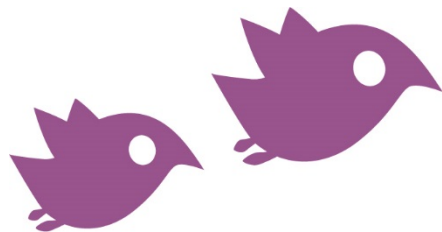


Demensplan 2019 – 2021



«Å føle seg som alle andre»



Innholdsfortegnelse:

Forord	4
1.0 Innledning	5
1.1 Hva er demens.....	6
1.1.1 Definisjon.....	6
1.1.2 Ulike demenstyper	6
1.1.3 Noen spesielle utfordringer	7
1.2 Forekomst.....	9
1.3 Grunnsyn: Personsentrert omsorg	9
1.4 Lovgivningen	10
1.5 Føringer	11
1.6 Planens oppbygging	12
2.0 Forebygging	13
2.1 Primærforebygging	13
2.2 Sekundærforebygging	13
2.3 Velferdsteknologi	14
2.4 Hverdagsrehabilitering.....	15
2.5 Demensvennlig samfunn	15
2.6 Samarbeid med frivillige	16
3.0 Diagnostisering og oppfølging etter diagnose	17
3.1 Diagnostisering	17
3.2 Oppfølging	18
3.3 Ivaretagelse av personer med demens på legekantor/lab.....	18
3.4 Samarbeid med hukommelsesteam.....	18
3.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	19
4.0 Tjenestekontoret.....	21
5.0 Lavterskeltilbud	22
5.1 Nye lavterskeltilbud	22
5.2 Aktivitetsvenn og støttekontakt.....	22
5.3 Brukerskole	22
5.4 Pårørendeskole og samtalegruppe for pårørende.....	22
5.5 Hukommelsesteamet (tidligere demensteam)	23

6.0 Hjemmebaserte tjenester	24
6.1 Tjenester som hjemmetjenesten tilbyr:.....	24
6.2 Fokus på utredning ved mistanke om demens.....	24
6.3 Organisering i hjemmebasert omsorg	25
7.0 Dagaktivitetssenter.....	26
7.1 Dagsenter for hjemmeboende med endret hukommelse, Indre Fosen avd. Rissa og avd. Leksvik.....	26
7.1.1 Utfordringer og videre tiltak	27
7.2 Ambulerende dagaktivitetstilbud	28
7.3 Grønn omsorg/Inn på tunet	28
7.4 Kompetanse	28
8.0 Døgnbaserte tjenester	30
8.1 Eldresenter/Aldershjem	30
8.2 Sykehjem	30
8.3 Aktiviteter i døgnbaserte enheter	31
9.0 Brukergrupper med spesielle behov	33
9.1 Personer med utviklingshemming/BOA	33
9.2 Personer med minoritets og samisk bakgrunn.....	33
9.4 Yngre personer med demens	34
10.0 Pårørendearbeid	35
10.1 Pårørendeskole	35
10.2 Samtalegruppe for pårørende	35
10.3 Avlastningsopphold	35
10.4 Individuell støtte og oppfølging	35
11.0 Forskning, kunnskap og kompetanse	37
11.1 Opplysnings- og informasjonsarbeid.....	37
11.2.1 Nåværende kompetanse	37
11.2.2 Behovet for framtidig kompetanse	38
11.2.2.1 Formal kompetanse innen demens	38
11.2.2.2 Real kompetanse innen demens	38
11.2.2.3 Annen type kompetanse.....	39
11.3 Kompetanse hos fastlegene	39
11.4 Kompetanse i hukommelsesteamet	39

Litteraturliste	43
Vedlegg:	44

Forord

En demensplan er en fagplan som bygger på den nasjonale demensplan 2020 «et mer demensvennlig samfunn». Demensplan 2020 skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester med fokus på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose.

Med denne demensplan vil Indre Fosen kommune sikre en helhetlig og personsentrert demensomsorg, der planen bidrar til å skape fleksible tjenester med høyt faglig nivå. Fokuset må hele tiden være forebygging, brukerinvolvering, frivillighet og tilpassede tjenester på alle nivåer.

Arbeidsgruppa har bestått av:

- Astrid Albertsen, sykepleier og fagleder Rissa Sykehjem
- Siv Anita Schei, konstituert virksomhetsleder Legetjenesten
- May – Bente Hovstein, sykepleier og fagleder Leksvik hjemmetjeneste
- Stine Kobberrød, ergoterapeut i kommunen og hukommelsesteamet
- Bente Vårum, demenskoordinator i Indre Fosen kommune
- Cheneso Moumakwa, Ass. kommuneoverlege (Medisinsk Fagansvarlig for Hukommelsesteamet)

Styringsgruppa har bestått av:

- Hilde Anhanger Karlsen, Helse og omsorgssjef og ass.rådmann
- Odd arne Sakseid - Leder Helse og omsorgsutvalg
- Randi Hindrum Dahl
- Dag- Jøran Ness
- Randi Kvitland Brødreskift
- Sylvia Elverum
- Karl Idar Frengen
- Wenche Steinkjær
- Geir Ole Gjølga
-

Det har blitt orientert om planen i:

- Eldrerådet
- Helse og omsorgsutvalget

Eksterne høringer:

- Nasjonalforeningen for folkehelse
- Fosen Demensforening

Denne planen gjelder frem til 2021, ny plan vil bli fremlagt etter at ny nasjonal demensplan er vedtatt.

1.0 Innledning

«Målet er et mer demensvennlig samfunn, og ikke egne samfunn for personer med demens» (Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn, Helse- og omsorgsdepartementet, s. 15).

I Demensplan 2020 (helse og omsorgsdepartementet) er målet et demensvennlig samfunn er et samfunn som er bedre for alle, og at søkelyset derfor i like stor grad må rettes mot omgivelsene som mot egenskaper og ressurser ved den enkelte person.

Høy alder er den største årsaken til demens, derfor er antall personer med demens økende jo flere eldre det blir. Dette er nå – og fremtids samfunnsøkonomiske utfordringer hvor det kreves at demensomsorgen setter fokus på både kvantitativt og kvalitativt. Dette betyr at innsatsen må settes inn slik at personer med demens kan bo hjemme så lenge som mulig og ønskelig.

Gjennom Redic-undersøkelsen (Bergh m.fl., 2015) viser det seg at personer med demens ikke har tilstrekkelig med tjenester i måneden før innleggelse i sykehjem. De har gjennomsnittlig 4 timer pr. uke med hjemmesykepleie, og 20% av pasientene har dagaktivitetstilbud tilsvarende til 1,5-2 dager pr. uke. I samme tidsperiode bidrar pårørende med hjelp inntil 40 timer pr. uke. Dette betyr at pasienten går fra nesten ingen kommunale tjenester i hjemmet til hjelp på døgnbasis. Det er mye potensielle muligheter for forbedring av hjemmebaserte tjenester slik at personer med demens kan bo hjemme lenger, og redusere stor belastning hos pårørende.

Styrking av hjemmebaserte tjenester styrkes med økt kompetanse, skreddersydd organisering og tilpasset velferdsteknologi vil muliggjøre at personen med demens kan bo hjemme lenger. Det må satses på forebyggende arbeid, møteplasser og lavterskeltilbud i samarbeid med frivillige organisasjoner. Ikke minst må fleksible og differensierte dagaktivitetstilbud bygges ut og tilpasses personer med demens.

Det er også behov for fleksible avlastningsordninger som kan imøtekomme de pårørendes varierte behov. I tillegg trenger både personen selv og pårørende kunnskap om sykdommen og hvordan de kan leve best mulig med den.

Det vil alltid være behov for en godt utbygd døgnbasert tjeneste til personer med demens. Selv omfattende støtte fra hjemmebaserte tjenester, dagaktivitetstilbud og pårørende vil ikke være tilstrekkelig når sykdommen øker på. Et faglig og kvalitativt godt tilbud i døgnenhetene krever at kompetansen styrkes og at utformingen av botilbudet blir tilpasset de individuelle behovene hos personer med demens.

I Demensplan 2020, s. 9 står det at «strategiene og tiltakene i Demensplan 2020 skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunenes ordinære planarbeid». Det framheves i denne forbindelse seks strategiske grep:

- Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
- Forebygging
- Diagnose til rett tid og oppfølging etter diagnose
- Aktivitet, mestring og avlastning
- Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
- Forskning, kunnskap og kompetanse

Disse seks grepene gjenspeiler seg som sentrale elementer i denne kommunale demensplanen. Den bygger også på [Nasjonal faglig retningslinje om demens](#) (vedlegg 1).

Noen forkortelser:

ADL: Aktiviteter i dagliglivet

Aldring og helse: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

APSD: Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

DCM: Dementia Care Mapping

Demensplan 2020: Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn (helse- og omsorgsdepartementet)

MCI: Mild kognitiv svikt

OBS demens: Observasjonsskjema som brukes i kartlegging av demens og demensgrad

Pasrl.: Pasient- og brukerrettighetsloven

VIPS: Rammeverk for personsentrert demensomsorg

VPM: VIPS praksis modell

1.1 Hva er demens

Demens er en samlebetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som er forårsaket av ulike sykdommer eller skader i hjernen. Sykdommen opptre fortrinnsvis i høy alder, og kjennetegnes ved kognitiv svikt i form av hukommelsesproblemer, redusert orientering - og planleggingsevne, språkvansker, sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter, endringer i sosial væremåte og atferd. Demenssykdommen kommer ofte snikende og utvikler seg gradvis. Sannsynligheten for å utvikle demens øker med økende alder, og over 40% av 90-åringene rammes. Sykdommen rammer også helt ned i 30 – 40 års alderen, selv om det er sjelden. Det finnes ingen kurativ behandling mot demens per i dag.

1.1.1 Definisjon

Demens kjennetegnes ved tilstedeværelse av følgende (ICPC/ICD10 -diagnose kode system):

- Svekket hukommelse, især nyere data
- Svekkelse av minst en annen kognitiv funksjon som influerer på dagliglivets funksjoner (f.eks. abstraksjon, dømmekraft, tenkning, planlegging)
 - Mild: Påvirker normale daglige aktiviteter
 - Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp av andre
 - Alvorlig: Nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåkning
- Bevart bevissthet
- Svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd med en eller flere av følgende:
 - Emosjonell labilitet, irritabilitet, apati, unyansert atferd
- Varighet i minst 6 måneder

Som det framgår av kriteriene, krever demensdiagnosen at personen har en svikt i dagliglivets funksjoner (ADL), og denne svikten må være en endring fra personens tidligere funksjonsnivå. Det framgår også av kriteriene at tilstanden må ha vart i minst 6 måneder for å sikre at sykdommer som ligner på demens, og som er potensielt reversible blir behandlet.

I indre Fosen kommune brukes diagnosekodesystemet ICPC koder for primærhelsetjeneste.

1.1.2 Ulike demenstyper

Det er fem demensdiagnoser som dominerer, selv om det er flere tilstander som fører til demens.

- **Alzheimer demens** er en degenerativ sykdom som kan forekomme i alle aldersgrupper. Sykdommen rammer rundt 60 % av personer med demens. Sykdomsutviklingen og progresjonen av sykdommen er ofte forskjellig og man deler den vanligvis opp i en tidlig og en sen debutfase.
- **Vaskulær demens** forekommer ved skader og sykdom i hjernens blodårer, enten som slag/drypp/blødning, eller som mikroskopiske endringer i det finere nettverket av blodårer. Sykdommen rammer rundt 20-25 % av de som får demens. Det sees også hyppighet av **blandingsdemens** av Alzheimer sykdom og vaskulær demens.
- **Lewy Body demens** er en degenerativ demenssykdom og man finner den hos 15 – 20 % av personer med demens. Sykdommen er lik Parkinson demens, og noen mener det er samme sykdom med ulikt debuterende symptombilde.
- **Alkoholrelatet demens** oppstår etter skader med langvarig bruk av alkohol. Årsaken er sammensatt, men det skyldes langvarig vitaminmangel over tid som gir direkte skade på hjernen eller følgetilstander etter fall. Mulig også en kombinasjon av disse årsakene, men også andre rusmidler kan føre til demens.

Personer med **psykisk utviklingshemming** kan utvikle demens. Dette fordi Alzheimer demens er knyttet til det samme genet som forårsaker Downs syndrom.

Det er viktig å ha kunnskap om ulike typer demens da demens i utgangspunktet ikke er en ensartet tilstand. Kunnskap har betydning for

- Bomiljø, medisinsk behandling og miljøterapi
- Kunnskap om årsak, sykdomsprogresjon/forløp og prognose
- Informasjon som gis til personer med demens og deres pårørende
- Hvordan man tenker forebygging
- Planlegging av omsorgstilbud fremover

Det er flere sentrale faktorer som virker inn på hvordan demenssykdommen forløper og hvordan den enkelte har det:

- Type demens
- Hvor langt hjerneskaden har kommet
- Tidligere historie – barndom, ungdom og voksenliv
- Evnen til mestring og å takle utfordringer
- Samhandling/miljøet rundt den enkelte
- Fysisk miljø: revir og oversikt
- Evnen til innsikt i egen situasjon
- Enkelte medikamenter, for eksempel av typen Vival/Sobril
- Andre sykdommer

Det er ikke alle faktorene man kan gjøre noe med, men det er viktig å ha samhandlingskompetanse som kan bidra til et vekstfremmende miljø for den enkelte. I tillegg er det av stor betydning at man har kjennskap til den enkeltes livshistorie og mestringsprofil, samt at man tilrettelegger det fysiske miljøet i samsvar med behovet til personer med demens.

1.1.3 Noen spesielle utfordringer

Det er ulike utfordringer mann som helsepersonell konfronteres med i møtet med personer med demens. De ulike forholdene som blir nevnt nedenfor har spesielt stor betydning.

1.1.3.1 Sårbarhet

Personer med demens er svært sårbare overfor både fysiske og psykososiale omgivelser. Derfor er det viktig å unngå for mye stimuli som støy eller flere aktiviteter som krever høy oppmerksomhet. Demens bør kunne tenkes som hjernesvikt. hjernesvikten fører til svekket

oppmerksomhetsevne. Jo større svikt, jo mindre belastning tåles. Det er da lett for personer med demens å feiltolke og misforstå det som skjer. Da er det viktig med små, oversiktlige omgivelser og få personer å forholde seg til. Dette er opphavet til uttrykket «smått er godt». Man regner ofte enheter på fire til åtte personer som «små».

