

2019 – 2021

HØRINGSNOTAT

«Å føle seg som alle andre»

Two stylized purple birds are shown in flight, one slightly above and to the right of the other. They are simple shapes with pointed wings and a small white circle for an eye.



Forord

En kommunal 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 vekt på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose.

Med denne demensplanen vil Indre Fosen kommune sikre en helhetlig og personsentrert demensomsorg. Planen skal bidra 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, sykepleier og 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.kommunedirektør
- Odd arne Sakseid - leder Helse- og omsorgsutvalget
- Randi Hindrum Dahl
- Dag- Jøran Ness
- Randi Kvitland Brødreskift
- Sylvia Elverum
- Karl Idar Frengen
- Wenche Steinkjær
- Geir Ole Gjølga

Hukommelsesteamet har orientert om planen i:

- Eldrerådet
- Helse- og omsorgsutvalget

Eksterne høringer:

- Nasjonalforeningen for folkehelse – Leksvik Helselag og Fosen Demensforening

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

Innholdsfortegnelse:

Forord

1.0 Innledning.....	1
1.1 Hva er demens	2
1.1.1 Definisjon.....	2
1.1.2 Ulike demenstyper	2
1.1.3 Noen spesielle utfordringer	3
1.2 Forekomst	5
1.3 Grunnsyn: Personsentrert omsorg	5
1.4 Lovgivningen	7
1.5 Føringer	8
1.6 Planens oppbygging	8
2.0 Forebygging.....	9
2.1 Primærforebygging	9
2.2 Sekundærforebygging	9
2.3 Velferdsteknologi	10
2.4 Hverdagsrehabilitering.....	11
2.5 Demensvennlig samfunn	11
2.6 Samarbeid med frivillige	12
3.0 Diagnostisering og oppfølging etter diagnose	13
3.1 Diagnostisering	13
3.2 Oppfølging	14
3.3 Ivaretagelse av personer med demens på legekantor/lab.....	14
3.4 Samarbeid med hukommelsesteam	14
3.5 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	15
4.0 Tjenestekontoret.....	17
5.0 Lavterskeltilbud	18
5.1 Nye lavterskeltilbud	18
5.2 Aktivitetsvenn og støttekontakt	18
5.3 Brukerskole	18
5.4 Hukommelsesteamet (tidligere demensteam).....	19

6.0 Hjemmebaserte tjenester	21
6.1 Tjenester som hjemmetjenesten tilbyr:	21
6.2 Fokus på utredning ved mistanke om demens	21
6.3 Organisering i hjemmebasert omsorg	22
7.0 Dagaktivitetssenter	23
7.1 Dagsenter for hjemmeboende med endret hukommelse, Indre Fosen avd. Rissa og avd. Leksvik.....	23
7.1.1 Utfordringer og videre tiltak	24
7.2 Ambulerende dagaktivitetstilbud.....	25
7.3 Grønn omsorg/Inn på tunet.....	25
8.0 Døgnbaserte tjenester	27
8.1 Eldresenter/Aldershjem.....	27
8.2 Sykehjem.....	27
8.3 Aktiviteter i døgnbaserte enheter.....	28
9.0 Brukergrupper med spesielle behov	30
9.1 Personer med utviklingshemming/BOA.....	30
9.2 Personer med minoritets og samisk bakgrunn	30
9.3 Yngre personer med demens	31
10.0 Pårørendearbeid.....	32
10.1 Pårørendeskole	32
10.2 Samtalegruppe for pårørende	32
10.3 Avlastningsopphold	32
10.4 Individuell støtte og oppfølging	32
11.0 Forskning, kunnskap og kompetanse	34
11.1 Opplysnings- og informasjonsarbeid	34
11.2.1 Nåværende kompetanse	34
11.2.2 Behovet for framtidig kompetanse	35
11.3 Kompetanse hos fastlegene	36
11.4 Kompetanse i Hukommelsesteamet	36
Litteraturliste	40
Vedlegg:	41

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

1.0 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 mer demensvennlig samfunn, 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.

Både arvelig disposisjon, levevaner og andre sykdommer har betydning for utvikling av demens. Men den største risikofaktoren for å utvikle demens er høy alder. Antall personer med demens øker derfor desto flere eldre det blir. Dette er samfunnsøkonomiske utfordringer som vi ser allerede nå, men som vil øke i årene fremover. Dette vil kreve at demensomsorgen setter fokus på både kvantitativt og kvalitativt omsorg og man må derfor øke innsatsen 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 prosent 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 samtidig redusere belastning hos pårørende.

