelse både en international konference og workshop. Arrangementerne tiltrak nogle af de største internationale videnspersoner på demensområdet, og gav ledere og medarbejdere ny viden og inspiration til pleje af og omsorg for borger med demens. På det nationale niveau deltager forvaltningen bl.a. i den årlige demenskonference. I 2008 havde forvaltningen to indlæg på konferencen.

Forvaltningen deltager aktivt i udvikling af samarbejdet med Region Hovedstaden. Dette sker bl.a. gennem løbende dialog med Hukommelsesklinikken på RH, som varetager regionens speciale funktion på demensområdet. Herudover deltager Sundheds- og Omsorgsforvaltningen med en repræsentant i Det sundhedsfaglige Råd for Demens, som er et tværfagligt og tværsektorielt rådgivende råd, der er nedsat af Region Hovedstaden. I regi af det sundhedsfaglige råd for demens er der igangsat et projekt vedr. udvikling og gennemførelse af kurser, som har til formål at øge kompetencen hos det social- og sundhedsfaglige personale i Region Hovedstadens kommuner og hospitaler. Københavns Kommune har en repræsentant siddende i en netværksgruppe i relation hertil.

af 10

I januar 2006 blev der indført en fælles samarbejdsmodel mellem H:S, KK og almen praksis omkring demensområdet. Denne er som følge af kommunalreformen aktuelt under evaluering og revision. Sundheds- og Omsorgsforvaltningen deltager aktivt i dette arbejde, som bl.a. sker i regi af Det sundhedsfaglige Råd for Demens. Modellen forventes at være klar til implementering i 2010. Dette vil ske i regi af 2. generation af Sundhedsaftaler.

#### **Indsatsområde 4: Pårørende**

Demenspolitikens målsætninger for pårørende fokuserer på at sikre at de pårørende modtager støtte i form af såvel aflastning som rådgivning i relation til demens.

Forvaltningen har som led i opfyldelsen af målsætninger vedr. ”pårørende” arbejdet med etablering af aflastningspladser på demenscentrene. Det er fortsat ikke lykkedes at skabe det rette flow på disse med henblik på at tilgodese det eksisterende behov.

Der er tilsvarende gennemført en række informations og undervisningsaktiviteter samt gjort forsøg med etablering af en ”demenslinie”. Denne er imidlertid lukket på grund af manglende opkald. Demenskoordinatorerne indgår som centrale aktører i rådgivningen af de pårørende, støttet op af lokale visitatorer og medarbejdere på demenscentrene.

Der er desuden et tæt samarbejde med Alzheimerforeningen både fra lokalt og centralt hold. Forvaltningen deltager aktivt i foreningens cafearrangementer med flere indlæg hvert år.

#### **Indsatsområde 5: Personale**

Demenspolitikens målsætninger for personale fokuserer på at sikre, at personalet besidder de nødvendige tværfaglige kompetencer; samt der løbende sker udvikling af kvalitet og tilbud.

Forvaltningen har som led i opfyldelsen af målsætninger vedr. ”personale” gennemført kompetenceudvikling såvel i form af temadage som kurser i regi af Sundhedsakademiet. Demensteamet varetager løbende undervisning af medarbejdere på demenscentrene. Endelig er der etableret forpligtende netværk, som har til formål at sikre videndeling, sparring og løbende udvikling af personalets kompetencer.

### **Revision af Demenspolitikken**

Nedenfor beskrives udviklingstendenser samt fokuspunkter, som bør danne grundlag for det kommende arbejde med revision af Demenspolitikken.

#### **Udviklingstendenser**

På baggrund af den demografiske udvikling forventes en vækst i ældrebefolkningen (65+ år) i Københavns Kommune. Da væksten primært sker i den yngre del af målgruppen, hvor demens ikke er så hyppig, kan der forventes et fald i antallet af borgere med demens i løbet af de næste år.

Tabel 3: Prognose over forventet antal borgere over 65 år med demens i Københavns kommune 2008 og 2015

Alder	Totale antal 2008	Antal demente 2008	Hyppeghed i aldersgruppen	Totale antal 2015	Antal demente 2015
65-69	15.897	205	1,3 %	21.334	275

af 10

<b>70-74</b>	11.249	339	3,0 %	15.474	465
<b>75-79</b>	9.557	570	6,0 %	9.546	569
<b>80-84</b>	8.088	978	12,1 %	6.550	787
<b>85-89</b>	6.090	1.114	18,3 %	4.557	819
<b>90-94</b>	2.967	862	29,1 %	2.648	761
<b>95-99+</b>	909	270	29,7 %	953	281
<b>I alt</b>	<b>54.757</b>	<b>4.338</b>		<b>61.062</b>	<b>3957</b>

Tabellen viser, at det samlede antal københavnere med demens forventes at falde over de kommende år i takt med faldet i gruppen af 80+-årige. Ligeledes fremgår det, at andelen af 65-79-årige med demens kommer til at fylde relativt mere.