Personer med demens har ofte vanskelig for å formidle sine egne behov, og de kan etterhvert ha problemer med å forstå behovene sine på samme måte som før. Dette kan for mange være svært sårt, og det betyr at man er da avhengig av at andre bistår med å forstå og tolke deres behovene så godt det lar seg gjøre. Da er det behov for kompetente og empatiske fag folk som er klar til å yte denne tjeneste.

Personer med demens er også svært sårbare for skiftende omgivelser. De trenger trygghet og kontinuitet både når det gjelder menneskene rundt seg og de fysiske omgivelsene og det bør derfor unngås flere endringer i boforhold.

1.1.3.2 Ernæring

Ensomhet og isolasjon kan føre til at enkelte personer med demens mister matlysten, de har ikke lenger samme sultfølelse som tidligere og noen av dem glemmer også å spise. Noen kan i tillegg utvikle dårlig tannstatus, fordi de ikke lenger husker eller klarer å ivareta god tann – og munnhygiene. Disse forholdene virker inn på ernæringsstatusen til den enkelte. God ernæring er nært knyttet til forebygging av andre sykdommer og fall.

1.1.3.3 Passivitet

Noe av de første tegnene pårørende merker er passivitet og tilbaketrekning. Dette kommer ofte tidlig i demensforløpet, og kan ha sammenheng i flere forhold, men følelsen av å ikke mestre eller komme til kort er vanlig. Passivitet får konsekvenser på flere områder. Det kan for eksempel føre til at personen med demens bli i dårligere fysisk form, som igjen gir økende fallrisiko, de slutter å lage seg mat, ønsker ikke lenger å være like sosial som før og klarer ikke lenger å opprettholde samme personlig hygiene som før.

1.1.3.3 Legemidler

Eldre generelt, og personer med demens spesielt, er ekstra følsomme for legemidler. Personer med demens bruker ofte en rekke ulike medisiner som kan gi alvorlige bivirkninger. Noen legemidler kan forverre demenssykdommen, og noen legemidler kan gi økt fallrisiko eller føre til fall.

1.1.3.4 Fall

Personer med demens har økt risiko for fall, og det er ulike faktorer som medvirker til dette. Man kan få dårligere motorikk på grunn av selve sykdommen, men også ensomhet, passivitet, nedsatte kognitive ferdigheter og dårlig ernæring kan være noen av faktorene som øker risikoen for fall. Fall har store negative konsekvenser for den enkelte og for samfunnet som helhet. Et lårhalsbrudd fører for eksempel ofte til at personen med demens får en akutt forvirring som kan forverre demenssykdommen. Det forekommer hyppig komplikasjoner som vanskeliggjør rehabilitering etter operasjon og som i mange tilfeller fører til død.

1.1.3.5 Motstand mot hjelp

Det er ikke uvanlig at personer med demens motsetter seg helsehjelp. Dette skyldes at de ikke lenger ser sine egne behov, eller at de tror at de klarer seg selv når de ikke gjør det. Å omgå denne motstanden på en måte som også ivaretar pasientens verdighet, er en kunst basert på kompetanse over tid. I de fleste tilfellene der pasienten viser motstand mot hjelp, klarer ansatte å få gitt den nødvendige helsehjelpen gjennom bruk av tillitsskapende tiltak. Noen ganger må imidlertid pasient- og brukerrettighetslovens (pasrl.) kap. 4 A anvendes, dersom vilkårene for dette er tilstede. Denne omhandler «*helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*».

1.2 Forekomst

Det finnes ikke nøyaktige tall for demens i Norge, men et anslag fra WGO og Demens Europe ser at mellom 80 000 og 100 000 lever med demens i Norge i dag. Det anslås at blant 80 % av de som har langtidsplass i sykehjem har demens sykdom, og over 40% av dem som er over 70 år og får hjemmetjeneste også har demens. Antallet vil øke med økende antall eldre. Demenssykdommer er progressive og dødelige, men flere med demens har også andre sykdommer i tillegg. Det er økende levealder for eldre i Norge, og dette vil medføre at også antallet personer med demens vil øke betraktelig om 30 år.

Demens gir en stor påkjenning og utfordring for både den som rammes, de pårørende, helse- og omsorgstjeneste og samfunnet. En gjennomsnittlig varighet av demenssykdom er på 8.1 år fra symptomdebut til død.

Indre Fosen kommune har pr. mars 2019 100 stykk registrerte tall på personer med demens. Hvor ca. 80 % har enten sykehjemsplass eller for hjemmebaserte tjeneste.

Tabell 1: Framskriving av Eldre i Indre Fosen kommune: Viser at ved 2040 vil eldre 80 år + være 10% av befolkning sammenlignet med 5,5% i 2020; en dobling.

Årstall		2020	2025	2030	2035	2040
Indre Fosen	Alder					
	65-74 år	1 289	1 206	1 180	1 238	1 284
	75-79 år	441	550	550	538	534
	80 år +	558	671	892	1 019	1 076

1.3 Grunnsyn: Personsentrert omsorg

«Virksomheten skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenester som ytes er personsentrerte» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Miljøtilnærming er den grunnleggende behandling i møte med personer med demens. Miljøbehandling er også førstevalget ved atferds utfordringer. Legemidler kommer først til anvendelse når miljøtiltakene ikke har ønsket effekt eller det oppstår farlige situasjoner (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017). Selv om demens er en hjerneorganisk sykdom, har det stor betydning for personens livskvalitet hvordan personen blir møtt på av omgivelsene. Det hevdes at dette også har betydning for progresjonen av sykdommen (Kitwood, 1999).

Personsentrert demensomsorg er en overbyggende filosofi som alle miljøterapeutiske tilnærminger bør bygge på. Det er nå i større grad bevissthet rundt systematikken og innholdet i begrepet. Personsentrert omsorg handler om å ha *personen* i sentrum, istedenfor sykdommen. I dette er det viktig å vite hvem han er og hvem han har vært. Det er også viktig å gjøre seg kjent med personens opplevelse av seg selv og omgivelsene, slik at man kan imøtekomme hans individuelle behov.

Dawn Brooker (2013) har utarbeidet rammeverket V.I.P.S. Bokstavene står for de fire sentrale elementene i personsentrert demensomsorg:

- **V** – verdiforankring. Et ledelsesanliggende
- **I** – individualitet. At den enkelte person skal behandles individuelt. Dette krever kjennskap til livshistorien
- **P** – perspektivet til personen med demens. At man tilstreber å se verden slik personen med demens opplever den
- **S** – sosial støtte. At personen med demens opplever et støttende fellesskap

For å implementere personsentrert demensomsorg i måten Indre Fosen kommune arbeider og tenker på i møtet med personer med demens uavhengig av omsorgsnivå, må den forankres i ledelsen. Implementering er avhengig av at organisasjonen legger til rette for opplæring og kompetanseheving på området. Det krever at opplæringskonseptet VPM (VIPS praksis modell) spres til alle virksomheter. Det kan gjøres gjennom at to ansatte fra hver virksomhet gjennomfører et todagers kurs, og viderefører opplæringen som et kontinuerlig tiltak i virksomheten gjennom ukentlige fagmøter. Det er en forutsetning at nærmeste leder er tilstede på disse fagmøtene. Dette bidrar til økt lederkompetanse om demens og det gir gode muligheter for å kartlegge den faktiske kunnskapen hos ansatte i avdelingen. VIPS-modellen er anvendbar for det brede spekter av pasienter, og har mye til felles med modeller for etisk refleksjon.

Når man ikke ved hjelp av dette verktøyet klarer å møte behovene til enkeltpersoner med demens, bør man ta i bruk mer spisserte personsentrerte verktøy som:

- Marte Meo videoveiledning
- Dementia Care Mapping (DCM).

Dersom man ikke kommer i mål ved hjelp av disse to verktøyene, skal spesialisthelsetjenesten kobles inn for råd og veiledning. Ved å utdanne Marte Meo-terapeuter og skolere ansatte i DCM vil Indre Fosen kommune ha nødvendig spisskompetanse innen det personsentrerte området. Tom Kitwood – en pioner innen personsentrert demensomsorg, sier at en viktig målsetting i demensomsorgen er å «*ivareta den enkeltes identitet til tross for sviktende åndsevner*» (Kitwood, 1999). Dette rommer på mange måter essensen i hvordan man bør møte en person med demens. Gjennom å hjelpe vedkommende til å holde fast ved den «røde tråden» i livet blir han bekreftet som person. Minneaktiviteter, bilder og kjent musikk er viktige verktøy i dette.

Personsentrert demensomsorg	
Sak	Tiltak
Spre VIPS	• To ansatte fra hver virksomhet går på todagers kurs. Disse to har ansvar for å implementere VPM i sin virksomhet
Spisskompetanse	• Vurdere å ha en ansatt i hver virksomhet med Marte Meo -utdanning • Vurdere å ha en ansatt i hver virksomhet med DCM-utdanning

1.4 Lovgivningen

Det er en rekke lover som direkte eller indirekte virker inn på omsorgen for personer med demens. Ingen av disse er spesifikke for demensomsorgen, men har betydning for alle som mottar helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukerrettighetsloven

Formålet med denne loven er å «bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd».

Pasient- og brukerrettighetsloven, kap. 4 A.

Formålet med dette kapitlet er «å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade samt å forebygge og begrense bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens selvbestemmelsesrett».

Helse- og omsorgstjenesteloven

Formålet med denne loven er særlig å:

- forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
- fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og
- forebygge sosiale problemer,
- sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
- sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
- sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
- sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og bidra til at ressursene utnyttes best mulig».

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Formålet med denne forskriften er å «bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves».

Kvalitetsforskriften

Formålet med denne forskriften er å «bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel».

Helsepersonelloven

Formålet med denne loven er å «bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten».

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Formålet med denne forskriften er å «sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene».

1.5 Føringer

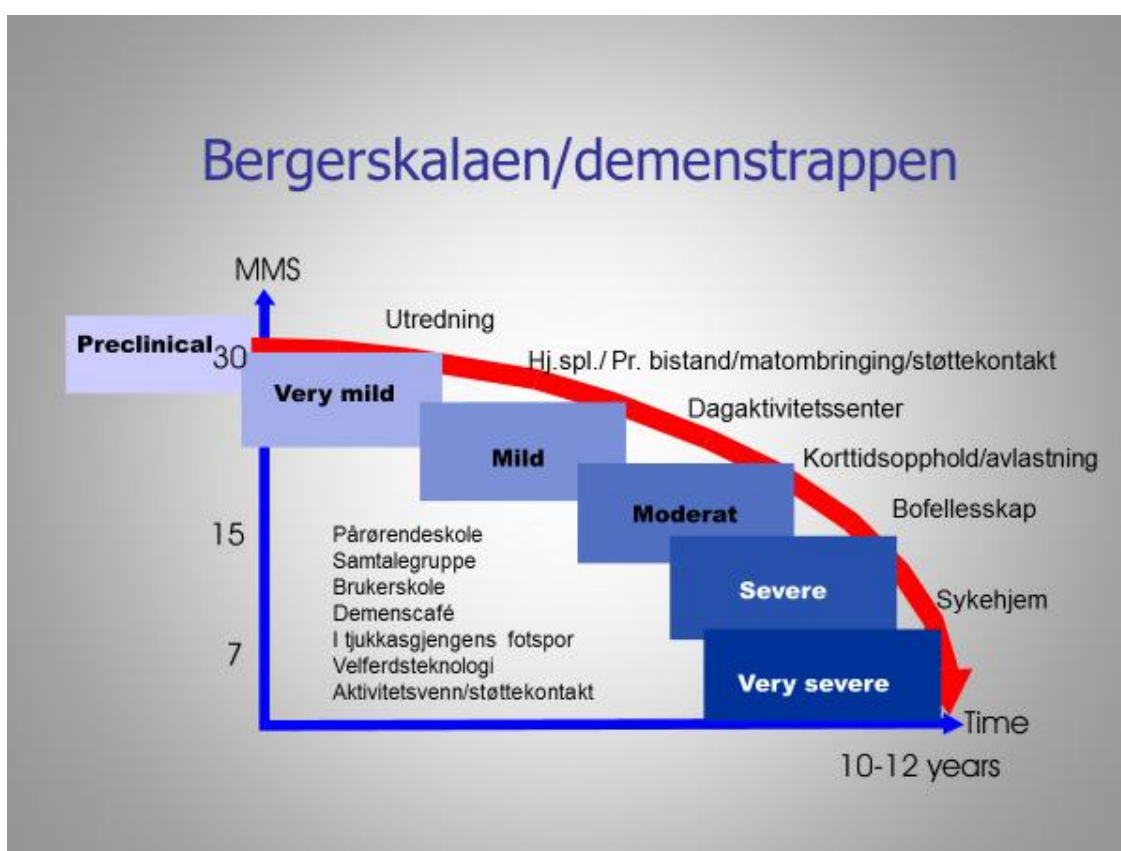
- Tidligere Rissa og Leksvik sin omsorgsplan, ny helse og omsorgsplan for Indre Fosen kommune vil foreligge innen utgangen av 2019

- Demensplan 2015, Helse- og omsorgsdepartementet
- Demensplan 2020, Helse- og omsorgsdepartementet
- Nasjonal faglig retningslinje om demens 2017, Helsedirektoratet
- Meld. St. 26 (2014-215) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»

1.6 Planens oppbygging

Det er et mål at personer med demens skal få den hjelp og støtte de trenger når de trenger det. Dette innebærer tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet. Berger skala viser et utviklingsforløp hos personer med Alzheimer demens, og angir hvilke tjenester som er aktuelle på de ulike trinnene.

Denne planen er bygd opp etter dette utviklingsforløpet, fra forebygging gjennom tilbud i hjemmet til døgnbaserte tjenester for personer med demens. Det er også egne kapitler om pårørendearbeid og kompetanse.



Figur 1; Berger Skala; "Omsorgstrappen" viser utvikling av tjenester ved demens sykdom i en 10-12 års periode.

Gjennom innledende sitater i de ulike kapitler og underkapitler, viser vi til overordnede faglige planer og retningslinjer for å underbygge viktige punkter i planen.

2.0 Forebygging

«Forebygging av demens (vil) i første rekke handle om å forskyve demensdebuten. Ved å forskyve demensdebuten, kan forekomsten av demens reduseres betydelig» (Demensplan 2020, s. 23).