Styrking av hjemmebaserte tjenester med økt kompetanse, skreddersydd organisering og tilpasset velferdsteknologi vil muliggjøre at personer med demens kan bo hjemme lenger. Kommunen må satse 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 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:

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
2. Forebygging
3. Diagnose til rett tid og oppfølging etter diagnose
4. Aktivitet, mestring og avlastning
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
6. 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).

1.1 Hva er demens

Demens er en samlebetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som er forårsaket av ulike sykdommer eller skader i hjernen. Sykdommen opptrer 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 prosent 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 symptomer: (ICPC/ICD10 -diagnose kode system):

- svekket hukommelse, især nyere data
- svekkelse av minst en annen kognitiv funksjon som påvirker 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 seks 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 seks 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 prosent 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 prosent 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 prosent av personer med demens. Sykdommen er lik Parkinson demens, og noen mener det er samme sykdom, men med ulikt debuterende symptomtilbilde.
- **Frontotemporalappdemens** er en degenerativ hjernesykdom som starter i pannelappene og rammer stort sett yngre personer. Den utgjør rundt 5 prosent av demenssykdommene. Det spesielle med denne sykdommen er at debutsymptomene ofte er knyttet til atferd, og ikke til svekket hukommelse, språk og orientering som ved de andre demensformene. De kommer ikke før senere i sykdomsforløpet.
- **Alkoholrelatet demens** oppstår etter skader med langvarig bruk av alkohol. Årsaken er sammensatt, men det kan skyldes langvarig vitaminmangel over tid, 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 utviklingshemning** 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 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. Det er derfor viktig å unngå for mye stimuli som støy eller aktiviteter som krever høy

oppmerksomhet. Demens er en form for hjernesvikt og 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. Det er derfor viktig med små, oversiktlige omgivelser og få personer å forholde seg til. 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 sår, og det betyr at man er avhengige av at andre bistår dem med å forstå og tolke deres behov så godt det lar seg gjøre. Det er da behov for fagfolk med kompetanse og empati 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 eller bytte av boforhold.

1.1.3.2 Ernæring

Ensomhet og isolasjon kan føre til at enkelte personer med demens mister matlysten, noen har ikke lenger samme sultfølelse som tidligere og glemmer å spise. I tillegg utvikler noen 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 også 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 sykdomsforløpet, 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 blir 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 ivareta personlig hygiene som før.

1.1.3.4 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.

1.1.3.5 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, legemidler 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 personer 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.

1.1.3.6 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. Gjennom tillitsskapende tiltak klarer ansatte ofte å få gitt den nødvendige helsehjelpen til tross for at pasienten viser motstand til hjelp. Imidlertid så må man i noen tilfeller anvende pasient- og brukerrettighetslovens (pasrl.) kap. 4 A, 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 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem har demens sykdom, og at over 40 prosent av de 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 20 år.

Demens gir en stor påkjenning og utfordring for både den som rammes, 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 personer med demens. Hvor ca. 80 prosent har enten sykehjemsplass eller hjemmebasert tjeneste.

Tabell 1: Framskriving av eldre i Indre Fosen kommune: Viser at ved 2040 vil eldre 80 år + være 10 prosent av befolkningen sammenlignet med 5,5 prosent 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. Personsentrert omsorg handler om å ha *personen* i sentrum, istedenfor sykdommen. I dette er det viktig å vite hvem personen er og hvem han/hun har vært. Det er også viktig å gjøre seg kjent med personens opplevelse av seg selv og omgivelsene, slik at man kan imøtekomme hans/hennes 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 ved hjelp av dette verktøyet ikke 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».