Mulighederne for udredning og behandling af demens er i hastig udvikling. Samtidig forskes der intensivt i nye muligheder for en stadig tidligere og mere præcis diagnostik. Med nye metoder og med en mere generel viden om mulighederne i befolkningen forventes det, at et stigende antal borgere bliver henvist til udredning af mulig demenssygdom i de kommende år, og at antallet af borgere med en tidlig demensdiagnose dermed stiger.

Øget tilgængelighed til nye og forskellige skanninger og bedre diagnostiske metoder kan medføre bedre muligheder for supplerende undersøgelser. Udviklingen af helt nye sygdomsmodificerende behandlinger medfører, at borgere med en demenssygdom kan leve længere med deres sygdom end i dag. Derfor stiller den fremtidigt diagnostik og behandling helt nye krav til organiseringen af indsatsen på tværs af specialer og sektorer og til samarbejdet mellem sektorer.

Den demografiske udvikling og udviklingen i diagnostik og behandling betyder, at Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i de kommende år står overfor en stor udfordring i forhold til at tilpasse og udnytte eksisterende kapacitet på plejeboligområdet og samtidig sikre det faglige indhold i tilbudene.

Faldet i antal af 80+-årige kan give en mindre efterspørgsel efter permanente demensboliger. Modsat kan bedre behandlingsmetoder og dermed flere år med sygdom have den modsatte effekt. Endelig viser erfaringer fra de første år med demenspolitikken, som beskrevet, at der i dag er borgere med demenssymptomer, som fortsat bor i almindelige plejeboliger, men som kunne profitere af tilbud på de særlige demens-botilbud.

Som det er beskrevet ovenfor, er der ikke en ligelig efterspørgsel på demens botilbud indenfor de forskellige demenssygdomme. Der synes at være et fortsat stigende behov for at udbygge tilbud målrettet alkoholdemens.

En stigning i den yngre del af ældrebefolkningen kan medføre flere ”yngre” ældre med demens, hvilket vil skabe større efterspørgsel på hjemmeplejeydelser, idet flere borgere med demens sandsynligvis vil bo i eget hjem.

Flere hjemmeboende vil skabe et pres på behovet for aflastningspladser, dagtilbud for borgere med demens og større efterspørgsel på specialiserede hjemmeplejeydelser, herunder rådgivning og støtte af de pårørende.

En stadig større viden og tættere samarbejde med regionen vil understøtte kravet om at tænke i fælles metoder og metodeudvikling, kvalitetsudvikling, fælles forløbsprogrammer og samarbejdsmodeller. Dette stiller krav til fagligheden og fortsat udvikling af tilbudene vedr.

af 10

demens på det kommunale område.

Den teknologiske udvikling vil fortsat give nye muligheder i forhold til at sikre borgerens tryghed og sikkerhed i hjemmet og i plejeboligen. Indførelse af flere teknologiske hjælpemidler kræver et øget behov for ajourført viden på området, korrekt visitation af hjælpemidlerne og mere målrettet information til borgere, personale og pårørende.

### **Fokuspunkter for arbejdet med demens fremadrettet**

På baggrund af erfaringer fra implementeringen af Demenspolitikken de seneste år og de kommende udfordringer er det Sundheds- og Omsorgsforvaltningens vurdering, at det fremadrettede arbejde med en revideret demenspolitik bør ske ud fra en samlet revurdering af en række forhold, herunder bl.a. borgerfokus, økonomi, kapacitet, faglige metoder, medarbejderkompetencer, geografi, organisering af indsatsen m.v. De forskellige hensyn samles i følgende tre fokusområder: Borgeren i centrum, Faglighed og kvalitet samt en Sammenhængende indsats. Disse er forsøgt motiveret nedenfor.