Det er forventet en stor økning av antall personer med demens i fremtiden og tallene som oppgis i dag blir trolig firedoblet innen utgangen av 2040. Dette utgjør en betydelig samfunnsmessig utfordring som må løses på ulike plan. Forebygging er derfor et sentralt og viktig tema det bør fokuserer mer på.

- Forebyggingsbegrepet brukes ulikt, men i denne planen snakker vi først og fremst om: *primærforebygging*, når målet er å unngå sykdom
- *sekundærforebygging*, når målet er å hindre uheldige konsekvenser av sykdommen, og å leve så godt som mulig med den

2.1 Primærforebygging

«Det som er bra for hjertet, er bra for hjernen» (Alzheimers Disease International, 2014).

De hjerneforandringene man ser ved Alzheimer sykdom vet man ikke årsaken til per i dag, og man kan derfor foreløpig ikke hindre at demens oppstår. Primærforebygging handler om å forskyve debuttidspunktet for demens lengst mulig.

Sentrale faktorer i det demensforebyggende arbeid er:

- fysisk aktivitet
- mental aktivitet
- sosial kontakt
- sunn kost
- regulering av blodtrykk/kolesterol mv.
- Folkeopplysning
- jevnlig legekonsultasjon
- møteplasser for eldre

Det bør være tilbud i regi av frivilligsentralen eller andre lag som eksempler på viktige primærforebyggende arenaer. Tilbudene som «Karran på tur», onsdagsklubb og torsdagsklubb er sentrale primærforebyggende tiltak. Samtidig driver de lokale helselagene ulike aktiviteter og arrangement gjennom hele året som er basert på frivillighet.

Som ledd i folkeopplysning til innbyggerne i kommunen, vil hukommelsesteamet ha fast informasjon liggende på kommunens hjemmeside og tidvis i aviser. Det er også muligheter for å kontakte hukommelsesteamet for en uforpliktende samtale der innbyggere kan ta kontakt ved spørsmål om demens. Siden hukommelsesteamet har arbeidsdag kun en dag i uken kan det være vanskelig å oppnå kontakt, men det oppfordres til at innbyggerne tar kontakt enten via tjenestekontoret eller sender hukommelsesteamet en epost. De ansatte i teamet vil ta kontakt så fort det er mulig.

2.2 Sekundærforebygging

«Demens og annen kognitiv svikt øker risikoen for fall og medfølgende brudd» (Demensplan 2020, s. 23).

Faktorene i primærforebygging er også viktige faktorer ved sekundærforebygging. I tillegg til faktorene som er nevnt vil et tilpasset dagaktivitetstilbud og en god organisert hjemmebasert

tjeneste virke sekundærforebyggende. Dagaktivitetstilbudene vil ha en spesielt viktig rolle her, da det er kjent at triaden kognitiv svikt (demens), ensomhet og fall hører sammen. Både dagaktivitetssenter og hjemmebaserte tjenester kan bidra til å sikre tilstrekkelig og variert ernæring. Dette har innvirkning på både kognitiv svikt og på falltendens, og er et sentralt sekundærforebyggende tiltak.

For å leve et sunt og aktivt liv til tross for demenssykdommen, har personer med demens og deres pårørende behov for kunnskap om demens, og hvordan de best kan leve med sykdommen. I dag er det pårørendeskolen som bidrar til kunnskapsformidling og veiledning til pårørende i Indre Fosen kommune. I tillegg kan de ta uforpliktende kontakt med hukommelsesteamet for samtale og veiledning, men det er ikke satt i gang samtalegrupper for pårørende. Det er derfor et mål at samtalegrupper etableres. Til personer med demens finnes det per i dag ingen tilsvarende tilbud. Det er derfor et mål at brukerskole kan etableres. Det gis tilskudd både til pårørendeskole, samtalegruppe og brukerskole fra Helsedirektoratet.

2.3 Velferdsteknologi

«Kommunen bør vurdere om velferdsteknologi kan tilrettelegge for at personen med demens kan bo lengre hjemme i trygge omgivelser og samtidig mestre egen livssituasjon med sykdom og redusert helse. Velferdsteknologi bør også vurderes i situasjoner hvor pårørende og omsorgspersoner har behov for avlastning» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Velferdsteknologiske løsninger kan være til stor nytte både i hjemmet til personen med demens og i døgnbaserte enheter. Det er viktig med individuelt tilpasset teknologi som kan bidra til at personen kan bo hjemme lengre. Slike teknologiske løsninger kan gi økt trygghet både for personen med demens og for deres pårørende.

Det er viktig at kommunen integrerer gode prosesser rundt:

- brukerfokus
- identifisering av problem hos bruker
- finne gode løsninger
- skape tillitt
- gevinstanalyse
- utprøving og iterasjon
- god dialog mellom tjenestene, bruker og pårørende

En utfordring hos personer med demens er at en del teknologi krever en viss grad av opplæring eller forståelse. I tidlig fase av sykdommen, kan personen styre noe selv, for eksempel medisindispensere, trygghetsalarm og nettbrettkalender. Etter som sykdommen utvikler seg, kan det i mindre grad forventes at personen med demens er aktivt medvirkende. Systemene må derfor være i størst mulig grad uavhengig av bruker, og det medfører i noe større grad en form for «overvåking». Eksempelvis gir medisindispenser et varsel. Dette varselet skal tolkes av mottaker og forstås slik at en skjønner at det er medisinen som skal tas. Hvis ikke går det alarm til tjenesteapparatet og noen må avklare «avviket». Resultater det i daglig utrykning, vil en dispenser gi lite gevinst. Med dette menes det at personer med demens likevel kan ha nytte av velferdsteknologiske løsninger, som for eksempel lys som automatisk slår seg på når han står opp om natten, GPS, eller en elektronisk kalender. Det som er avgjørende med velferdsteknologiske løsninger til personer med demens er at hjelpemidlene må komme tidlig nok inn til personen, slik at personen med demens får bruken av teknologien inn som en rutine. Velferdsteknologi er et viktig supplement i demensomsorgen, men det kan aldri erstatte menneskelig kontakt.

Velferdsteknologi vil bli presentert nærmere i kommunens nye helse og omsorgsplan og et av hovedmålene er at velferdsteknologi er implementert i Indre Fosen kommune som en del av den ordinære tjeneste innen utgangen av 2020.

Teknologiske løsninger er stadig i utvikling og nye produkter kommer fortløpende på markedet, også produkter som personer med demens kan nyttiggjøre seg. Med dette kommer også behovet for oppfølging av produktet og at produktet ivaretas og brukes på en forsvarlig måte. Ergoterapeuten i hukommelsesteamet er en viktig ressurs og bidragsyter på dette området.

2.4 Hverdagsrehabilitering

«Sammensatte behov må møtes med sammensatt kompetanse» (Demensplan 2020, s. 23).

Personer med demens og de som har kognitiv svikt av andre årsaker, kan dra nytte av hverdagsrehabilitering. Den nye helse – og omsorgsplanen for Indre Fosen kommune skal inneholde en rehabiliteringsplan som skal ivareta hverdagsmestring/rehabilitering. Denne planen er under utarbeidelse og derfor ikke tilgjengelig under arbeidet med denne planen, men vil bli tatt med i den nye demensplan fra 2021.

Hvordan hverdagsmestring/rehabilitering skal kunne brukes opp mot hjemmeboende personer med demens er noe usikkert, men dette kan bidra til fallforebyggende arbeid og bedre oppfølging av ernæringsstatus gjennom at ernæringsjournal blir satt i fokus. Dette kan gjøres gjennom kartlegging, direkte intervensjon og opplæring av de ansatte i hjemmebaserte tjenester. Hukommelsesteamet, ergoterapeut og fysioterapeut kan være viktige samarbeidspartnere. Det er vist at fallforebygging og trening for eldre bidrar til å redusere fall med 40 % (Demensplan 2020, s. 24).

2.5 Demensvennlig samfunn

«Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet» (Demensplan 2020, s. 7).

Indre Fosen kommune har per i dag ingen intensjonsavtale med Nasjonalforeningen for folkehelsen, men har som mål å gjøre Indre Fosen til en mer demensvennlig kommune. Det er opprettet et samarbeid mellom hukommelsesteamet og Leksvik Helselag for å få til dette.

Det bør derfor etableres en arbeidsgruppe som skal jobbe med dette som mål. Gruppen bør jobbe ut fra at «Sammen for et mer demensvennlig samfunn» bør omfatte fire områder:

- det etablerte tilbudet (ofte kommunalt)
- møteplasser for personer med demens og deres pårørende
- tilrettelegging av samfunnet slik at det blir lettere for personer med demens å delta (formidling av kunnskap/opplæring)
- åpenhet

Dette er i samsvar med det som står i Demensplan 2020.

Brukerinteressene i gruppen ivaretas gjennom Fosen demensforening og Leksvik helselag. Gjennom opplæring av handelsstanden, transportnæringen mv. bidrar «Sammen for et mer demensvennlig samfunn» til mer åpenhet og kunnskap slik at personer med demens kan inkluderes og delta på lik linje med andre mennesker i samfunnet.

2.6 Samarbeid med frivillige

«Det må legges bedre til rette for at frivilligheten kan være et viktig supplement til det offentlige tjenestetilbudet til personer med demens» (Demensplan 2020, s. 31).

Demensomsorgen i Indre Fosen kommune har allerede etablert et godt og nært samarbeid med flere frivillige organisasjoner for å utvikle en mer demensvennlig kommune. Fosen demensforening og Leksvik Helselag (Nasjonalforeningen for folkehelsen) sammen med kommune arbeider for kunnskapsformidling om demens til øvrig befolkning gjennom blant annet pårørendeskolen om demens.

Frivillighetssentralen i kommune deltar på sykehjemmene med ulike aktiviteter både ved Rissa og Leksvik sykemene. Hukommelsesteamet har vært på besøk hos pensjonistforeningene i kommune som ledd i informasjon utveksling samt formidler arbeid som gjøres innen demensomsorgen.

De frivillige er en uvurderlig og viktig ressurs som man i enda større grad vil ha behov for i tiden fremover. Samtidig er det en begrenset ressurs, nettopp fordi den baserer seg på frivillighet. Mange ønsker å styre sin egen hverdag uten å binde seg opp for mye. Det kan bli en utfordring.

Erfaring viser at flere frivillige er usikre i møtet med personer med demens. I arbeidet med å rekruttere og beholde frivillige til denne brukergruppen, er det derfor viktig med kontinuerlig og spisset opplæring, samt god oppfølging og støtte underveis. Tilnærmingen med en «Aktivitetsvenn» som er lansert av Nasjonalforeningen for folkehelsen, har nettopp en slik spisset opplæring av frivillige som ønsker å gjøre en jobb for personer med demens.

En frivillig koordinator vil være sentral med å koordinere frivilligarbeidet, også til personer med demens.

Forebyggende tiltak
• Tilbud i regi av frivillighetssentralen
• Videreføre «Karran på tur»
• Etablere nye lavterskeltilbud
• Legge til rette for folkeopplysning
• Informasjon på kommunens nettside og i avisene i regi av hukommelsesteamet
• Arrangere møtetidspunkt for pårørende
• Vurdere forebyggende hjemmebesøk
• Etablere hverdagsrehabilitering
• Videreføre og etablere nye dagaktivitetstilbud
• Utvikle en god organisert hjemmetjeneste
• Jobbe for gode velferdsteknologiske løsninger
• Arbeide videre med å gjøre samfunnet mer demensvennlig
• Videreføre samarbeidet med frivillige på ulike arenaer
• Aksnesgården
• Sanitetsforeningene

3.0 Diagnostisering og oppfølging etter diagnose

Det er av stor betydning at personer med demens får stilt diagnosen til rett tid. Dette er viktig for valg av behandling, sekundærforebygging, planlegging av framtiden og for å gi riktig informasjon og veiledning. Det er flere ulike tilstander som kan gi de samme symptomene på demens, men som kan være av annen årsak og dermed kan behandles. Lavt stoffskifte og depresjon er eksempler på dette. Ut fra dette er utredning et avgjørende aspekt for å sikre at slike tilstander oppdages og behandles.

De fleste personer med kognitiv svikt/demens forstår at noe er feil, og erfaringsmessig ønsker å bli utredet. Men hos andre kan det være vanskelig å akseptere at noe er i endring, derfor må «*utredning baseres på frivillighet, bortsett fra i de tilfeller der pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp*» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

3.1 Diagnostisering

En demensutredning innhenter informasjon om personen med mistanke om demens sitt hjelpebehov og pårørendes behov, og er derfor en forutsetning for å kunne gi hensiktsmessig behandling og omsorg. Utredningen skal føre til at aktuelle hjelpetiltak til personen med demens og pårørende vurderes og igangsettes.

«Utredning ved mistanke om demens bør vanligvis utføres av pasientens primærlege (fastlege eller sykehjemslege). Utredningen bør foregå i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten, gjerne hukommelsesteam/koordinator, med kompetanse om demens» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Hensikten med diagnostisering er blant annet å:

- skille demens fra normal aldring
- skille demens fra somatisk sykdom
- skille demens fra psykiatrisk sykdom
- skille demens fra legemiddel- og ruspåvirkning
- skille mellom ulike typer demens

Ifølge demensplan 2020 ligger ansvaret for utredning og diagnostisering på kommunehelsetjenesten. Det er fastlegen som har hovedansvaret for diagnostiseringen, men i visse tilfeller bør det vurderes å henvise til spesialisthelsetjenesten hvis saken er komplisert.

Nasjonal Kompetansetjeneste Aldring og helse har utarbeidet kartleggingsverktøy til bruk for diagnostisering i kommunene som hukommelsesteamet i Indre Fosen kommune bruker aktivt på sine hjemmebesøk.

Fastlegen har det overordnede ansvaret for demensutredningen, både utredning og oppfølgingen, og det er fastlegens ansvar å fastsette diagnose. Fastlegen kan foreta hele utredningen selv, men det kan ofte være mer hensiktsmessig å samarbeide med hukommelsesteamet. Det er opp til fastlege hvilke oppgaver de ønsker bistand til, men lege må selv foreta medisinske undersøkelser og vurderinger, samt bestille nødvendige tilleggundersøkelser.