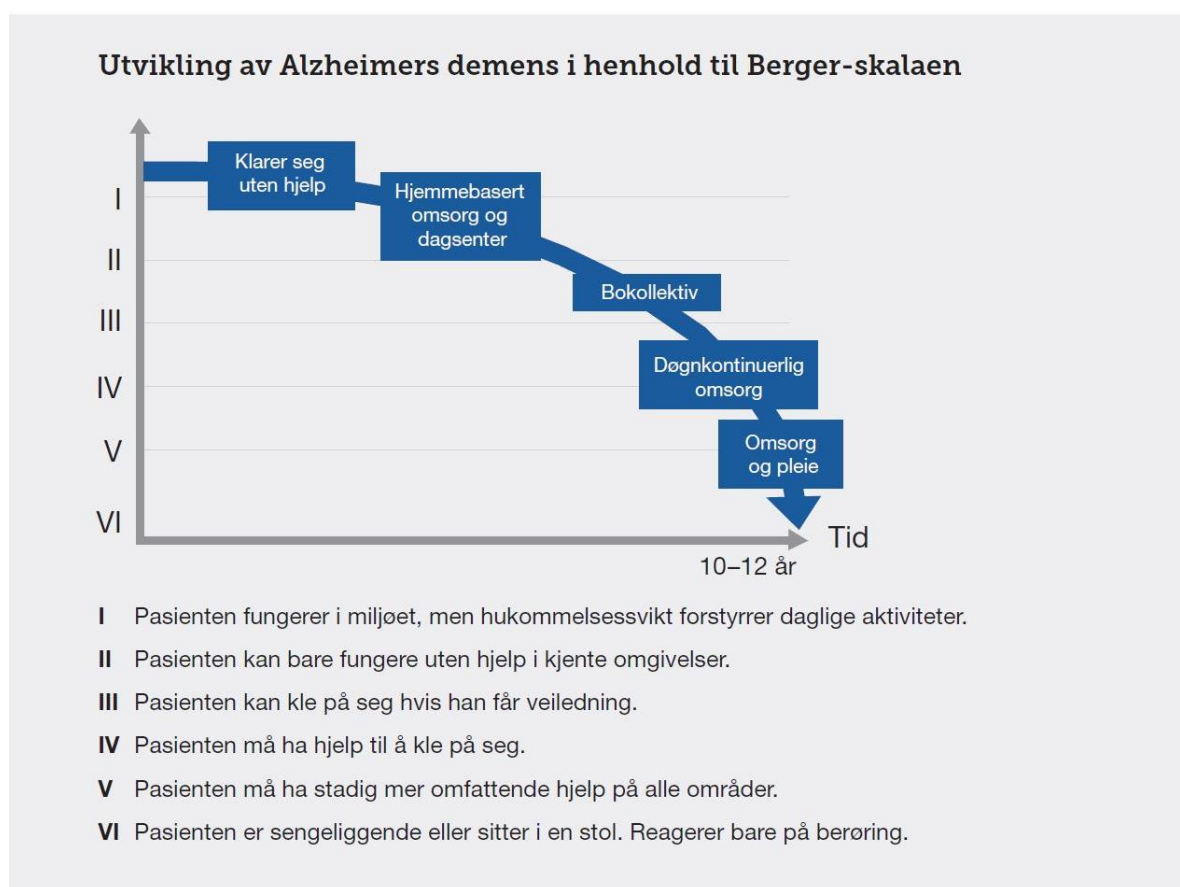
1.5 Føringer

- 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 (2014-2015) «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.



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

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 mye 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 legekontroller
- møteplasser for eldre

Tilbud i regi av frivilligsentralen eller andre lag er 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 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 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 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) arbeider sammen med kommunen for kunnskapsformidling om demens til innbyggerne i kommunen gjennom blant annet pårørendeskolen om demens.

Frivillighetssentralene i kommunen deltar på sykehjemmene med ulike aktiviteter både ved Rissa og Leksvik sykehjem.

Hukommelsesteamet har vært på besøk hos pensjonistforeningene i kommune som ledd i informasjonsutveksling samt formidlet arbeid som gjøres av Hukommelsesteamet.

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 og derfor 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
• Inn på Tunet gårder
• Foreninger og andre lokale lag

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 de 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 personer 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 tilleggsundersøkelser.

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 for videre oppfølging. Teamet kan være et kontaktpunkt for både pasient og pårørende.

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

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.

3.4 Samarbeid med hukommelsesteam

«Ved mistanke om demens kan hukommelsesteam/koordinator gjennomføre kartlegging av henholdsvis pasienten og pårørende, etter avtale med primærlege (fastlege). 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, atferds kartlegginger, og andre 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. 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).