#### **Borgeren i centrum**

Der bør bl.a. fokuseres på:

- fortsat at sikre en tidlig indsats overfor det stigende antal borgere, der får diagnosticeret demens
- at justere kapaciteten vedr. demens, således at den tilgodeser de kommende ændringer i borgerprofiler, men også tilgodeser variationer i symptomsværhedsgrad hos den enkelte borger. Dette kan fx ske ved at tænkes i bredere vifte af fleksible demenstilbud – herunder udvidelsen af vurderingspladser og midlertidige og akut pladser på demensområdet
- yderligere udbygning af kapacitet med henblik på at opnå 4-ugersgaranti på demensboliger
- yderligere udbygning af den specialiserede hjemmepleje for hjemmeboende borgere med demens med tilbud om mere tid til omsorg og pædagogik
- fortsat arbejde med etablering af botilbud til borgere med demens, der understøtter aktuel viden om ”den gode bolig”
- fortsat at sikre inddragelse, rådgivning og støtte af de pårørende, fx gennem oprettelse af en demensskole, hvor borgere og deres pårørende kan modtage vejledning og skabe netværk.

#### **Faglighed og kvalitet**

Der bør bl.a. fokuseres på:

- justering af det nuværende koncept for demenscentre med henblik på at sikre fagligt bæredygtige enheder, herunder skabe ensartede rammer for demensfagligt miljø af høj faglighed samt fastholde personale med demensfaglige kompetencer
- at udbygge erfaringerne fra den centrale pladsanvisning for demens med henblik på at sikre optimalt flow og udnyttelse af demenstilbud på tværs af byen
- vurdere erfaringerne med nuværende og nye faglige metoder set i forhold til ny viden på demensområdet
- at understøtte den fortsatte udvikling af det faglige miljø samt den løbende videndeling vedr. demens
- fortsat udbygge brugen af teknologiske hjælpemidler til at understøtte tryghed og sikkerhed i hverdagen for borgere med demens samt skabe et godt arbejdsmiljø for personalet



af 10

- fortsat arbejde med dokumentation og implementering af ensartede redskaber som grundlag for fælles faglighed i indsatsen omkring borgere med demens
- fortsat kompetenceudvikling til medarbejdere omkring demens.

### Sammenhængende indsats

Der bør bl.a. fokuseres på at skabe sammenhæng mellem såvel interne som eksterne aktører på demensområdet gennem:

- deltagelse i det fortsatte arbejde med udvikling af en ny samarbejdsmodel med Region Hovedstaden
- udbygning af samarbejdet med Videnscenter for demens på RH, herunder også medvirke i forsknings- og udviklingsaktiviteter relateret til organisering og indhold af indsatsen vedr. demens
- organisering af og sammenhæng i tilbuddene til forskellige målgrupper, herunder borgere med begyndende demenssymptomer, dagtilbud for hjemmeboende borgere med demens, midlertidige demenspladser, permanente demenspladser og særlige demenspladser
- styrke netværk af demenskoordinatorer og andre fagpersoner med henblik på at sikre kontinuitet i indsatsen vedr. demens.

### **Proces for revision af demenspolitikken**

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen forslår, at de tre indsatsområder danner grundlag for drøftelser og kvalificering gennem dialog med såvel interne som eksterne interessenter i henhold til nedenstående tidsplan:

<b>Tidsplan</b>	<b>Aktivitet</b>
<b>Primo-medio august</b>	<b>Høring af ældrerådene</b>
<b>21. august</b>	<b>SOU-møde</b> På mødet præsenterer forvaltningen status på demenspolitikken, nye udfordringer på demensområdet, afledte fokuspunkter i en revideret demenspolitik samt proces for revision af demenspolitikken.
<b>August-september 2008</b>	<b>Temadrøftelser på P/O-chefmøde og Ældrechefmøde</b> Drøftelser med P/O- og ældrecheferne om revisionen af demenspolitikken på baggrund af politikernes tilbagemelding fra SOU-mødet den 21. august samt drøftelse af procesplan og inddragelse af interessenter.
<b>Efteråret 2008</b>	<b>Inddragelse af interessenter i revisionen</b> Dialogmøder med eksterne og interne interessenter med henblik på at få kvalificeret input til revisionen. Her tænkes bl.a. i lokale tværfaglige dialogmøder, involvering af ældreråd, ældreorganisationer, Alzheimerforeningen.
<b>Januar 2009</b>	<b>Forslag til revision af demenspolitikken i SOU</b> På baggrund af dialogmøderne, bidrag fra evt. arbejdsgrupper m.v. forventer forvaltningen at have et udkast til en revideret demenspolitik klar til udvalgmødet i januar 2009.
<b>Januar-februar 2009</b>	<b>Høring</b> Revideret forslag sendes i høring blandt interessenter efter SOUs behandling