3.2 Oppfølging

Når diagnosen er stilt og formidlet til personer med demens og deres pårørende er det fastlegens oppgave å følge opp pasienten med årlige kontroller. Hyppigere ved behov. Dersom medisiner er påbegynt, er det også nødvendig å kartlegge virkning/bivirkning og sikre doseøkning/seponering i de tilfellene dette er aktuelt. Hvis hukommelsesteamet ikke har deltatt på utredningen, kan fastlegen etter samtykke fra pasienten ta kontakt med hukommelsesteamet. Teamet kan være et kontaktpunkt for videre oppfølging for både pasient og pårørende. Har flyttet sammen punktene, fjern hvis noe er unødvendig

3.3 Ivaretagelse av personer med demens på legekontor/lab.

Legekantorene i kommunen er universelt utformet og ansatte er behjelpelig med å bistå brukerne med utfordringer som måtte opptre ved et legebesøk. De har et godt samarbeid med hjemmetjeneste og institusjon.

Når det gjelder køordningen er denne merket slik at pasientene skal forstå hvilke knapper som skal trykkes på ved lab/resepsjonen/skiftestue. Det er også skiltet hvor laboratoriet befinner seg. Hvis pasienten kommer fra avdeling på sykehjem, er det stort sett personell med som bistår disse brukerne.

Dersom bruker har hjemmetjeneste skal legetjenesten videreformidle nødvendig informasjon til hjemmetjeneste for tilstrekkelig oppfølging.

3.4 Samarbeid med hukommelsesteam

«Ved mistanke om demens kan hukommelsesteam/koordinator gjennomføre kartlegging av henholdsvis pasienten og pårørende, etter avtale med primærlege. Kartleggingen bør omfatte vurdering av kognitiv funksjon, ADL-funksjon, sikkerhet i bolig, psykisk funksjon, og pårørendes belastning» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Hukommelsesteamet har ulike kompetansegrunnlag som gjør at de kan foreta kognitive tester, ADL-vurderinger, atferdskartlegginger, og andre ulike vurderinger og kartlegginger i hjemmet. Dersom fastlegen ønsker bistand kan hukommelsesteamet gjennomføre hjemmebesøk med slike kartlegginger. Teamet kan også på egen hånd foreta vurderinger dersom det oppdages situasjoner som krever videre utredninger. Hukommelsesteamet må i så fall melde dette til fastlegen som deretter iverksetter videre tiltak. Vedlagt ligger samarbeidsprosedyre mellom hukommelsesteamet og fastlegene (vedlegg nr. 2).

«Flere har omtalt perioden etter at diagnosen er satt som et stort hull» (Demensplan 2020).

Selv om mange personer med demens og deres pårørende kan oppleve at det er godt å få et navn på det som har bekymret dem, er tiden etter diagnosen ofte en stor utfordring og påkjenning. Spesielt er den første tiden vanskelig for mange, i særlig grad når sykdommen rammer yngre personer. Behovet for informasjon og støtte er stort.

«Hukommelsesteam/koordinator bør ha hovedansvar for oppfølging i hjemmet for personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt, uavhengig om pasienten mottar hjemmetjenester eller ei. Der personen med demens mottar hjemmetjenester bør det etableres samarbeid mellom hukommelsesteam/ koordinator og hjemmetjenesten» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Etter at diagnosen er stilt, er det viktig at personen med demens og pårørende får en kontaktperson/koordinator som de kan henvende seg til. Hukommelsesteamet vil være et naturlig kontaktpunkt når pasienten ikke mottar andre kommunale tjenester, men også i

endel tilfeller der pasienten får kommunal hjelp. Hukommelsesteamets oppgave er å støtte, informere og være tilgjengelig, derfor tilbyr hukommelsesteamet et oppfølgingsbesøk innen en måned etter at diagnose er gitt. Etter dette hjemmebesøket står videre oppfølginger av årlige eller halvårlige kartlegginger i hjemmet. Hyppighet vurderes fortløpende ved endringer i pasientforløpet.

Flere personer som utredes i spesialisthelsetjenesten får diagnosen mild kognitiv svikt. En stor andel av disse konverterer til demens i løpet av noen år. Det er derfor viktig at også denne gruppen får tilbud om en kontaktperson/koordinator i hukommelsesteamet etter utredningen. Flere vil for eksempel være i jobb, med ønske om å stå i denne så lenge som mulig. Her kan hukommelsesteamet bidra med hjelp til å få tilrettelagt arbeidsplassen. Det kan også bistå med hjelpemidler, som man vet det er viktig å ta i bruk på et så tidlig tidspunkt som mulig i sykdomsforløpet.

Mange alderspsykiatriske tilstander kan ligne på demens og kan også være starten på en demensutvikling. Derfor har hukommelsesteamet gjennom disse årene kommet i befatning med eldre pasienter med depresjoner, psykoser og angst. Alle disse tilstandene kan gi hukommelsesforstyrrelser og andre kognitive utfall. Også i tilfeller der det ikke er mistanke om demens bør hukommelsesteamet ha et oppfølgingsansvar, fordi pasienter med alderspsykiatriske sykdommer ofte faller mellom flere stoler. På lik linje med personer med demens, har de behov for en kontaktperson/koordinator som kan bistå direkte eller gjennom veiledning av ansatte.

I de tilfellene pasienten har dagaktivitetssenter eller døgnbasert tjeneste, blir oppfølgingen i hovedsak ivarettatt der.

Hukommelsesteamet ønsker nå å implementere en større del av oppfølgingen til personer med demens og deres pårørende til hjemmebasert omsorg. Dette spesielt til de der pasient og pårørende allerede ved diagnosetidspunktet er godt kjent av hjemmebaserte tjenester. Det er da mer naturlig at oppfølgingen av familien skjer i regi av disse. En organisering som innebærer en ressursperson i hver sone bør tilstrebes og i de soner der det er en stor andel av personer med demens bør det etableres arbeidslag som i større grad vil kunne sikre kontinuitet i oppfølgingen. Oppgavene til de ansatte vil i likhet med hukommelsesteamet være å støtte, informere og være tilgjengelig. Arbeidet består også av halvårlige eller hyppigere kartlegginger. Det bør utarbeides en prosedyre for samhandlingen mellom hukommelsesteamet og hjemmebaserte tjenester i oppfølging av personer med demens. De mer i punkt 5.0 - **Legger dette som plan, og at det utfordres andre del av tjeneste til å ta del i oppfølging** – Mener du at dette skal flyttes ned til fremtidsplan?

3.4 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

I det diagnostiske arbeidet kan fastlegen søke bistand eller henvise til ulike spesialister ved Sykehuset St.Olavs Hospital eller Sykehuset Levanger. Det kan være geriatrisk, alderspsykiatrisk eller nevrologisk avdeling/poliklinikk. Det er også mulig å henvise til hukommelsespoliklinikken på Ullevål sykehus i Oslo. Det er den individuelle problematikken som til enhver tid avgjør hvilken instans fastlegen bør henvise til.

Nasjonal faglige retningslinjer om demens anbefaler at det henvises til spesialisthelsetjenesten i følgende situasjoner:

- Hos personer med kompliserte tilfeller av kognitiv svikt
- Hos yngre personer under 65 år (kun veiledende aldersgrense)
- Hos personer med psykisk utviklingshemming
- Hos personer med minoritetsspråklig bakgrunn

- Ved andre særlig kompliserte tilfeller

Fastlegen kan kontakte spesialisthelsetjenesten for råd og veiledning.

Spesialisthelsetjenesten har et lovfestet ansvar for å veilede ansatte i kommunehelsetjenesten ved behov. Bare unntaksvis har spesialisthelsetjenesten oppgaver knyttet til oppfølging etter diagnostisk utredning. For at ikke personen med demens skal bli værende i et vakuum, er det viktig at spesialisthelsetjenesten melder fra til hukommelsesteamet, så lenge pasienten samtykker til dette.

Diagnostisering og oppfølging etter diagnose	
Sak	Tiltak
Diagnostisering	Fastlegen • Foreta nødvendige medisinske undersøkelser • Henvise til undersøkelser • Samarbeide med hukommelsesteamet • Fastsette diagnose • Evt. henvise til spesialisthelsetjenesten
	Hukommelsesteamet: • Gjennomføre oppgaver/kartlegging i samarbeid med fastlegen • Gjennomføre vurderinger på egenhånd som rapporteres til fastlegen
	Spesialisthelsetjenesten • På forespørsel, veilede fastlegen i utredningsarbeidet • Gjennomføre nødvendig utredning i kompliserte tilfeller etter henvising fra fastlegen
Oppfølging etter diagnose	Fastlegen: • Halvårslige/årlige kontroller • Følge opp evt. Medisineringer
	Hukommelsesteamet • Støtte • Informere • Være tilgjengelig • Gjennomføre årlige kartlegginger, eller hyppigere ved behov • Samarbeide med hjemmebaserte tjenester der det er aktuelt
	Hjemmebasert omsorg • tjenester • Støtte • Informere • Være tilgjengelig • Fylle ut OBS-demens og skrive statusrapport hvert halvår, eller hyppigere ved behov • Samarbeide med hukommelsesteamet der det er aktuelt

	• Utarbeide en prosedyre for samhandlingen mellom hukommelsesteamet og hjemmebaserte tjenester • Utarbeide en prosedyre/plan for hvordan hjemmebasert omsorg kan bistå i oppfølgingen av pasienter med demens
	Spesialisthelsetjenesten • Evt. veilede ansatte i kommunen • Ved samtykke, sende nødvendig informasjon til hukommelsesteamet

4.0 Tjenestekontoret

Det er tjenestekontoret for helse- og omsorgstjenester som fatter vedtak om tildeling av tjenester. Dette gjøres etter en individuell behovsvurdering.

For å få tildelt en tjeneste må skjemaet «Søknad på helse og omsorgstjenester» fylles ut. Skjemaet finnes på hjemmesiden til Indre Fosen

(https://www.indrefosen.kommune.no/f/p1/ic3c62d54-fe28-4714-adb2-968eada9ba3c/soeknadsskjema_helse_og_omsorgstjenester3.pdf),

De kan også anskaffes ved servicetorgene på kommunehusene, hjemmetjenestekontorene og sykehjemmene. Skjemaet sendes til tjenestekontoret eller leveres servicetorget på Leksvik/Rissa kommunehus eller tjenestekontoret i sokkelen på Rissa Helsetun.

Etter at vedtak er gitt får de ulike sonene beskjed om hvilke tjenester som er tildelt den enkelte bruker. Hver bruker vil få vedtaksdokumenter tilsendt i posten.

5.0 Lavterskeltilbud

«Det er behov for flere lavterskeltilbud som gir møteplasser for både personer med demens og deres pårørende» (Demensplan 2020, s. 25).

Demens er fremdeles en tabubelagtsykdom, og mange personer med demens og deres pårørende ønsker ofte å ikke dele så mye om den til sitt nettverk/omgangskrets. For å nå fram til disse familiene, er det derfor viktig med tilbud som hverken etterspør diagnose eller stiller krav til vedtak.

5.1 Nye lavterskeltilbud

I Indre Fosen kommune er det i liten grad aktivitet som er tilrettelagt for denne gruppen av innbyggere. Det savnes et sentrumsnært tilbud for personer med demens og deres pårørende der aktiviteter som kinobesøk, tur på biblioteket mv. kan stå i fokus. Det savnes også et «kognitivt tilbud» med for eksempel quiz, ulike spill, data, sjakk mv. Slike aktiviteter kan legges til Frivillighetssentralen, som per i dag ikke har noen arrangerte aktiviteter til personer med demens og deres pårørende. Det kan drives av frivillige med tett oppfølging fra hukommelsesteamet.

Ved bruk av disse tilbudene vil man sammen med lavterskeltilbud til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende fra kommunen kunne dekke flere av ukens dager. På sikt er målet å dekke opp alle hverdagene.

5.2 Aktivitetsvenn og støttekontakt

Nasjonalforeningen for folkehelsen har introdusert begrepet «Aktivitetsvenn». Målet er å gi meningsfylte aktiviteter for personer med demens, på lik linje med støttekontakt. En aktivitetsvenn, som er en frivillig, skal ha gjennomgått et kurs om demens. Han/hun skal gjennom felles interesser koples opp mot personer med demens. I Indre Fosen kommune har det ikke vært arrangert kurs for aktivitetsvenner, men dette er absolutt et konsept som bør følges opp, enten gjennom Nasjonalforeningen eller som et selvstendig kommunalt tiltak.

Mange personer med demens vil ha nytte av støttekontakt. Det gjelder i særlig grad de som bor hjemme og er fysisk, sosialt og mentalt aktive, men som ikke klarer å nyttiggjøre seg ulike tilbud som kino, tur i skogen mv. på egenhånd. Også i sykehjem kan personer med demens ha godt utbytte av støttekontakt. Etter en individuell kartlegging bør enkelte sykehjemspasienter tilbys denne tjenesten når det er behov for det. Støttekontakt er en vedtaksbasert tjeneste og dermed ikke et lavterskeltilbud.

5.3 Brukerskole

«Brukerskoler skal være en møteplass for utveksling av erfaringer og gjensidig støtte (...). Målet er å gi informasjon og kunnskap om demens» (Demensplan 2020, s. 39).

Demensplan 2020 har som målsetting at det skal etableres brukerskole i kommunene. I Indre Fosen er dette på planleggingsstadiet, men det bør utarbeides en skisse på hvordan denne kan driftes. Det er mange personer med demens som i en tidlig fase har behov for å lære om sykdommen. Aktuelle temaer kan være tilpasset informasjon om sykdommen, minnealbum, aktiviteter, viktigheten av å være fysisk aktiv, hjelpemidler, fremtidsfullmakt mm.

5.4 Pårørendeskole og samtalegruppe for pårørende

For omtale av disse vises det til kapittel 10.1 og 10.2. fjernes siden det er i kap 10.1 og 10.2

5.5 Hukommelsesteamet (tidligere demensteam)

Hukommelsesteamet (tidligere demensteamet) ble startet opp i januar 2016 i Rissa Kommune og i 2012 i Leksvik Kommune. En føring i St.Meld. 26 (2014-215) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet», s. 55 er at «Team for brukere med sammensatte behov i kommunene bør baseres på funksjon og behov, ikke diagnose». Både Helsedirektoratet og Aldring og helse har derfor gått bort fra begrepet «demensteam» og erstattet det med «hukommelsesteam». Det er kjent at flere med kognitiv svikt som utredes på hukommelsespoliklinikker vegrer seg for at det kommunale «demensteamet» blir kontaktet fordi de ikke ønsker å forbindes med demens. Demens er fortsatt en tabubelagt sykdom for enkelte, og dette er noe vi må forholde oss til. Det ble derfor vedtatt at også Indre Fosen kommune innførte det nye navnet ved kommunesammenslåingen.