Hukommelsesteamets oppgave er å støtte, informere og være tilgjengelig. Derfor tilbyr Hukommelsesteamet et oppfølgingsbesøk innen en måned etter at diagnose er gitt. Alle vil få tilbud om videre oppfølginger av halvårlige kartlegginger i hjemmet. Hyppighet vurderes fortløpende ved endringer i sykdomsforløpet.

Etter at diagnosen er stilt, er det viktig at personen med demens og deres 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. 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. Noen kan for eksempel fortsatt 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.

I de tilfellene pasienten har døgnbasert tjeneste, blir oppfølgingen i hovedsak ivaretatt der.

3.5 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 geriatrik, alderspsykiatri 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 uavhengig av tilfelle.

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: - gjøre 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 henvisning fra fastlegen
Oppfølging etter diagnose	Fastlegen: - halvårlige/årlige kontroller - følge opp evt. Medisineringer
	Hukommelsesteamet: - støtte - informere - være tilgjengelig - gjennomføre årlige/halvårlige kartlegginger, eller hyppigere ved behov - samarbeide med hjemmebaserte tjenester/dagaktivitetstilbudet der det er aktuelt
	Hjemmebasert omsorg: - tjenester - støtte - informere - være tilgjengelig - fylle ut OBS-demens og skrive statusrapport hvert halvår, eller hyppigere ved behov (dagaktivitetstilbudet) - 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: - ev. 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 Kommunehus i Leksvik, Rådhus i Rissa 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 tabubelagt sykdom, og mange personer med demens og deres pårørende ønsker ikke å dele så mye om sykdommen sin 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. Karran på tur er et eksempel på et slikt tilbud.

5.1 Nye lavterskeltilbud

I Indre Fosen kommune er det i liten grad tilbud som er tilrettelagt for denne gruppen av innbyggere. Det er behov for 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 spesifikt til personer med demens og deres pårørende. De har derimot noen aktiviteter rettet mot eldre. Ved oppstart av nye tilbud kan aktivitetene drives av frivillige med tett oppfølging fra Hukommelsesteamet.

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

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 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 skulle innføre 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
Brukerskole	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	videreføres med 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 frivillighetssentralene slik at nye tilbud kan etableres til personer med demens og deres pårørende.

6.0 Hjemmebaserte tjenester

Som nevnt under punkt om forekomst vil antall personer med demens trolig dobles innen 2040. Utfordringen knyttet til det økende antallet tilsier at det må settes inn store ressurser for at personer 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 hjemmesykepleie 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 prosent av personer over 70 år som mottar hjemmetjenester har demens, mens dette bare er kjent hos 20 prosent 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 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 hjemmesykepleien. 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 så få ansatte som mulig 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 mm. 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 blitt 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 videreutvikle tilbudet og 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 i Rissa 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». Det er ønskelig at det jobbes kontinuerlig med økt kompetanseheving gjennom kurs og fagdager med tema innen aktivisering og demens.

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:

I Rissa har de en utfordring med å få deltakere til å bruke dagsenteret pr i dag. Dette tror de har sammenheng med utfordringen til sykdommen. Demens er fortsatt en sykdom som er delvis tabubelagt. Både brukerne og pårørende kan oppleve skam, fortrenghing av symptomer og sykdomsutvikling, og vil gjerne prøve å skjule sykdommen så langt det lar seg gjøre. På bakgrunn av dette møter ansatte 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:

I Leksvik har de pr. i dag ikke kapasitet til å ta imot flere brukere med nåværende bemanning. Det er ønskelig med flere dager, mer varierte aktiviteter og at tjenesten tilpasses mer til yngre personer med demens en eller flere dager i uka.

Felles:

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 aktiviteter tilrettelagt for menn er viktig for å kunne nå ut til menn med en demenssykdom. Slik det er nå har de for liten plass til at de for eksempel kan ha en egen snekker/håndverksavdeling, 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 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.

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

7.2 Ambulerende dagaktivitetstilbud

Andre kommuner, som f.eks. Trondheim, 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 omsorgssone. 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 et slikt tilbud i Leksvik omsorgssone også.

7.3 Grønn omsorg/Inn på tunet

Inn på tunet er tilrettelagte og kvalitetssikrede velferdstjenester på gårdsbruk. Godkjente gårder tilbyr aktiviteter som gir meningsfylt arbeid, mestring, utvikling og trivsel. Rissa og Leksvik dagsenter har vært i kontakt med ulike Inn på tunet gårder, og dette er et samarbeid det er ønskelig å videreføre.