Hukommelsesteamet består i dag av to sykepleiere og en ergoterapeut – alle i 20 % stilling, hvor en av sykepleierne er fungerende demenskoordinator. Det er også lege tilknyttet teamet som rådgiver og veileder. Han kan også bistå fastlegene i form av veiledning eller råd. Teamet dekker hele kommunen, og har som oppgave å:

- bistå fastlegen med diagnostisk utredning av personer med kognitiv svikt
- følge opp personer med demens og deres pårørende etter at diagnosen er satt
- vurdere omsorgsnivå/behov for nye tjenester
- undervise og veilede ansatte, pårørende og personer med demens
- bistå personer med demens og pårørende med kognitive hjelpemidler
- generelt være en ressursperson innen demensfeltet i kommunen

Hukommelsesteamet bør utvikle seg i samsvar med behovet til innbyggerne i kommunen. Oppfølgingen har tradisjonelt vært knyttet opp mot demens og demenslignende tilstander.

Det er ingen faggruppe demens i Indre Fosen kommune, men dette bør være et fremtidig mål. Målet med en slik gruppe vil være å heve demenskompetansen i de ulike virksomhetene. Gruppen bør bestå av ansatte som er ressurspersoner innen demens i sin virksomhet. Gruppen bør videre ha jevnlig møter og bør ledes av hukommelsesteamet. Ressurspersonene i hjemmebaserte tjenester bør også møtes i egne fora i tillegg fordi utfordringene der ofte er større og annerledes enn i de andre virksomhetene.

Lavterskeltilbud	
Sak	Tiltak
Bruerskole	Etableres som et tilbud til personer med demens
Pårørendeskole	Videreføre tilbudet
Samtalegruppe for pårørende	Etableres som et tilbud til pårørende til personer med demens
Hukommelsesteamet	Utvidet ressurs
Faggruppe demens	Etablere en faggruppe demens for å heve demenskompetansen i de ulike virksomhetene.

Aktivitetsvenn	Etableres som et tiltak basert på frivilligheten eller som et kommunalt tilbud.
Støttekontakt	Videreføre tilbudet
Nye lavterskeltilbud	Ønskelig med tettere samarbeid med frivillighetssentralen slik at nye tilbud kan etableres til personer med demens

6.0 Hjemmebaserte tjenester

Som nevnt under punkt om forekomst vil antall personer med demens trolig dobles innen 2040, og utfordringen knyttet til dette økende antall personer med demens tilsier at det må settes inn store ressurser for at personen med demens kan bo hjemme så lenge som mulig. Dette er samfunnsøkonomisk lønnsomt, og erfaring tilsier at de fleste personer med demens ønsker å bo hjemme så lenge de føler seg trygg og ivaretatt av de rundt seg. Forebygging, lavterskeltilbud, gode dagaktivitetstilbud, fleksible avlastningsordninger og en faglig og godt organisert hjemmesykepleier er helt sentralt i dette.

I Helse- og omsorgstjenesteloven § 3.1 første ledd står det at «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester». For at personer med demens skal få nødvendige helse- og omsorgstjenester i form av tilpasset hjelp, er det en forutsetning at de først har blitt utredet for sin kognitive svikt. En undersøkelse viser imidlertid at over 40 % av personer over 70 år som mottar hjemmetjenester har demens, mens dette bare er kjent hos 20 % av disse (Wergeland m.fl., 2013). Man ser at pårørendes innsats gjør at det store hjelpebehovet ikke kommer tydelig frem i denne perioden av forløpet. En demensomsorg tilpasset behovet til personer med demens vil gjøre at pasienten og pårørende vil føle seg tryggere på hjelpen de mottar og dermed søker om hjemmebasert omsorg lettere. Dette understreker viktigheten av at ansatte i hjemmebaserte tjenester er i stand til å avdekke en mulig demenstilstand, slik at pasienten kan få tilbud om utredning.

6.1 Tjenester som hjemmetjenesten tilbyr:

Hjemmetjenesten tilbyr følgende tjenester:

- Helsehjelp i hjemmet (hjemmesykepleie): behandling, pleie og omsorg som bruker og pårørende trenger for at bruker kan bo lengst mulig hjemme.
- Praktisk bistand (hjemmehjelp): hjelp til dagliglivets praktiske gjøremål i husholdningen og personlig stell.
- BPA (brukerstyrt personlig assistanse): for å gi personer med stort hjelpebehov større frihet til å styre tjenestene og hverdagen selv.
- Støttekontakt: hjelper en person gjennom sosialt samvær og ulike aktiviteter.
- Matombringning (middag), tilrettelegging av måltider: for å sikre god ernæringsstatus hos bruker.
- Avlastning i hjem: gis til pårørende med særskilt tyngende omsorgsoppgaver for å hindre overbelastning. Gir mulighet til nødvendig fritid og ferie og å delta i vanlige samfunnsaktiviteter.
- Velferdsteknologi (se pkt 2.3)
- Trygghetsalarm: hjelpemiddel for å tilkalle hjelp
- Kommunal bolig/omsorgsbolig: til personer som ikke kan ivareta sine interesser på det private boligmarkedet.

6.2 Fokus på utredning ved mistanke om demens

De som yter hjemmetjeneste kan fange opp mistanke om demens hos pasienter mye tidligere hvis de vet hva de skal se etter. Kompetanseheving til ansatte er derfor vesentlig slik at sannsynlighetene for å oppdage endringer i pasientens kognitive og atferdsmessige funksjon øker. De er gjerne jevnlig hos pasienten også gjerne over tid, og kan bedre oppdage endringer i hans evne til å mestre dagliglivets gjøremål. Dette gjelder også spesielt de som yter praktisk bistand. Når ansatte har fokus og kompetanse på dette området, kan

utredning skje til rett tid i sykdomsutviklingen, og pasienten og pårørende kan få den støtten og informasjon de trenger for å bedre mestre hverdagens utfordringer.

Ofte er det pårørende som oppdager endringer i kognitiv funksjon først, og melder bekymringsmelding til hjemmesykepleie. Det er da viktig at hjemmesykepleien tar bekymringen på alvor, og med pasientens samtykke melder ifra videre til enten fastlege eller hukommelsesteam.

6.3 Organisering i hjemmebasert omsorg

Hjemmetjenesten i Indre Fosen kommune er delt inn i fire soner: Stjørna, Rissa, Stadsbygd/Vanvikan og Leksvik.

Alle fire soner yter de overnevnte tjenestene.

Personer med demens som bor hjemme, spesielt de som bor alene, er ekstra sårbare for det ukjente og uforutsigbare. Dette skyldes hovedsakelig at de i liten grad har mennesker rundt seg som hjelper dem med å huske avtaler, vedtak og personer. For å sikre at pasientene kan bo hjemme så lenge som mulig og ønskelig, er det viktig at hjemmebaserte tjenester tilrettelegges på en måte som er tilpasset behovene til personer med demens.

Dette kan være tiltak som for eksempel der det tilstrebes at det er så få mennesker som mulig som samhandler med pasienten. For personer med demens er det lettere å gjenkjenne personer enn å gjenkalle dem, derfor vil en mulig arbeidsgruppe bidra til at pasienten lettere kjenner de igjen og de ansatte vil ha muligheten for å ta opp tråden fra forrige gang. Dette styrker gjenkjenningen for pasienten og gjenkjenning gir trygghet og gjør det lettere å gjennomføre helsetjenesten. Færre personer sikrer kontinuitet i tjenestetilbudet.

Hjemmebaserte tjenester	
Sak	Tiltak
Utredning/Oppfølging/Samarbeid	- Gjøre ansatte kjent med prosedyren for samarbeid mellom hjemmetjeneste og hukommelsesteam samt opplæring i utfylling av henvisningsskjema - Utarbeide oppfølgingsliste som hjemmetjenesten kan bruke i oppfølgingsarbeidet til personer med demens
Organisering	Tilstrebe få ansatte til personer med demens

7.0 Dagaktivitetssenter

«Kommunene bør tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til personer med demens. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske aktiviteter» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

7.1 Dagsenter for hjemmeboende med endret hukommelse, Indre Fosen avd. Rissa og avd. Leksvik

Aktivitet – fysisk, kognitivt og sosialt – er viktig for alle personer med demens. Det kan gi mening, tilhørighet og kvalitet i hverdagen, og det kan også bidra til at konsekvensene av demenssykdommen blir mindre. Fysisk aktivitet vil for eksempel redusere fallrisikoen og bedre ADL-funksjonen, sosialt samvær vil stimulere appetitten mv. Målsettingen for dagaktivitetstilbudet er dels rettet mot personer med demens, dels mot pårørende. Pasientgruppen er sammensatt, både i alder og funksjonsnivå. Dette krever fleksibilitet.

Fra 2020 blir dagaktivitetstilbudet for hjemmeboende personer med demens lovpålagt. I Rissa har dette tilbudet vært siden 2012 og i Leksvik siden 2015. Det har frem til nå gitt tilskudd fra Helsedirektoratet til kommuner for å etablere og drifte dagaktivitetstilbud, dette tilskuddet avsluttes i 2020. Tilbudet blir da en lovpålagt tjeneste som alle kommuner må ha. Målet fra 2020 er at tilbudet ikke blir redusert fra slik det er i dag, men at det jobbes videre med å nå ut til flere personer med demens i hele kommunen.

Det er ønskelig at det jobbes kontinuerlig med økt kompetanseheving til ansatte i helse – og omsorgstjenesten gjennom kurs og fagdager med tema innen aktivisering og demens.

Dagsenteret skal bidra til en meningsfull hverdag hvor det legges vekt på aktivitet, opplevelse av mestring, trygghet og sosialt samvær. Aktivitetene tilrettelegges etter brukergruppen hvor aktivitetene skal stimulere til at deltakerne skal vedlikeholde funksjonene som dagliglivet krever, slik at de kan bo hjemme så lenge som mulig.

Det er tjenestekontoret i kommunen som tildeler plasser, og brukerne, pårørende, leger eller andre kan søke om tjenesten. Deltakerne kan få prøve seg om dette er ett tilbud de ønsker å delta på, selv om de ikke har fått tildelt tjenesten. Ikke alle har behov for tilbud hver dag, og dette blir tilrettelagt for hver enkelt, samt endring av disse dagene er åpent. Rissa tilbyr pr dags dato også hjemmebesøk for å presentere tilbudet til nye brukere.

Det kartlegges bakgrunn og interesser som ett ledd i brukermedvirkning og individuell tilpasning. Til dette brukes det et bakgrunnsskjema som pårørende og bruker fyller ut sammen og det gjennomføres innkomstsamtaler både med brukerne og pårørende.

Dagaktivitetstilbudet er en viktig del i demenskjeden og gir rikelig mulighet til observasjoner over tid. Brukerne følges opp gjennom dokumentasjon i journalsystemet som kommunen er tilknyttet, og kartlegginger blir skannet og lagt der, f.eks OBS – demenskartlegging som benyttes for oppfølging av personer med kognitiv svikt og demens i dagaktivitetstilbud eller bemannet døgntilbud.

Dagsenteret har åpningstider alle hverdager fra klokken 10.00-15.00, oppmøtested: Rissa helsetun

Dagsenteret i Leksvik har åpningstider mandag, tirsdag og fredag kl. 09.30 – 15.00.
Oppmøtested: Fellesstua på Strandheim omsorgsboliger.

Det er pr. i dag tre ansatte ved begge dagsentrene, hvor en ansatt har den koordinerende arbeidsoppgaven, det vil si oppfølging av bruker, pårørende, frivillige, samarbeid opp mot hjemmetjenesten, hukommelsesteam og andre profesjoner/aktører. Det er ønskelig at alle som er ansatt ved Dagaktivitetstilbudet har helsefaglig utdanning, og skal ha eller ha mål om å gjennomføre «Demensomsorgens- ABC».

I Leksvik har to av tre ansatte på dagsenteret fullført demensomsorgens ABC, en av de holder på med perm 5, musikkbasert miljøbehandling.

På dagsenteret er måltider en viktig del av hverdagen, det blir servert formiddagsmat, middag og kaffe.

Aktivitetene følger gjerne årstidene og vi har ett tett samarbeid med Frivilligsentralen, lag, foreninger, skoler og barnehager om dette. Aktivitetsplanene blir utarbeidet i samarbeid med brukerne og på bakgrunn av brukergruppens interesser og funksjonsnivå. Aktivitetsplanen blir sendt ut månedlig til både brukere og pårørende.

7.1.1 Utfordringer og videre tiltak

Avdeling Rissa:

Vi har en utfordring med å få deltakere til å bruke dagsenteret pr i dag. Dette tror vi har sammenheng med utfordringen til sykdommen. Demens er fortsatt en sykdom som er delvis tabubelagt. Både brukerne og pårørende kan oppleve skam, fortregning av symptomer og sykdomsutvikling, og vil gjerne prøve å skjule sykdommen så langt det lar seg gjøre. På bakgrunn av dette møter de på dagsenteret ofte deltakerne for sent i sykdomsutviklingen. Nåværende beliggenhet kan også virke skremmende, da brukerne ikke ønsker å identifisere seg med beboere på sykehjemmet.

Avdeling Leksvik:

De har ikke kapasitet til å ta imot flere brukere med nåværende bemanning. Ønske om flere dager, mer varierte aktiviteter og at tjenesten tilpasses mer til yngre personer med demens en eller flere dager i uka.

Skysstilbudet er også veldig utfordrende slik som det er pr i dag. Nå må deltakerne selv sørge for å komme seg til dagsenteret. De kjører gjerne ikke bil selv og er avhengig av skyss. Pårørende er ofte i arbeid, så drosje er eneste alternativ for de fleste. Ansatte har vært behjelpelig med bestilling av drosje, men ser at utfordringene til drosjen er at de ikke har nok kapasitet, eller kunnskaper om å møte personer med demens. Det har vært mye kommunikasjonssvikt med drosjene, noe som går utover brukerne. De blir ikke hentet til rett tid, rett dag og håndtering av betaling blir vanskelig. Dette er noe som for både brukerne, pårørende og ansatte ved dagsenteret skaper stor frustrasjon. Ansatte har derfor ett ønske om å kunne tilby skyss i regi av kommunen selv, da de tror at kjente fjes med kunnskap om demens kan skape mer trygghet og bedre tjenestetilbud til en sårbar gruppe. Gjennom en stabil skyssordning vil flere lettere kunne benytte seg av tjenesten, uavhengig av bosted og privatøkonomi.

Lokalene er også en utfordring som de ansatte ser det nå (gjelder Rissa). Som tidligere nevnt er det for flere skremmende å identifisere seg med sykehjemmet. I tillegg er utformingen av lokalet lite hensiktsmessig for å kunne ha ett bredt tilbud om aktivitet. Ansatte ser for eksempel at aktiviteterr tilrettelagt for menn er viktig for å kunne nå menn med en demenssykdom. Slik det er nå har vi for liten plass til at vi for eksempel kan ha en egen snekker/håndtverksavdeling, eller vedbu. I Leksvik er det en gruppe med frivillige som tar

med seg noen menn ut på turer og diverse aktiviteter hver mandag. «Karran på Tur». Turterreng, spesielt i Rissa, er også for langt unna geografisk, og med mye bakker som er vanskelig når den fysiske funksjonen er nedsatt. De er derfor avhengig av bilskyss for å komme seg ut på tur. I Leksvik benytter dagsenteret seg av den fine strandpromenaden og de sentrumsnære tilbudene som kafeer, museet, båthavna m.m.

Rissa: Framover må det jobbe med å finne en god løsning med tanke på fysisk plassering av dagsenteret samt en løsning for skyss.

Et fortsatt godt samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, besøksgårder og annet er viktig for mangfoldet i tilbudet.

7.2 Ambulerende dagaktivitetstilbud

Trondheim kommune har i flere år gitt yngre personer med demens som ikke vil eller ikke passer inn på ordinære dagaktivitetssenter, et ambulerende tilbud. En ansatt har da isteden kommet hjem til pasienten noen dager i uken. Ofte dreier det seg om pasienter med sammensatte og kompliserte sykdomsbilder som man vanskelig kan se for seg at frivillige eller uskolerte støttekontakter skal ha ansvar for.

Et ambulant tilbud kan være en forlenget arm til det ordinære dagaktivitetssenteret, ved at det settes av tid der en ansatt drar hjem til pasienten. Dette sikrer faglig forankring, god oppfølging, og noen ganger kan man også nyttiggjøre seg felles aktiviteter på dagaktivitetssenteret. Det kan i visse tilfeller etableres kontakt mellom to eller tre personer med demens som ikke passer eller ønsker seg inn i det ordinære tilbudet, slik at det ambulante tilbudet omfatter en liten gruppe.

Som ett ledd i at alle i kommunen skal få ett aktivitetstilbud, tilbyr vi en ambulerende aktivitetstjeneste til de som ikke har mulighet eller ønske om å benytte seg av dagsenteret. Tilbudet er i startfasen, og har vært utprøvd siden januar 2019 i Rissa. Erfaringen så langt er at en gjennom ambulerende tilbud har nådd brukerne som ellers ikke ville nyttiggjort seg tilbudet ved dagsenteret. Årsaken for disse kan være helseutfordringer, tiltaksløshet, geografisk beliggenhet eller yngre med demensdiagnose som ikke føler tilhørighet til gruppen som er på dagsenteret.

Det er ønskelig å etablere en slikt tilbud i Leksvik også.

7.3 Grønn omsorg/Inn på tunet

Rissa: Det har tidligere vært en kontakt med inn på tunet, og for fremtiden ønskes det å jobbe opp mot å kunne knytte kontakt til Aksnes- gård.

Leksvik benytter seg av Aksnes Gård (sykehjemmet og dagsentrene).

7.4 Kompetanse

Det er ønskelig at alle som er ansatt ved dagaktivitetstilbudet har helsefaglig utdanning, og skal ha eller ha mål om å gjennomføre «Demensomsorgens- ABC».

Det er ønskelig at det jobbes kontinuerlig med økt kompetanseheving gjennom kurs og fagdager med tema innen aktivisering og demens.

Dagaktivitetssenter	
Sak	Tiltak
Avd. Rissa	• Se på muligheter for endret beliggenhet og forbedring av lokaler • Videreutvikle ambulerende dagaktivitetstilbud • Videreutvikle og opparbeide samarbeid med flere frivillige aktører og gårdstun
Avd. Leksvik	• Vurdere å utvide åpningstiden til å gjelde alle dager i uken • Etablere et ambulerende dagaktivitetstilbud • Videreutvikle og opparbeide samarbeid med flere frivillige aktører og gårdstun
Felles	• Tilstrebe en egen skyssordning i regi av kommunen • Promotering av tjenestetilbud • Tilrettelegge tilbudet til yngre personer med demens

8.0 Døgnbaserte tjenester

«Kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens som har behov for heldøgns omsorgstjenester, får tilpassede omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudene skal også legges til rette for og gi plass til pårørende» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Når pasienten ikke lenger kan bo i eget hjem til tross for omfattende tjenester og tilpassede hjelpemidler, er det nødvendig med døgnbasert omsorg i tilrettelagte demensvennlige omgivelser. Hovedgrunnen til innleggelse av personer med demens er atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), ofte i form av vandring, uro, agitasjon og angst.

Døgnbaserte tjenester består i dag av sykehjem, eldrecenter/aldershjem.

Eldrecenter/aldershjem er for de friskeste, mens sykehjem er for de som har kommet svært langt i demenssykdommen sin.

Boligløsninger for personer med demens må ta utgangspunkt i behovet til den enkelte. Man vet at disse behovene ikke bare er knyttet til personen som sådan, men også til type demens. Personer med Lewy body demens har for eksempel som gruppe svært dårlig romorienteringssans, mens personer med alkohol demens ofte har god evne til å orientere seg i rom og retning. Slike forhold er det viktig å ta hensyn til både for å bruke den eksisterende bygningsmassen best mulig, og når nye boliger skal bygges og gamle renoveres.

Tilbudene som tilbys ved institusjonene i Indre Fosen kommune varierer fra nattavlastning, avlastning på kvelden, døgnavlastning, korttidsopphold, avlastningsopphold og til langtidsopphold.

8.1 Eldrecenter/Aldershjem

I kommunen er det lokalisert et eldrecenter på Stadsbygd og et aldershjem i Råkvåg.

Tilbudet vil være egnet for personer med moderat demens, som er fysisk friske og kan delta i daglige aktiviteter. Hver beboer har sitt eget rom, men deltar for det meste i aktiviteter i fellesrommene

8.2 Sykehjem

Når det trengs omsorg og tilsyn hele døgnet, og pårørende ikke lenger klarer omsorgen, eller at den syke er til fare for seg selv eller andre er plass i sykehjem aktuelt.

Sykehjem er på mange måter endestasjonen i et demensforløp. Personer med demens på sykehjem lever i gjennomsnitt litt over to år (Bergh et al, 2015). Pasientene er gjennomgående svært dårlige kognitivt, de har vansker med å selv igangsette aktiviteter, og de har også problemer med å initiere sosiale handlinger. Mange har alvorlige APSD-symptomer som man vet øker med økende grad av demens (Selbæk, 2007). Kompliserende somatiske sykdommer som mange får med alderen, virker inn på demensstilstanden og gir spesielle utfordringer.

I sykehjem er det lovpålagt å ha heldøgns sykepleiedekning og tilsynslegeordning. Ca. 80 % av pasienten som bor på sykehjem har demens, selv om bare rundt 50 % av disse har en diagnose (Selbæk, 2007). Noen av disse personene har behov for mindre boenheter.

Det er i dag to sykehjem i Indre Fosen som har tilrettelagte plasser for personer med demens. Leksvik sykehjem har 40 plasser fordelt på flere avdelinger og Rissa Sykehjem har

53 plasser der to av plassene er øhjelps plasser. Begge sykehjemmene har en mindre avdeling for personer med demens med krevende atferd med behov for tettere oppfølging.

Opphold på sykehjem og eldresenter/aldershjem innvilges av tjenestekontoret ut i fra pasientens individuelle behov.

8.3 Aktiviteter i døgnbaserte enheter

«Virksomheten skal legge til rette for psykososiale aktiviteter som tar utgangspunkt i personen med demens sine egne interesser og funksjonsnivå» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Aktiviteter for personer med demens, bør styres etter prinsippet «smått er godt». Personer i tidlig fase av demenssykdommen sin, kan ofte tåle miljøer som er mindre oversiktlig. Når personen har kommet i en fase av sykdommen der det er nødvendig med døgnbaserte tjenester, spesielt sykehjem, er imidlertid både oppmerksomhet og romorientering ofte svekket. Aktivitetene er like viktige som tidligere, men tilbudene må tilpasses pasientens behov, enten det dreier seg om fysisk, sosial eller kognitiv stimulans. Det er ofte enkle og forståelige aktiviteter som ikke stiller store krav til konsentrasjon, hukommelse eller oppmerksomhet som etter hvert er det beste.

Gruppestørrelsen er ideell når 6-8 personer er sammen, men i mange tilfeller må gruppene være enda mindre. Musikk, bilder og gode rammer rundt måltider, er aktiviteter som personer med langtkommen demens kan ha stor glede av når språk, oppmerksomhet og hukommelse svikter. Fordi personer med demens har det best i trygge omgivelser, er utgangspunktet at aktivitetene bør finne sted der pasientene er, istedenfor at de flyttes til et aktivitetsrom eller lignende. Her er det individuelle variasjoner, avhengig av den enkeltes demenstilstand og om han for eksempel har en person sammen med seg. De fleste har stor glede av ulike arrangementer, men for noen kan dette gi for mange inntrykk som de ikke klarer å sortere (for eksempel mye folk, høye lyder o.l.) som kan skape angst og uro.

Det er jevnlig felles aktiviteter på sykehjemmene, blant annet konserter, trim, andakter, sanitetskafe, sangstunder, besøk av frivillige, besøk av vgs – elever (Livsglede for eldre, sommerfester, tilstelninger som julebord der pårørende er invitert. På de ulike avdelingene kan det også være baking, sangstunder, turer, høytlesning o.l. det tilstrebes også at pasientene deltar i daglige, individuelt tilpassede aktiviteter som rydding av bord, bretteing av klær og turer ut.

Når pasienter får innvilget et langtidsopphold i sykehjem, foretas det en kartlegging av pasientens interesser, musikksmak, familieforhold, tidligere skolegang, jobb m.m. Dette gjøres for å gi den enkelte best mulig pleie – og omsorg og tilpassede aktiviteter. Musikkinteresse blir også kartlagt for å kunne bruke dette mer bevisst i forhold til engstelse og utrygghet/uro under stell o.l. (flere ansatte har tatt kurs i musikkbasert miljøbehandling)-

For å sikre gode og tilpassede aktiviteter i døgnbaserte tjenester er aktivtør en viktig ressursperson. I Indre Fosen er det aktivtør ved Leksvik sykehjem, Stadsbygd Eldresenter og Råkvåg Aldershjem. Rissa Sykehjem mangler aktivtør.

I Nasjonal faglig retningslinje om demens står det at pasientene skal ha tilbud om tilrettelagt fysisk aktivitet i minst 30 minutter daglig, og at det er virksomheten som har ansvar for dette. Det betyr at det trengs fysioterapeuter som kan lære opp ansatte og som selv kan utøve fysioterapi på sykehjemmene.

8.4 Palliasjon

«Det er behov for mer kunnskap om hva som er god omsorg ved livets slutt for personer med demens» (Demensplan 2020, s. 34).

Palliasjonsbegrepet er ikke lenger forbeholdt den aller siste levetid, men kan settes inn i alle faser av sykdommens forløp, også parallelt med aktiv (lindrende) behandling (Jarlbæk, L. m.fl., 2014). For personer med demens kan fasen for palliativ behandling vare i flere måneder, og mange er allerede i en palliativ fase når de innlegges på sykehjem. Det er med andre ord en stor andel pasienter på sykehjem som har behov for lindrende behandling.

Døgnbaserte tjenester	
Sak	Tiltak
Avdelinger/fysisk miljø	• Videreutvikle og tilpasse avdelinger slik at de er mer tilrettelagt for personer med demens
Aktivitet	• Vurdere å ansatte aktivitør i alle døgnbaserte enheter
Kompetanse	• Tilstrebe at alle ansatte som arbeider med personer med demens har økt kompetanse i forhold til demens. • Tilby deltakelse på kurs demensomsorgen ABC
Palliasjon	• Tilstrebe økt kunnskap på palliasjon/lindrende behandling til personer med demens gjennom hele sykdomforløpet

9.0 Brukergrupper med spesielle behov

Indre Fosen demensplan gjelder for alle personer med demens i kommunen. Det er likevel grupper som krever spesielle tiltak på enkelte områder.

9.1 Personer med utviklingshemming/BOA

«Personer med utviklingshemming med mistanke om demens skal som hovedregel utredes i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis habiliteringstjenesten» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Flere personer med psykisk utviklingshemming har Downs syndrom. De har en sterk genetisk disposisjon for å utvikle Alzheimer demens. Utredning av disse personene er som hovedregel en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Prinsippene for den miljørettede demensomsorgen er som for alle andre personsentrert. «Smått er godt» gjelder også for disse, både når det gjelder omsorgsmiljø og aktiviteter. Det finnes etter hvert både litteratur og kurs knyttet til demens og psykisk utviklingshemming. I Nasjonal faglig retningslinje om demens er det skrevet et eget kapittel om denne gruppen.

9.2 Personer med minoritets og samisk bakgrunn

«Personer med minoritetsbakgrunn med mistanke om demens bør utredes i spesialisthelsetjenesten når språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen. (...) Etter endt utredning, diagnostikk og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten skal primærhelsetjenesten overta videre oppfølging gjerne ved definert hukommelsesteam/koordinator» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Utredning av personer med minoritetsbakgrunn og samisk bakgrunn der det er mistanke om kognitiv svikt kreves det egne utredningsverktøy. Kompetansesenteret for Aldring og Helse har utarbeidet egne utredningsverktøy for personer med samisk bakgrunn. Det er kjent at språk og kultur kan være en barriere for utredning, og det anbefales tverrfaglig tilnærming og lett bruk av tolketjenester, samt snarlig henvisning til spesialisthelsetjeneste når man mangler kompetanse på å håndtere situasjonen. Disse to brukergruppene er derfor som regel en oppgave for spesialisthelsetjenesten.

Oppfølgingen etter at diagnosen er satt, er imidlertid et kommunalt anliggende. Mennesker med samisk bakgrunn finnes over hele landet inklusiv Indre Fosen kommune. For å imøtekomme kravene til forsvarlig utredning og god behandling/oppfølging er det i møte med samisk urbefolkning av betydning at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om samisk kultur, familiens nettverk og personens forståelse av helse, sykdom og behandling.