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. • videreføre samarbeidet med Hukommelsesteamet, halvårlige møter.

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 personen med demens 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 og eldresenter/aldershjem. Eldresenter/aldershjem er for de friskeste, mens sykehjem er for de som har kommet svært langt i demenssykdommen sin og trenger tetter oppfølging.

I boligløsninger til personer med demens er det flere ulike forhold som det er viktig å ta hensyn til, både for å bruke den eksisterende bygningsmassen best mulig, og når gamle boliger skal renoveres og nye boliger skal bygges. De ulike forholdene det bør tas hensyn til er ikke bare 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 alkoholdemens ofte har god evne til å orientere seg i rom og retning. Små bokollektiv er uansett den beste boformen for personer med demens.

Tilbudene som gis ved institusjonene i Indre Fosen kommune variere fra nattavlastning, avlastning på kvelden, døgnavlastning, korttidsopphold, avlastningsopphold, rehabiliteringsopphold og langtidsopphold.

8.1 Eldresenter/aldershjem

I kommunen er det lokalisert et eldresenter på Stadsbygd og et aldershjem i Råkvåg. Stadsbygd eldresenter har plass til 24 beboere og Råkvåg aldershjem har plass til 16 beboere. 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 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 demensforløpet. 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 demenstilstanden og gir spesielle utfordringer.

I sykehjem er det lovpålagt å ha heldøgns sykepleiedekning og tilsynslegeordning. Ca. 80 prosent av pasienter som bor på sykehjem har demens (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 ø-hjelps plasser. Begge sykehjemmene har en mindre avdeling for personer med demens med krevende atferd og 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». Når personen har kommet i en fase av sykdommen der det er nødvendig med døgnbaserte tjenester, spesielt sykehjem, er både oppmerksomhet og romorientering ofte svekket. Aktivitetene er derimot 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.

Ideell gruppestørrelsen er når seks - åtte 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 begge sykehjemmene, blant annet konserter, trim, andakter, sanitetskafe, sangstunder, besøk av frivillige, besøk av vgs – elever (Livsglede for eldre), sommerfester og tilstelninger som julebord der også pårørende er invitert. På de ulike avdelingene kan det være baking, sangstunder, turer, høytlesning o.l. Det tilstrebes 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 aktivitør en viktig ressursperson. I Indre Fosen er det aktivitør ved Leksvik sykehjem, Stadsbygd eldresenter og Råkvåg aldershjem. Rissa sykehjem mangler aktivitør.

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

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon slik:

"Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art."

I demensplan 2020 – «Et mer demensvennlig samfunn» (Helse - og omsorgsdepartementet, 2015) påpekes det at «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	• tilstrebe 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 ansatte deltakelse på kurset 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 kommunes 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.

Personer i denne brukergruppen har oppfølging via BOA (Bo og aktivitetstjenester). Enheten følger opp beboere i bofelleskap med personalbase i Rissa og Leksvik. De gir også tjenester til personer som bor i egne hjem utenfor bofellesskapene. Samme krav til kompetanse om personer med demens stilles til de ansatte på lik linje som i hjemmebaserte tjenester.

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 hukkommelsesteam/koordinator» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Ved 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 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.

9.3 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 er yngre er de ofte fysisk spreke, og derfor 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 brukar og gir et aktivitetstilbud i hjemmet tilpasset brukers behov og ønsker. Dette tilbudet er i startfasen og kan leses mer om i punkt 7.2 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	• utredes 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	• utredes 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	• utredes 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

Pårørende trenger avlastning fra omsorgen til personen med demens. Det er allerede nevnt flere former for avlastning som kan være til hjelp, men det viktigste er at det er fleksible og så langt som mulig dekker pårørendes behov. Noen ganger er det nødvendig å kombinere ulike typer avlastning. Avlastning kan foregå på dagaktivitetssenter, i institusjon i form av døgnopphold og som tiltak i hjemmet. Det som betyr aktivitet for personen med demens, kan bety avlastning for pårørende.

10.4 Individuell støtte og oppfølging

For noen pårørende 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. Det viktigste er at pårørende har noen å snakke med. Hukommelsesteamet har en svært sentral funksjon i å støtte pårørende, og dette prioriteres høyt. Enkelte «klarar» 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 i større grad blitt økt fokus på 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 i kommunen vår.