Man må også etter hvert regne med at flere personer med minoritetsbakgrunn og demens vil ha behov for både hjemmesykepleie og døgnbaserte tjenester. Det er vanskelig å si noe generelt om hvilke tilbud som dekker deres behov, fordi de representerer en sammensatt gruppe når det gjelder nasjonalitet, religion og språk. Det er imidlertid viktig at tjenestetilbudet tilpasses den enkelte og at man skaffer seg nødvendig kompetanse.

Har slått de sammen, du får endre/slette hvis det er noe som er unødvendig

9.4 Yngre personer med demens

«Yngre personer med demens (under 65 år) har behov for andre tilbud, annen tilrettelegging og annen oppfølging enn de som er eldre» (Horndalsveen, 2016).

Yngre personer med demens utgjør tallmessig en relativt liten gruppe. De har på flere måter forskjellige behov enn andre personer med demens. For det første har de en ung kropp og er ofte fysisk spreke. Derneft er de «midt i livet» når sykdommen rammer. Mange har ektefelle i jobb og rundt 1/3 har barn under 18 år. Dette er årsaken til at Nasjonal faglig retningslinje om demens er tydelig på at «kommunene bør (derfor) legge opp til å gi yngre personer med demens et tilbud som er tilpasset deres aldersgruppe».

I og med at pasientene ofte er fysisk spreke, passer de dårlig inn i ordinære tilbud for personer med demens. Indre Fosen har derfor startet opp med ambulerende aktivitetstilbud som er et tilbud i regi av dagsentrene der ansatte på dagsenteret drar hjem til bruker og gir et aktivitetstilbud i hjemmet tilpasset ut fra brukers behov og ønsker. Dette tilbudet er i startfasen og kan leses mer om i punkt 6.3 i denne planen.

Skillet på yngre personer med demens er satt ved 65 år. Denne alderen er det likevel viktig at man har en pragmatisk og individuell tilnærming til. Pasienter som er langt over 65 år kan være unge både i kropp og sinn, mens personer under 65 år funksjonelt sett kan være mye eldre.

Brukergruppe med spesielle behov	
Sak	Tiltak
Personer med utviklingshemning	• Utrekes som hovedregel i spesialisthelsetjenesten • Utøve omsorgsprinsipper som ved demens generelt • Vurdere behov for egne dagaktivitetssenter og evt egen pårørendeskole i planperioden
Personer med minoritets og samisk bakgrunn	• Utrekes som hovedregel i spesialisthelsetjenesten • Oppfølging i primærhelsetjenesten • Krever tverrfaglig samarbeid • kunnskap om kultur, familiens nettverk og personens forståelse av helse, sykdom og behandling
Yngre personer med demens	• Utrekes i spesialisthelsetjenesten • Følges opp i primærhelsetjenesten • Ambulerende aktivitetstilbud • Dagaktivitetstilbud ved dagsentrene

10.0 Pårørendearbeid

«Det er primært kommunen som har ansvar for oppfølging av pårørende til personer med demens» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Pårørende er de som kjenner pasienten best og vet mest om hans styrker og sårbare sider og er svært viktige i demensomsorgen. De innehar kunnskap som er uunnværlig for ansatte i omsorgssektoren i møtet med personen med demens, og de kjenner den enkeltes «røde tråd» og livshistorie. Å lytte til og ta vare på pårørende betyr å ta vare på personen med demens.

10.1 Pårørendeskole

For at personer med demens og pårørende skal kunne involvere seg og delta aktivt i beslutninger som angår dem selv, trenger de kompetanse om demens- og demenssykdommer. For pårørendes del er det viktig å ha kunnskap om hvordan de best kan leve sammen med en person med demens. De må ha kunnskap om hjelpeapparatet, kommunikasjon/samhandling og forventede reaksjoner. Ikke minst er det viktig at pårørende får hjelp til å forstå hvordan det kan oppleves for den demensrammede selv å leve med sin sykdom. Pårørendeskolen har blitt gjennomført i både Leksvik og Rissa tidligere, men Rissa startet med dette fast fra 2016. Etter kommunesammenslåingen er det kjørt en pårørendeskole i 2018 der det var deltakere fra både Rissa og Leksvik. Hukommelsesteamet har vært hovedarrangør sammen med helselag/demensforening.

Pårørendeskolen kombinerer forelesninger med gruppesamtaler, og tar for seg viktige temaer relatert til demens. Ulike tema som sykdomslære, kommunikasjon, lovverket, tjenestetilbudet, hjelpemidler, pårørendeerfaringer og sorgreaksjoner. Kurset holdes annethvert år og går over fem kvelder. Tilbakemeldingene fra pårørende er entydig positive, og flere har uttrykt ønske om at kurset skal gjøres årlig, men da kanskje kun over fire kvelder. Pårørendeskolen får driftstilskudd fra helsedirektoratet.

10.2 Samtalegruppe for pårørende

Det er ikke noen arrangert samtalegruppe for pårørende til personer med demens utenom pårørendeskolen per i dag. Helsedirektoratet gir derimot tilskudd til et slikt tilbud. Tilbudet kan for eksempel kjøres en gang pr måned der pårørende til personer med demens kommer for å snakke med andre pårørende i samme situasjon.

10.3 Avlastningsopphold

Det er helt nødvendig at pårørende får avlastning fra omsorgen til personen med demens. Det er allerede nevnt mange typer avlastning som kan være til hjelp. Det er viktig at de er fleksible og så langt mulig dekker pårørendes behov. Noen ganger er det nødvendig å kombinere ulike typer avlastning. Avlastning kan foregå på dagaktivitetssenter, i form av døgnopphold og som tiltak i hjemmet. Det som betyr aktivitet for personen med demens, kan bety avlastning for den pårørende.

10.4 Individuell støtte og oppfølging

Mange pårørende trenger en person å snakke med. For noen er det viktig å få satt ord på sterke følelser som sinne, sorg, skam og skyld. For andre er det godt å snakke med noen om hvordan de kan løse dagliglivets utfordringer sammen med personen med demens. Andre ønsker å vite om sykdomsforløpet og tjenestetilbudet. Hukommelsesteamet har en svært sentral funksjon i å støtte pårørende, og dette prioriteres høyt. Enkelte «klarer» seg med én

samtale, mens andre sliter med så vanskelige følelser at det er snakk om en prosess over tid. Også ansatte på tjenestekontoret, i hjemmebaserte tjenester, på dagsentrene og i de døgnbaserte boligene vil kunne støtte pårørende når de trenger det. Det viktigste er at pårørende har et navn og et telefonnummer å forholde seg til.

Pårørendearbeid	
Sak	Tiltak
Pårørendeskole	• Videreføres som tidligere, men må vurderes i planperioden med å eventuelt øke til årlige arrangement
Samtalegruppe for pårørende	• Høre om helselagene kan starte opp med samtalegrupper for pårørende
Avlastningstilbud	• Tilby pårørende avlastning slik at de kan klare å stå i omsorgsrollen lengre
Individuell støtte og oppfølging	• Tilby pårørende samtaler med hukommelsesteamet • Tilby pårørende samtaler med ansatte i virksomhetene

11.0 Forskning, kunnskap og kompetanse

Det har etter hvert blitt et mer nøkternt syn på at løsningen på selve «demensgåten» er nært forestående. I stedet rettes fokus i større grad mot forebygging gjennom livsstilsendringer, og hvordan man kan skape gode arenaer og miljøer for personer med demens og deres pårørende. Dette krever at samfunnet og den enkelte får kunnskap om hvordan man kan møte personer med demens i dagliglivet, enten som nær venn og pårørende, eller i servicenæringen. Det handler også om hvordan ansatte i virksomhetene møter og håndterer de individuelle personene med demens.

11.1 Opplysnings- og informasjonsarbeid

Opplysnings- og informasjonsarbeid dreier seg i stor grad om primær- og sekundærforebygging. Demensvennlig samfunn, pårørendeskole, samtalegruppe for pårørende og brukerskole bidrar til å spre kunnskap om demens. Også arrangementer i regi av Aldring og helse, som helgesamlinger for ektepar, ukesamlinger for ungdommer og barnegrupper, bidrar til dette. Det er viktig at informasjon om slike tilbud blir formidlet til dem det gjelder.

Som ledd i folkeopplysningen vil hukommelsesteamet jobbe for mer promotering av sykdommen og hukommelsesteamet. Kommunens innbyggere kan henvende seg til hukommelsesteamet per mail, post, telefon eller fysisk komme på hukommelsesteamets kontor. Indre Fosen kommune har en egen hjemmeside som orienterer om ulike kommunale tilbud til personer med demens og deres pårørende. Her kan man også lese litt om hukommelsesteamet, demens og utredning. Det er også lagt inn lenke til nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse der man kan innhente ytterligere informasjon om demens.

11.2 Kompetanse i helse- og omsorgstjenesten

«Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Kompetanse på demens innebærer blant annet gode kunnskaper om demenssykdommer, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, ernæring, miljøarbeid, legemiddelbehandling samt etikk og lovhjemler for bruk av tvang. I tillegg er det nødvendig med god kjennskap til relevante tilbud i egen kommune» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Demens er et samlebegrep på mange forskjellige sykdommer som krever ulik tilnærming av medisinsk og miljømessig art. De fleste personer med demens har også utfordringer knyttet til APSD, og de er ekstra sårbare for å utvikle delirium (akutt forvirring). Komplekse tilstander som dette stiller særlig høye krav til faglig kompetanse. For å møte morgendagens behov må derfor kompetanseutvikling være et satsningsområde. Satsningen må gjenspeiles i den enkelte virksomhets kompetanseplaner. Dette omfatter både ressurser, organisering og fag.

11.2.1 Nåværende kompetanse

Indre Fosen kommune har lite formalkompetanse innen demens sett opp mot det reelle behovet. Mange har gjennomført Demensomsorgens ABC og ABC miljøbehandling, men dette er mer å anse som en grunnleggende introduksjon til demensfeltet (vedlegg nr. 6).

Mange ansatte har erfaringskompetanse gjennom lang fartstid i feltet. Dette er bra, men det er langt fra tilstrekkelig i et vanskelig og ofte uoversiktlig fagområde.

11.2.2 Behovet for framtidig kompetanse

Det er nødvendig at alle helse- og sosialfaglige utdanninger på universitet, høyskole- og videregående nivå tilpasser undervisningen til utfordringene knyttet til et økende antall personer med demens (Demensplan 2020, s. 52).

For å møte nåværende og framtidig utfordring, er det nødvendig med et betydelig kompetanseløft. Kompetansehevingen må både være formell og erfaringsbasert. I sistnevnte tilfelle må kompetansen utvikles gjennom et strukturert opplegg som sikrer kvalitet, jfr. kap. 1.3.

11.2.2.1 Formal kompetanse innen demens

Det er nødvendig å heve alle de helsefaglige gruppenes formelle kompetanse innen demens. Det betyr å toppe laget med for eksempel én til to personer med master i avansert klinisk geriatrisk sykepleie/master i relevant klinisk sykepleie i hver virksomhet. Føringer fra sentralt politisk hold (primærmeldingen) tilsier at det bør utdannes flere med kompetanse innen avansert klinisk sykepleie i kommunene. Derfor finnes det økonomiske støtteordninger til dette. Man må også oppmuntre til at både høyskoleutdannede og helsefagarbeidere tilegner seg kunnskap gjennom relevante videreutdanninger, og så langt mulig tilrettelegge for dette. Dette gjelder alle yrkesgrupper som har befattning med demens, også fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Demensomsorgens ABC, samt ABC miljøbehandling har vært et tilbud til ansatte i kommunen fra henholdsvis 2009 og 2013. Rundt _____ har gjennomført disse kursene, og de aller fleste har gitt uttrykk for at det har vært spennende og lærerikt å delta. Det er viktig at disse undervisningsformene videreføres. Det har i tillegg kommet til andre ABC-opplæringer, som velferdsteknologi, alderspsykiatri og musikkterapi. Også disse bør det satses på. Fylkesmannen gir støtte til alle ABC-opplæringene.

11.2.2.2 Real kompetanse innen demens

Som nevnt innledningsvis, bør Indre Fosen kommune ha et grunnsyn basert på personsentrert demensomsorg (VIPs). Aldring og helse har utarbeidet et strukturert opplæringsprogram for å implementere VIPs-modellen: VPM. Dette er en pågående opplæring som foregår på den enkelte arbeidsplass gjennom ukentlige møter. Før oppstart kreves det at noen har gjennomgått et todagerskurs. Disse læres opp og blir motivatorer og pådrivere på den enkelte avdeling. Det foreslås at to ansatte fra hver virksomhet får en slik rolle.

Pasrl. kap. 4 A er spesielt viktig i demensomsorgen. Den omhandler bruk av tvang til personer som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Det som gjør loven ekstra sentral, er at det blant annet stilles krav om at tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før tvang brukes. Å vite hva som er tillitsskapende tiltak til personer med demens, handler om den ultimate demenskompetanse. Dette krever medisinsk kunnskap, kjennskap til ulike miljøterapeutiske tilnærminger og ikke minst hvordan man møter pasienten på en personsentrert måte. Kunnskap om dette lovverket vil derfor i seg selv heve demenskompetansen. Pasrl. kap. 4 A bør prioriteres i kompetanseutviklingen, gjerne i forbindelse med VPM og etisk refleksjon på arbeidsplassen.

Kompetanse kan også økes gjennom lokale opplæringsplaner, og gjennom bruk av hukommelsesteamet.

11.2.2.3 Annen type kompetanse

Personer med demens får etter hvert utfordringer knyttet til språket. De får vansker både med å uttrykke seg og med å forstå hva andre formidler. For å gi pasientene en god og forsvarlig helsehjelp, er det nødvendig at de ansatte behersker både det verbale og det nonverbale språket. I kommunens kompetanseplan bør det beskrives tiltak for å heve den verbale kompetansen. Den nonverbale kompetansen erverves dels gjennom generell demenskunnskap, dels gjennom kjennskap til den enkeltes pasients livshistorie. Det vises i denne sammenheng til VIPS-modellen i kap. 1.3.