Som ledd i folkeopplysningen vil Hukommelsesteamet jobbe for mer promotering av sykdommen og Hukommelsesteamet. Kommunens innbyggere kan henvende seg til Hukommelsesteamet per epost, 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. Hukommelsesteamet markerer Alzheimerdagen årlig med stand med informasjonsutveksling og quiz om demens sammen med medlemmer fra Nasjonalforeningen for folkehelse.

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 og satsningene må gjenspeiles i den enkelte virksomhets kompetanseplaner. I særlig grad omfatter dette 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. 3).

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 som mulig tilrettelegge for gjennomføring av disse. Dette gjelder alle yrkesgrupper som har befatning med demens, også fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Demensomsorgens ABC, samt ABC miljøbehandling har vært et tilbud til ansatte i kommunen fra henholdsvis 2011 og 2015. Rundt 110 stykk 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 todagers kurs. Disse lærer 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 kan få utfordringer knyttet til språk i sent i sykdomsforløpet. De kan få vansker både med å uttrykke seg og med å forstå hva andre formidler. Det er derfor nødvendig at de ansatte behersker både det verbale og det nonverbale språket for å kunne gi pasientene god og forsvarlig helsehjelp. I kommunens kompetanseplan bør det beskrives tiltak for å heve kompetansen på kommunikasjon til personer med demens. Spesielt den verbale, men dog også den nonverbale kompetansen da denne erverves dels gjennom generell demenskunnskap og dels gjennom kjennskap til den enkeltes pasients livshistorie.

11.3 Kompetanse hos fastlegene

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

Som nevnt tidligere er det fastlegene som har hovedansvaret for diagnostisering og oppfølging av personer med demens. Demens er et fagområde i sterk utvikling, og det er viktig at fastlegene er oppdatert på ulike verktøy, ulike undersøkelsesmetoder, legemiddelhåndtering, APSD mm. 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 innehar tilstrekkelig kunnskap og er oppdatert på utviklingen av faget. Det er sentralt at de deltar i faglige 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

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. Egne prosjekter og deltakelse i andres gir god mulighet for kompetanseutvikling. 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. Det er behov for å øke kompetansen ikke bare i samfunnet generelt, men også i tjenestetilbudene, slik at demens blir mindre tabubelagt. Åpenhet vil bidra til økt forståelse og inkludering. For å imøtekomme dette er det viktig at det utvikles gode, fleksible og tilpassende tjenester som blant annet etablering av primærgruppe for personer med demens, bofellesskap og heldøgntilbud for hjemmeboende. For at personer med demens skal bli møtt med forståelse og respekt må det være ressurspersoner innen demens i kommunen slik at det kan gis støtte og veiledning.

Indre Fosen kommune skal jobbe for et mer demensvennlig samfunn og skal i løpet av høsten 2019 starte opp et samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelse ved Leksvik helselag. Det er et mål at næringsvirksomheter i kommunen skal tilbys kursing om demens slik at de vet hvordan de kan bistå og inkludere personer med demens når de samhandler med disse personene i sitt virke. Målet er å engasjere næringsdelen i kommunen som for eksempel taxi-næring, butikker osv. slik at de får en mer aktiv rolle i utviklingen mot et mer demensvennlig samfunn.

Det skal satses på kunnskapsformidling til pårørende av personer med demens gjennom pårørendeskole. Det er ønskelig at tilbudet gis til alle pårørende til personer med demens i kommunen, og man må kunne nå ut i distriktene uavhengig av geografi.

Det vil også være økt behov for dagsenter tilbud i fremtiden når det blir flere med demenssykdom. Tilbudet må tilpasses alle tettsteder i kommunen, og det er vesentlig å unngå lang reiseavstand som i seg selv er negativt for personer med demens. Kommunen må satse på dette tilbudet siden det bringer personer med demens inn i et felleskap samtidig som ressurs utnyttes best ved slik tilnærming.