11.3 Kompetanse hos fastlegene

«Det er behov for mer kunnskap om demens hos allmennlegene» (Demensplan 2020, s. 26)

Fastlegene har et stort ansvar både for å diagnostisere og følge opp personer med demens. Dette er et fagområde i sterk utvikling, og det er viktig at fastlegene er oppdatert på ulike verktøy, ulike undersøkelsesmetoder, legemiddelhåndtering, APSD mv. Det bør derfor arrangeres årlige kommunale kurs i demens for denne gruppen. Legene bør også oppmuntres til å delta på nasjonale konferanser som arrangeres i regi av Aldring og helse, og så langt mulig bør det stilles demensfaglige krav til gruppen.

11.4 Kompetanse i hukommelsesteamet

Hukommelsesteamet er kommunens fremste faglige ressurs innen demens og kognitiv svikt generelt. Det er derfor viktig at de ansatte er skolert og oppdatert på utviklingen av faget. Det er sentralt at de har et faglig nettverk der ulike problemstillinger kan diskuteres.

Kompetansen i hukommelsesteamet fremmes også gjennom veiledning av den tilknyttede legen, samt gjennom samarbeid med ulike kommunale instanser.

11.5 Prosjekter

Egne prosjekter og deltakelse i andres gir god mulighet for kompetanseutvikling. Aldring og helse driver utstrakt forskning der de har behov for bistand fra kommunene – enten til å rekruttere informanter/respondenter eller til å delta som prosjektmedarbeidere. Også høgskolen og andre instanser har prosjekter som de ønsker bistand til. Selv om dette krever tid, er det viktig å så langt som mulig å stille opp, ikke minst for å utvikle sin egen faglige kompetanse.

Forskning, kunnskap og kompetanse	
Sak	Tiltak
Informasjonsarbeid	• Demensvennlig samfunn • Pårørendeskole • Samtalegruppe for pårørende • Brukerskole • Kommunens hjemmeside om demens • Informasjon i lokalavisene og facebook
Kompetanse i helse og omsorgstjenestene	• Oppmuntre til videreutdanning i master i avansert klinisk sykepleie i hver virksomhet • Oppmuntre og tilrettelegge for høgskoleutdannede og helsefagarbeidere til å ta relevant videreutdanning • Videreføre Demensomsorgens ABC + miljøbehandling • Videreføre ABC miljøbasert musikkbehandling

	• Starte opp med ABC alderspsykiatri • Starte opp med ABC velferdsteknologi • Starte opp med kompetanse på VIPPS modellen
Opplæring i pasl. Kap 4A	• Gjennomføres lokalt på de enkelte arbeidsplasser årlig • Ta i bruk e.læringsprogrammer mv. fra Fylkesmannen.
Fastlegene	• Årlig kurs i kommunal regi • Oppmuntres til å delta på nasjonale kurs
Ansatte i hukommelsesteamet	• Videreføre deltakelse i demensnettverket på Fosen • Delta på de årlige demensdagene i Trondheim i regi av St.Olavs, ressurscenter for demens, og fylkesmannen. • Delta på nødvendige kurs i regi av aldring og helse

12.0 Fremtidsplan:

Demensomsorgen i Indre Fosen kommune skal bidra til å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i felleskapet. Tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende skal være forbedret til å møte de med økt kunnskap om demens og hvor man bidrar til større åpenhet rundt demens. For å imøtekomme dette er det viktig at det utvikles gode, fleksible og tilpassende tjenester som etablering av primærgruppe for demente, bofellesskap, heldøgntilbud for hjemmeboende. For at alle som har demens skal bli møtt med forståelse og respekt må det være ressurspersoner innen demens i kommune slik at det kan gis støtte og veiledning

Indre Fosen kommune skal jobbe for et mer demensvennlig samfunn og skal i løpet av høst 2019 i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelse ved Leksvik helselag engasjere næringsdel i kommune som taxi-næring, butikker osv. til et mer aktiv rolle i bidraget til inkludering for personer med demens. Kommunen kommer til å samarbeide med Leksvik Helselag for kursvirksomhet for næringsliv innen håndtering og interaksjon med personer med demens.

Det skal satser på kunnskaps formidling til pårørende av personer med demens gjennom pårørende skole for alle i kommune. Det er ønskelig at tilbud gis til alle i kommune da må man kunne nå alle i alle tettsted.

Behov for flere dager dagsenteret i Leksvik

13.0 Avslutning

«Å sikre omsorgsfull pleie for dagens og framtidens brukere, vil (...) i stor grad være et kapasitetsspørsmål med et økende antall personer med demens i årene som kommer. Det vil kreve at kommunene bidrar til omfattende og langsiktige investeringer i årsverksvekst og kompetanse» (Demensplan 2020, s. 48).

Indre Fosen kommunes demensplan er en ambisiøs plan. Vurdert ut fra de utfordringene vi står overfor i den kommunale demensomsorgen, må den være det. Den største menneskelige og økonomiske gevinsten får vi dersom vi kan tilrettelegge og styrke omsorgstjenestene slik at den enkelte pasient kan bo hjemme så lenge som mulig og så lenge han ønsker. Dette innebærer å sikre personen med demens og pårørende trygghet og kontinuitet. For å få til dette, må det satses på forebygging, frivillighetsarbeid, lavterskeltilbud, velferdsteknologi, hjemmebaserte tjenester, dagaktivitetssenter, avlastningsordninger og pårørendestøtte.

Demenssykdommen er imidlertid av en slik art at det alltid vil være behov for et tilbud om døgnbaserte tjenester. De fleste personer med demens vil leve den siste delen av livet sitt i bofellesskap eller på sykehjem. Derfor må det også satses på tilrettelagte boliger som ivaretar både de fysiske og de psykososiale behovene til personer med demens. Pasientene må også være sikret tilstrekkelig smertelindring i livets siste fase.

Intensjonen med denne planen er at den skal bidra til å utvikle demensomsorgen i Indre Fosen i tråd med den enkeltes behov. En forutsetning for å få til dette, er at kompetansen heves på alle nivåer. Det er ikke nok med «hender» og «sunn fornuft». Det er heller ikke nok med lang erfaring innen feltet. Det er nødvendig med videre- og etterutdanning for å holde tritt med fagets utvikling.

Litteraturliste

- Bergh et al. 2015 Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC). Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet
- Brooker, Dawn Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Forlaget Aldring og helse, 2013
- Demensplan 2015 – «Den gode dagen» Helse- og omsorgsdepartementet
- Demensplan 2020 – «Et mer demensvennlig samfunn» Helse- og omsorgsdepartementet, 2015
- Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian Demens. Fakta og utfordringer. Forlaget Aldring og helse, 2009
- Helsedirektoratet Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre. Veileder IS-2099 07/13
- Helsedirektoratet Nøkkeltall for helse- og omsorgssektoren, 2016
- Helse- og omsorgstjenesteloven www.lovdato.no, desember 2016
- Horndalsveen, Peter O. En ubuden gjest. Fra diagnose til institusjon. Oppfølging av yngre personer med demens og deres pårørende. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2016
- Jarlbæk, Lene m.fl. Målgrupper og tidspunkter for palliativ innsats. I: Omsorg nr. 3 2014
- Kitwood, Tom En revurdering af demens – personen kommer i første række. Dafolo Forlag 1999
- Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet Meld. St. 26 (2014-2015). Melding til Stortinget
- Melby, Line m.fl. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindende behandling og omsorg. Sintefrapport, 02.03 2017
- Nasjonal faglig retningslinje om demens Helsedirektoratet, 2017
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse - hjemmesider www.aldringoghelse.no, november 2016
- Pasient- og brukerrettighetsloven, www.lovdato.no, desember 2016
- Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer Rundskriv IS-8/2015. Helsedirektoratet
- Pleie- og omsorgsplan 2011-2014 Moss kommune
- Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W et al.: The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer Dement* 2013 Jan;9(1):63-75 e62).
- Rapport Rambøll, januar 2014, SSB/KOSTRA
- Rognstad, May Karin m.fl. Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens. I: Sykepleie forskning 04/13
- Selbæk, Geir m.fl. The prevalence og psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use og psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International journal of Geriatric Psychiatry* 2007, Sept; 22(9): 843-9

Ullstein, Ingunn Dementia in the family. 2007. Doktorgrad, UIO

Wergeland, Jon Forekomst og forløp av demens og nevropsykiatriske symptomer blant hjemmeboende eldre over 70 år som mottar hjemmesykepleie. Doktorgrad UIA, 2013

Zhu, X et al. Alzheimer Europe Yearbook 2014, 2015

Vedlegg:

1. Nasjonal faglig retningslinje om demens – innhold
2. Diagnostisk utredning – rutine for samarbeid mellom fastleger og hukommelsesteamet
3. Samarbeid med fastlegen – hukommelsesteamets arbeidsoppgaver
4. Kartlegging ved mistanke om demens i hjemmebaserte tjenester
5. 10 tidlige tegn på demens (Nasjonalforeningen for folkehelsen)
6. Oversikt over kompetanse "Demensomsorgens ABC" og "Miljøarbeid" 2016
7. Forslag til kompetanse innen geriatri/demens/psykiatri i de ulike virksomhetene

Vedlegg nr. 1: Nasjonal faglig retningslinje om demens.

Nasjonal faglig retningslinje om demens er et verktøy som gir kunnskapsbaserte anbefalinger. Retningslinjen omhandler blant annet:

- Personsentrert demensomsorg
- Etablering av hukommelsesteam/koordinator i kommunen
- Utredning ved mistanke om demens
- Grupper som kan ha særlige behov
- Miljørettede tiltak og aktiviteter
- Velferdsteknologi
- Botilbud
- Pårørende
- Legemidler

Vedlegg nr. 2: Prosedyre for samarbeid mellom fastleger og hukommelsesteam

Formål

- Sikre ett godt faglig samarbeid for utredning, kartlegging og oppfølging av tjenestemottaker med mistanke og symptomer på hukommelsestap/demens. Utredning og oppfølging av tjenestemottaker skal skje i samsvar med fastlegen til tjenestemottaker og det er fastlegen som har hovedansvaret og som skal diagnostisere og informere pasienten om gitt diagnose.
- Sikre god oppfølging av tjenestemottakere med tap av hukommelse og deres pårørende.

Gjelder hvor/for hvem

Prosedyren er en arbeidsbeskrivelse av samarbeidet mellom hukommelsesteamet og fastlegene i Indre Fosen kommune

Ansvar for prosedyren

- Enhetsleder for koordinerende enhet har ansvar for godkjenning av prosedyren. Leder har også ansvar for å gjøre prosedyren kjent og melde behov for evaluering og revisjon
- Hukommelsesteamet, ledet av demenskoordinator har ansvar for å holde prosedyren oppdatert

Grunnlagsinformasjon

- Demensplan 2015 – Den gode dagen
- Demensplan 2020 – ett mer demensvennlig samfunn
- Forskrift om kvalitet i pleie - og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.nov.1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- Pasient – og brukerettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Helse- og omsorgstjenesteloven

Beskrivelse

Fase 1: Forarbeid

- Skriftlig henvisning fra fastlege på e-meldingssystemet Visma Profil (evt. brev eller telefon). E-melding blir sendt til helse – og omsorgstjenesten, som videre blir fordelt til ansatte i hukommelsesteamet.
- Ved mottakelse av bekymringsmelding fra andre enn fastlege, kontakter hukommelsesteamet tjenestemottakers fastlege ved bruk av e-meldingssystem Visma Profil og informerer om henvisning og mulig hjemmebesøk hvis fastlege ønsker dette.
- Fastlege og hukommelsesteam utveksler informasjon som kan være relevant for hjemmebesøket.

Fase 2: Kartlegging/Hjemmebesøk

- Før hjemmebesøk skal hukommelsesteamet ta kontakt med tjenestemottaker for å få samtykke til å komme på hjemmebesøk.
- Hukommelsesteamet foretar hjemmebesøk, der det blir tatt i bruk kartleggingsverktøy som er laget av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (aldringoghelse.no). Kartleggingsverktøyet inneholder MMSE – NR3, Klokke-test KT – NR3, I/P-ADL, IQCODE, CSDD - Cornell, Observasjon av sikkerhet i hjemmet og belastningsskala pårørende.

Fase 3: Rapport

- **Rapporten** skrives og plasseres under skjema i pasientens journal i Visma Profil. Rapporten skrives så ut og legges sammen med originaler av kartleggingsverktøyene som ble brukt ved hjemmebesøket og sendes pr post til fastlege.
 - Rapporten inneholder sammendrag av kartlegginger ved hjemmebesøket
 - Det foreslås tiltak for videre oppfølging i rapporten.
- Originaler fra kartleggingsverktøyet sendes også med, og disse bør skannes inn i pasientens journal i legekantorets journalsystem.
- Hukommelsesteamet bestiller time for pasienten hos fastlege til gjennomgang av rapport og resultater av hjemmebesøk.

Fase 4: Legetime/gjennomgang av rapport

- Fastlege gjennomgår resultater fra hjemmebesøket med pasienten og informerer om veiene videre.
- Fastlege henviser til andre undersøkelser etter behov
- Fastlege setter en demensdiagnose hvis resultatene og eventuelle andre funn/undersøkelser som dekker indikasjonene for demens (ICPC –kriteriene).
- Fastlege sender plo- melding til hukommelsestime etter legetime.

Fase 5: Tilbakemeldinger fra lege til hukommelsesteam

- Fastlege informerer hukommelsesteamet om en eventuell demensdiagnose og videre tiltak som blir satt i gang (f.eks andre tjenester i kommunen blant annet dagaktivitetstilbud).
- Fastlege spør pasienten om samtykke fra bruker og pårørende til videre oppfølging.
- Fastlege informerer hukommelsesteamet om eventuell diagnose, denne registreres da i Visma Profil.
- Fastlege informerer hukommelsesteamet om videre oppfølging.
- Hukommelsesteam følger opp pasienten rett etter demensdiagnostisering (innen 3-4 uker), deretter hver 6.måned.
- Om ingen diagnose eller foreløpig tilbakemelding avsluttes tjenesten hukommelsesteam innen 6 måneder etter hjemmebesøk.
- Kommunikasjon om gjensidig forbedring.
- Elektronisk meldingsutveksling skal være hovedkanal for kommunikasjon.

Avvik

Avvik føres som systemavvik i Risk Manager.

Endring og godkjenning av rutinen

Revideres og godkjennes hvert 2.år.

Referanse

Kartleggingsverktøy: Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse
www.aldringoghelse.no

Vedlegg nr. 3: Oversikt over kompetanse

Demensomsorgens ABC og Miljøbehandling pr april 2019.

Bente fyller på skjema over registret kompetanse