Hukommelsesteamet skal arbeide for at en større del av oppfølgingen til personer med demens og deres pårørende blir i hjemmebasert omsorg. I de tilfeller der pasienten allerede mottar hjemmebasert omsorg vil en større del av oppfølgingsansvaret være i regi av hjemmebasert omsorg. Dette fordi det er ønskelig med en mer kontinuerlig oppfølging samtidig som det er 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 i en tid som for mange oppleves som veldig vanskelig. Arbeidet vil bestå av halvårslige eller hyppigere kartlegginger. Det er nødvendig med en prosedyre for samhandlingen mellom Hukommelsesteamet og hjemmebasert omsorg i oppfølging av personer med demens.

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/hun 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 rekke. Dafolo Forlag 1999
- Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. St. Meld. 26 (2014-2015). Melding til Stortinget
- 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
- 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).
- 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

Vedlegg:

1. Nasjonal faglig retningslinje om demens – innhold
2. Diagnostisk utredning – rutine for samarbeid mellom fastleger og Hukommelsesteamet
3. Oversikt over kompetanse "Demensomsorgens ABC" og "Miljøarbeid" 2019

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 tre - fire uker), deretter hver 6. måned.
- Om ingen diagnose eller foreløpig tilbakemelding avsluttes tjenesten hukommelsesteam innen seks 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.

INDRE FOSEN	Demensomsorgen ABC										Miljøbehandling				
	Perm 1					Perm 2									
Virksomhet	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier	Pleie - medarb.	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier	Pleie - medarb.	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier	Pleie - medarb./ ass.
Rissa Sykehjem				8					4					2	
Leksvik Sykehjem	5			17	1	4			17	1	3			10	1
Hjemmetjenesten	9			27	5	5			14		4			10	
Psykisk helse				1					1						
Helsetjenesten	2	1				2	1					1			
BOA	4		4	24	2	2		3	17				1	11	
Totalt: 253	20	1	4	77	8	13	1	3	53	1	7	1	1	33	1

*Stadsbygd Eldresenter er inkludert i hjemmetjenesten Stadsbygd/Vanvikan sone og Råkvåg Aldershjem er inkludert under Råkvåg hjemmetjeneste.

INDRE FOSEN	Demensomsorgen ABC										Miljøbehandling			
	Perm 1					Perm 2								
Virksomhet	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier	Pleie - medarb.	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier	Pleie - medarb.	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier

Rissa Sykehjem				8					4					2
Leksvik Sykehjem	5			17	1	4			17	1	3			10
Hjemmetjenesten	9			27	5	5			14		4			10
Psykisk helse				1					1					
Helsetjenesten	2	1				2	1					1		
BOA	4		4	24	2	2		3	17				1	11
Totalt:	20	1	4	77	8	13	1	3	53	1	7	1	1	33

*Stadsbygd Eldresenter er innkludert i hjemmetjenesten Stadsbygd/Vanvikan sone og Råkvåg Aldershjem er inkludert under Råkvåg hjemmetjeneste.

- Eldreomsorgens ABC, Musikkbasert Miljøbehandling og Mitt livs ABC pr. april 2019
-

*Stadsbygd Eldresenter er innkludert i hjemmetjenesten Stadsbygd/Vanvikan sone og Råkvåg Aldershjem er inkludert under Råkvåg hjemmetjeneste.

INDRE FOSEN	Eldreomsorgens ABC - Aldring og omsorg, Psykiske sykdommer i eldre år og Funksjonshemming og aldring					ABC Musikkbasert miljøbehandling					Mitt livs ABC perm 1 og 2				
	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier	Pleie - medarb.	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier	Pleie - medarb.	Syke - pleier	Fysio/ergo	Verne - pleier	Helse - fagarb./ hjelpepleier	Pleie - medarb.
Virksomhet															
Rissa Sykehjem									1						
Leksvik Sykehjem				1	1										
Hjemmetjenesten	1			10	2										
Psykisk helse															
Helsetjenesten															
BOA			1	4	3						2		1	2	
Totalt: 253	1		1	15	6				1		2		1	2	

- Videreutdanning* innen demens, rus, psykiatri, geriatrik, vurderingskompetanse og akutt geriatri i de virksomheter som ivaretar personer med demens

INDRE FOSEN	Demens	Geriatrici	Psykiatri	Rus	Geriatricisk vurd.kompetanse (spl)	Akutt geriatrici
Sykepleier			6			
Vernepleier			1			
Helsefagarbeider/hjelpepleier		4	4			
Ergo psykisk helse			1			

*Videreutdanning høgskole: minimum 30 Studiepoeng: