

## Møteinnkalling

**Utvalg:** Komite for helse og velferd  
**Møtested:** Bruholmen, Ørland rådhus  
**Møtedato:** 04.03.2016  
**Tid:** 09:00

Forfall meldes til [postmottak@orland.kommune.no](mailto:postmottak@orland.kommune.no) eller på telefon 72 51 40 00, for innkalling av varamedlemmer. Varamedlemmer møter kun ved spesiell innkalling.

### Innkalling er sendt til:

| Navn                      | Funksjon  | Representerer |
|---------------------------|-----------|---------------|
| Hilde-Kristin Sandvik     | Leder     | OK-H          |
| Nordaas                   |           |               |
| Irja Helen Hammern Døsvik | Nestleder | OK-AP         |
| Knut Sigurd Ljøkelsøy     | Medlem    | OK-H          |
| Asbjørn Hov               | Medlem    | OK-H          |
| Marthe Hildrum            | Medlem    | OK-SP         |
| Terje Hovde Sigurdsen     | Medlem    | OK-SP         |
| Øyvind Næss               | Medlem    | OK-SV         |

Vel møtt!

Hilde-Kristin Sandvik Nordaas  
Leder

| Saksnr  | Sakstittel                                                                  | Lukket |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------|--------|
|         | (Ingen tittel)                                                              |        |
| PS 16/2 | Demensplan 2016                                                             |        |
| PS 16/3 | Kommunedelplan for helse og velferd 2017-2020. Planprogram - høringsutgave. |        |

## Orientering

- Orientering om beslutningsteamet v/leder koordinerende enhet
  - Kommunen pliktig til å bidra med helsetjenester – for alle som oppholder seg i kommunen
  - Tjenesten drives i tråd med gjeldende lovverk
  - Behandler alle søknader, rett til individuell plan, endring vedtak ihht behov m.m
  - Morgendagens omsorg – brukermedvirkning
  - Beslutningsteam for både barn og voksne
  - Kartlegging brukerens behov – funksjonsnivå
  - Viktig å skape trygghet for den enkelte
  - Laveste effektive tjenestenivå
  - Har informasjonsplikt om hvilke tjenester kommunen kan ytes
  - Pasienten i fokus
  - Alle vedtak fattes i beslutningsteamene
  - Forebygging – informasjon i styrer, råd og utvalg, samt kartleggingsbesøk for innbyggere i en bestemt alder
  - Samarbeider med frivilligsentral og andre frivillige
  - Bistand i hjemmet, hverdagsrehabilitering, støttekontakt, praktisk bistad m.v.
  - Vedtatt prisbok regulerer hvilke tjenester brukeren må betale for

PP-presentasjon legges ut på dropbox til medlemmene

- Demensplan v/leder institusjon
  - Bakgrunn – lover, regler og stortingsmelding – morgendagens omsorg
  - Framskrivning av folkemengde og forekomst av demens fram mot 2040 – tallet fordobler seg
  - Brukermedvirkning ved utarbeidelse av plana
  - Tiltak – informasjon og folkeopplysning
  - Kompetanseheving – kartlegging og opplæring gjennomføres
  - Demensutredning og samhandling
  - Dagaktivitetstilbud
  - Aktivitetsvenn - prosjekt
  - Omsorg pårørende – avlastningstiltak, pårørendeskole, trivselskafè m.v.
  - Bolig – boformer, mulighet for tilpasning ihht behov
  - Enheten har hentet inn en del eksterne midler i sitt arbeid med demente
  - Styrke tilbudet ved å samhandle med frivillige
  - Hverdagsrehabilitering
  - Demensteamet fungert i 11/2 år - gode tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende
  - Komme i dialog ihht mulig demens så tidlig som mulig –ut på flere arenaer for å informere om tjenesten
- Orienteringer v/kommunalsjef
  - Kommunedelplan helse og velferd
    - Komiteen er fagkomite i dette arbeidet

- Planprogram – medvirkning
- Omfatte alle tjenestene innenfor helse og velferd
- Andre planer som er beslektet med denne delplanen
- Kommunedelplanene skal være førende for arbeidet med budsjett og økonomiplan - prioriteringer
- Medvirkning og informasjon
- Temamøter gjennomføres
- Utfordringsdokument utarbeides
- Framtidens samfunn i planarbeidet
- Flyktningetjenesten
  - Voksenopplæringa flytter inn i lokaler «gamle yrkesskolen»
  - Fasilitere flyktningetjenesten ihht kst vedtak pr 17.12.15
  - Bosetting følges opp ihht vedtatt plan
- Styringsdokumenter – hjemmesiden: område «komite helse og velferd» - alle styringsdokumenter politikerne bør ha tilgang på ligger det
- Jobbes med en Veteranplan
  - Sivil militær samhandling
  - Familieperspektivet
  - Gi informasjon og ivareta barn som berøres ihht kommunale tjenester, skole, barnehage mv.
  - Veteranmarkeringen 8. mai skal inn
- Saker i kommunestyret 17. mars
  - Jordmortjenesten
  - Anskaffelse nye biler hjemmetjenesten
  - Planprogram – kommunedelplan helse og velferd
  - Utredning felles jordmortjeneste Ørland/Bjugn

**SAKSFRAMLEGG****Saksbehandler: Karen Rasch Aune**

| <i>Saksnr</i> | <i>Uvalg</i>                | <i>Møtedato</i> |
|---------------|-----------------------------|-----------------|
| 16/2          | Komite for helse og velferd | 04.03.2016      |

**Demensplan 2015 - 2019-2019**

Vedlegg:

- 1 Demensplan - Ørland kommune 2015 - 2019

**Sakens bakgrunn og innhold:**

Demensplan for Ørland kommune har som formål å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Demensplanen vil sette framtidens utfordringer på dagsorden, og vil bidra til langsiktig planlegging og prioritering av demensomsorgen.

I Kommuneplanens samfunnsdel 2014-2026 sies det følgende: Kommunen skal gi tjenester som gjør den enkelte innbygger i stand til å oppleve mestring gjennom å klare seg selv på en god måte i hverdagen, til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse.

Ørland kommunes Demensplan inneholder beskrivelser av demens som sykdom og kvalitetskriterier for god demensomsorg. Videre beskrivelse av situasjonen i dag, samt gir innblikk i utfordringer som kommunen står ovenfor, og hvilke planer vi har for å imøtekomme disse utfordringene. Ifølge Rambølls rapport over befolkningsutvikling for Ørland/Bjugn fram til 2030, kan forventet antall eldre mellom 67 -79 å øke med 420, og antallet eldre over 80 vil øke med 300. Ut i fra SSB-Statistikkbanken januar 2012 vil forekomst av demens i 2020 være 94 personer i Ørland kommune.

Demensplan i Ørland kommune bygger på bred brukermedvirkning, og oppfyller sådan noen av hovedkriteriene for statlige føringer i «Demensplan 2020».

Fra Eldrerådet påpekes det at enkelte tiltak i planen må konkretiseres bedre, samt at økonomiske konsekvenser må beskrives.

Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening», Delplan til Omsorgsplan 2015, Demensplan 2015 «Den gode dagen» Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg». Dette er styringsdokumentene som er lagt til grunn for Demensplan.

**Medvirkning /høring Demensplan:**

- Det har i 2015 vært orientert om planen, samt oppfordret til å komme med innspill i møter med Eldrerådet og komite for Helse og Velferd.
- Idedugnader med ansatte i sykehjem, og hjemmesykepleie som til daglig jobber med pasienter med demens og deres pårørende.
- Kontakt med ansatte i omsorgsboliger/Fjæreveien arena som jobber med aktivisering av brukerne

- Informert frivillighetssentralen om demensplan med tanke på å utvikle samarbeidet.
- Deltatt i avdelingsmøte på Ørland legesenter for gjennomgang angående samhandling med fastlegene og for å informere om demensplanen.
- Demente brukere og deres pårørende, samt ansatte har medvirket i Demensplanen.
- Demensplan ble sendt til høring til tillitsvalgte, Eldreråd, ledelsen av pleie og omsorg, kommunalsjef helse og velferd.

### **Tiltaksdelen i Demensplan:**

Ørland kommune bygger på Demensplan 2015 «Den gode dagen» tre hovedfokus: Dagaktivitetstilbud – Bedre tilpassede botilbud – Økt kompetanse og kunnskap, se tiltaksdelen i den vedlagte Demensplan, Ørland kommune (2015-2019), s. 21-35.

### **Økonomiske konsekvenser**

- For å opprettholde demensteamets oppgaver må personalressurs økes med ca 40 % stilling.
- Aktivitetstilbudet på aktivitetsstua på sykehjemmet må økes med en personalressurs på 100 % stilling.
- Demensplanens strategier og tiltak følges opp i forbindelse med det årlige arbeidet med økonomiplan og årsbudsjett.
- Noen av tiltakene er allerede iverksatt innenfor de økonomiske rammene til Sykehjemmet og hjemmetjenesten, se tiltaksdelen i den vedlagte Demensplan 2015-2019.
- Synliggjøres gjennom vedtatte tiltak i økonomi og virksomhetsplaner i perioden 2015-2019.

### **Folkehelsevurdering**

Demensplanens elementer med hensyn til forebyggende tiltak i forhold til både unge og eldre demente vil kunne få betydning for folkehelsesituasjonen.

### **Administrasjonens vurdering**

Delplan 2015, Demensplan «Den gode dagen» har tre hovedfokus: Dagaktivitetstilbud – Bedre tilpassede botilbud – Økt kompetanse og kunnskap.

Prioritering av ressurser til demensteam samt en stillingsandel som aktivitør på aktivitetsstua sykehjem kan finansieres delvis med tilskuddsmidler, og bør vurderes ytterligere i forbindelse med neste års kommunens budsjett – og økonomiplanarbeid.

### **Rådmannens innstilling**

Komite for helse og velferd tar «Demensplan for Ørland kommune 2015-2019» til orientering

# Demensplan



Ørland kommune  
2015-2019

**I SKUMRINGSLANDET**  
**av Jan Vincent Johannessen**

Når solen og månen flyter sammen  
og dager og netter blir skumringsgrå,  
og du sitter alene i skumringslandet  
som ingen andre enn du kan nå.  
Sitter alene, og gjør meg alene, så inderlig nær,  
og så inderlig fjern.  
Med øyne så dype som nattstille tjern.  
Var der en krusning? Er det tanker som vaker?  
Var det noe jeg drømte og ønsket jeg så?  
Jeg kaster ut ord, men får ingen tilbake,  
bare lyd mot et vindu med haspene på.  
Jeg ser at du går der, du tasser omkring og lever i minner  
om det du har opplevd og det som kanskje aldri har hendt,  
mens kroppen din svinner som alt jeg har kjent.  
Husker du ikke at våren var i deg,  
at livet ditt var som en dansende elv?  
Hvordan kan du glemme det, kjæreste fremmede,  
der du lukker deg inn i ditt dypeste selv.  
Hvor finnes det lys som kan vise deg veien  
til alt det vi hadde og alt det du var?  
Da kroppen din lekte og hjernen var klar.  
La meg holde deg inntil meg, kjæreste kjære,  
og lær meg å lære det jeg må forstå,  
at du sitter alene i skumringslandet,  
som ingen andre enn du kan nå.  
Sitter alene og gjør meg alene, så inderlig fjern  
og så inderlig nær.  
La meg holde deg inntil meg, kjæreste kjære.  
du er min slik du var og min slik du er.

## Innhold

|                                                                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.0 INNLEDNING .....                                                                                         | 4         |
| <b>1.1 Planarbeidet.....</b>                                                                                 | <b>4</b>  |
| 2.0. DEMENS.....                                                                                             | 6         |
| 2.1 Hva er demens? .....                                                                                     | 6         |
| 2.2 Særskilte behov .....                                                                                    | 8         |
| 2.3 Forekomst av demenssykdom i Norge .....                                                                  | 9         |
| 2.4 Forventa befolkningsvekst og forekomst av demenssykdom i Ørland kommune fra 2011-2040 .                  | 10        |
| 3.0 Helse og omsorgstjenester i Demensomsorgen i Ørland kommune .....                                        | 11        |
| 4.0 BRUKERMEDVIRKNING .....                                                                                  | 15        |
| 4.1 Dialog med pasient.....                                                                                  | 15        |
| 4.2 Dialog med pårørende.....                                                                                | 16        |
| 4.3 Dialog med ansatte.....                                                                                  | 19        |
| 5.0 UTFORDRINGER OG TILTAK .....                                                                             | 21        |
| 5.1 Folkeopplysning.....                                                                                     | 21        |
| 5.1.1 Tiltak .....                                                                                           | 21        |
| 5.2 Demensutredning og samhandling .....                                                                     | 22        |
| 5.2.1 Tiltak .....                                                                                           | 23        |
| 5.3 Dagaktivitetstilbud .....                                                                                | 24        |
| 5.3.1 Tiltak .....                                                                                           | 25        |
| 5.4 Omsorg for pårørende.....                                                                                | 29        |
| 5.4.1 Tiltak .....                                                                                           | 29        |
| 5.5 Boformer .....                                                                                           | 31        |
| 5.5.1 Erfaringer fra Ørland kommunes nye sykehjemsavdeling Indigo og samarbeid med oppfølgingstjenesten..... | 31        |
| 5.5.2 Tiltak .....                                                                                           | 33        |
| 5.6 Kompetanse.....                                                                                          | 34        |
| 5.6.1 Tiltak .....                                                                                           | 34        |
| 6.0 Oppsummering.....                                                                                        | 36        |
| <b>REFERANSER.....</b>                                                                                       | <b>38</b> |



## 1.0 INNLEDNING

Demensplan for Ørland kommune har som formål å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Demensplanen vil sette framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden, og vil bidra til langsiktig planlegging og prioritering av demensomsorgen.

Gjennom stortingsmelding nr. 25 (2005-2006); «Mestring, muligheter og mening» legger regjeringen føringer for kommunens demensomsorg i årene framover.

Delplan til Omsorgsplan 2015, Demensplan 2015, «Den gode dagen» har 3 hovedfokus:

**Dagaktivitetstilbud-Bedre tilpassede botilbud-Økt kompetanse og kunnskap.**

Tiltakene i planen har som mål å skape en sammenhengende kjede av tjenester som favner behov fra sykdomsdebut til pleiebehovet er fullstendig.

En av de største omsorgsutfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, er at tallet på mennesker med ulike demenssykdommer sannsynligvis blir fordoblet de neste 35 år. Dette vil bl.a. skape store utfordringer for helse og omsorgstjenestene og stille store krav til planleggingen av framtidens tjenestetilbud i kommunen.

### 1.1 Planarbeidet

Ørland kommunes demensplan inneholder en beskrivelse av demens som sykdom og kvalitetskriterier for god demensomsorg.

Videre vil vi gi en beskrivelse av situasjonen i kommunen i dag, samt gi innblikk i utfordringer vi står ovenfor og hvilke planer vi har for å imøtekomme disse utfordringene.

Arbeidet med planen kom i gang etter forespørsel fra avdelingssykepleier ved Ørland sykehjem, Karen Rasch Aune og etter anbefalinger fra deltagelse i nettverksmøter med de andre Fosenkommunene.

I arbeidet med planen har vi jobbet ut fra sentrale føringer;

-St.meld.nr 25 (2005-2006) «Mestring, mulighet og mening». Framtidens omsorgsutfordringer.

-Demensplan 2015 "Den gode dagen"

-Meld.St.29 (2012-2013) Melding til Stortinget. «Morgendagens omsorg».

Vi har høstet erfaringer fra andre kommuner ved å ha deltatt i fag -og nettverksmøter. Videre har vi sett på hvordan andre kommuner har organisert demensarbeidet. Vi har innhentet uttalelser fra ulike instanser og fagområder der det er funnet nødvendig. Vi har hatt kontakt med Thea Skarpendgland m.fl i Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og Helse, fastlegene og turnusleger i Ørland kommune, ledelsen ved Ørland sykehjem og i hjemmetjenesten.

Under arbeidet med planen så vi et behov for å få snakket med personer med demenssykdom og pårørende i kommunen. Vi hadde kunnskap om de sentrale føringene, og om hva vi har og hva vi mangler av tilbud i Ørland kommune. I samtale med pårørende og pasienter fikk vi i tillegg verdifulle bidrag ved å lytte til deres erfaringer om hva de trenger for at de skal ha et så godt liv som mulig med demenssykdommen.

Vi har deltatt i møter med Eldrerådet og Helse og velferdskomiteen for å orientere om arbeidet vi gjør.

Videre har vi organisert «ide'dugnader» med ansatte i sykehjem og hjemmesykepleie, som daglig jobber med pasienter med demens og deres pårørende. Vi har hatt kontakt med ansatte i omsorgsboliger/fjæraveien arena og ansatte som jobber med aktivisering av brukerne. Vi har informert frivillighetssentralen om demensplanen med tanke på å utvikle samarbeidet.

Planen er sendt til høring til tillitsvalgte, eldrerådet, ledelsen ved pleie og omsorg inkludert kommunalsjef, helse og velferd, Marit Ervik. Vi har deltatt i avdelingsmøte på Ørland legesenter for gjennomgang av prosedyrer angående samhandling med fastlegene og for å informere om demensplanen.

Arbeidsgruppa for demensplan har bestått av Demensteamet for Ørland kommune;

Aina Foshaug Antonsen -spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg.

Kristin Ljøkelsøy- spesialsykepleier i aldring og eldreomsorg.

Vi har fått veiledning av avdelingssykepleier ved Ørland sykehjem Karen Rasch Aune.

## 2.0. DEMENS

### 2.1 Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand forårsaket av ulike sykdommer som påvirker hjernens fungering.

Tilstanden er kronisk, irreversibel og forverrer seg. Demens fører til svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon.

Personer med demens får problemer med å opprettholde innlærte ferdigheter og å mestre dagliglivets aktiviteter. En del personer utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og redusert dømmekraft. Andre symptomer kan være angst, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og tvangsmessig atferd.

Demens deles inn i typer avhengig av årsak:

- Alzheimers sykdom 60-70% av tilfellene.
- Vaskulær demens; svikt i blodforsyningen til hjernen. 15-20% av tilfellene.
- Parkinson sykdom med demens.
- Lewy body demens.
- Frontotemporallappsdemens.
- Andre former for demens, eks. relatert til alkoholmisbruk, vitaminmangel, kreftsykdom.

Personer som får demens blir sykere ettersom tiden går og blir etter hvert mer og mer avhengig av hjelp fra andre. Hos noen forverres symptomene raskt, 2-3 år, hos andre utarter sykdommen seg langsommere 8-10 år eller mer.

## Berger skala



Her illustreres en tiltakskjede rettet mot personer med Alzheimer i løpet av en 10 års periode. Den såkalte Berger-skalaen deler utviklingen av en demenssykdom i seks trinn på bakgrunn av pasientens funksjonsevne:

1. Klarer seg selv. Glemsom og avbryter ofte aktiviteter i dagliglivet.
2. Kan utføre vanlige aktiviteter, men pasienten blir ofte forvirret.
3. Kan klare seg i kjente omgivelser og situasjoner, men hukommelsesproblemene er store.  
Pasienten trenger påminnelse og er ofte initiativløs.
4. Pasienten har handlingssvikt og språkvansker.
5. Kan ikke kommunisere verbalt på en meningsfull måte.
6. Motoriske funksjoner er betydelig nedsatt, og pasienten må derfor ofte sitte i en stol eller ligge.

Denne inndelingen er praktisk, spesielt for dem som har ansvar for å planlegge og tilrettelegge tjenestene. De tre første trinnene vil forenklet si at personen kan klare seg i eget hjem med tilbud fra de hjemmebaserte tjenestene, dagtilbud og avlastningstilbud. Trinn fire tilsier en tett oppfølging, og på trinn fem og seks må det gis muligheter for heldøgnsomsorg, enten i omsorgsbolig eller sykehjem.

## 2.2 Særskilte behov

### **Yngre personer med demens.**

Betegnelsen "yngre personer med demens" benyttes om de som får en demensdiagnose før de har fylt 65 år. Forekomst er noe usikker, men man tror at 3-4% av de som rammes er under 65 år. Det tar ofte lang tid før diagnose stilles, opp til 2-3 år, gjerne pga feildiagnose; atypisk depresjon, utbrenthet, nedsatt jobbensgjement, alkoholisme, «midtlivskrise», reaksjoner på samlivsbrudd/konflikt, traumer etter ulykker, diabetes.

Sammenlignet med eldre personer med demens vil sykdommen for yngre fremtre på en annen måte og oppleves annerledes for en selv og for pårørende. Dette er personer som befinner seg midt i livet, er yrkesaktive, og kan ha omsorg for små barn og ungdom.

De fleste yngre personer med demens går ut av arbeidslivet. Det er viktig med tidlig diagnostisering slik at tiltak blir igangsatt og rettigheter blir ivaretatt. Mange trekker seg tilbake fra sosial kontakt utenfor hjemmet og familien. Mange ektefeller gjennomlever sterk sorg, sinne og fortvilelse, og roller og relasjoner i familien blir endret.

### **Personer med demens og utviklingshemming.**

Utviklingshemming er beskrevet i det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 som en «tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemning av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivå, for eksempel kognitive, språklige, motoriske og sosiale»

Levealderen til for eksempel personer med Downs syndrom har økt fra gjennomsnittlig 35 år i 1982 til 60 år i dag. Den økte levealderen fører til at helsevesenet oftere møter voksne personer med Downs syndrom og med karakteristiske helsemessige utfordringer.

En høy andel av denne gruppa utvikler demens, spesielt etter 40-50 års alder. Det har vært lite samarbeid mellom de kliniske miljøene innen habilitering og demensutredning. Resultatet er at personer med Downs syndrom ikke alltid får det tilbudet de har krav på både hva angår diagnostisering og tilrettelagte bo- og aktivitetstilbud.

### **Personer med demens som har minoritetsspråklig bakgrunn.**

Personer med minoritetsspråklig bakgrunn kan representere en fremtidig utfordring for kommunen. Utfordringene kan bestå av språklige og kulturelle barrierer, og misforståelser kan vanskeliggjøre arbeidet. De kartleggingsverktøyene som er utarbeidet for å diagnostisere

demenssykdom, er tilpasset vår kultur og er lite anvendbare overfor denne gruppen. Utviklingen forutsetter individuell utforming og tilpasning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i den enkeltes bakgrunn og behov.

### 2.3 Forekomst av demenssykdom i Norge

Forekomst av personer med demens ifølge Demensplan 2015: (Helsedirektoratet)

-65-69 år: 0,9%

-70-74 år: 2,1%

-75-79 år: 6,1%

-80-84 år: 17,6%

-85-89 år: 31,7%

-90 år +: 40,7%

Av sykehjemsbeboere har ca. 80% demenssykdom.

Når andelen eldre i befolkningen øker vil dette føre til vesentlig flere demenstilfeller i årene som kommer.

På landsbasis er omtrent 70 000 personer rammet av demens i dag, (Engedal og Haugen, 2009) og det forventes å stige til det dobbelte om 35 til 40 år.

Når man regner med syke og pårørende er ca. 250 000 personer berørt av sykdommen.

I dag befinner minst halvparten av personene med demens i eget hjem (om lag 35 000 personer) og de fleste vil være avhengig av tilrettelagte omsorgstjenester. I de fleste tilfeller er familien den viktigste medhjelper og bærer av omsorgsbyrden.

## 2.4 Forventa befolkningsvekst og forekomst av demenssykdom i Ørland kommune fra 2011-2040

|                | <b>2011</b> | <b>2015</b> | <b>2020</b> | <b>2025</b> | <b>2030</b> | <b>2035</b> | <b>2040</b> |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 65-69 år       | 3           | 3           | 3           | 3           | 4           | 4           | 4           |
| 70-74 år       | 4           | 5           | 5           | 5           | 7           | 8           | 9           |
| 75-79 år       | 11          | 12          | 14          | 15          | 15          | 20          | 21          |
| 80-84 år       | 20          | 21          | 26          | 32          | 33          | 34          | 47          |
| 85-89 år       | 24          | 25          | 26          | 32          | 41          | 43          | 45          |
| 90 år og eldre | 15          | 17          | 20          | 21          | 24          | 35          | 37          |
| <b>SUM</b>     | <b>76</b>   | <b>82</b>   | <b>94</b>   | <b>109</b>  | <b>123</b>  | <b>143</b>  | <b>163</b>  |

Kilde: Tabellene er hentet fra SSB-Statistikkbanken januar 2012 og bygger på middeltallene MMMM (middels vekst etc.) Forekomsttallene for demens baseres på Rotterdamstudien, Ott et al. 1995.

I følge Rambølls rapport (<http://orland.kommune.no/file.axd?file=20634>) over befolkningsutvikling for Ørland/Bjugn kommune fram til år 2030, kan vi forvente at

-Antall eldre mellom 67 og 79 vil øke med ca. 420.

-Antallet eldre (over 80 år) vil øke med over 300.

Tallene er på nåværende tidspunkt noe usikre, men bør likevel vies oppmerksomhet

### 3.0 Helse og omsorgstjenester i Demensomsorgen i Ørland kommune

Behovet for tjenester vil som oftest utvikle seg i takt med sykdomsutviklingen. I dette kapitlet vil vi beskrive de tjenestene som er vanlige å benytte seg av for personer med demens og deres pårørende gjennom sykdomsperioden.

#### **Søknader og vedtak.**

For å få en tjeneste fra kommunen må det søkes skriftlig. Søknadsskjema ligger på kommunens hjemmeside, og det er det samme skjemaet man bruker for alle tjenestene. Søknad om tjenester behandles av beslutningsteamet i Ørland kommune, og det fattes vedtak basert på vurdering av den enkeltes behov. Vedtaket vil inneholde opplysninger om hvilke tjenester som er innvilget. Det opplyses også om klageadgang, frist, og hvor klagen sendes. (Forvaltningsloven §2.) Pårørende kan søke om tjenester på vegne av den syke dersom vedkommende ikke har samtykkekompetanse. (Pasient og brukerrettighetsloven §3-1.)

#### **Matombringning.**

Kjøkkenet ved Ørland sykehjem bringer varm og kald mat 3-7 dager pr.uke. De som trenger hjelp av hjemmetjenesten til oppvarming av mat vil få vedtak på dette. Det vil da bli knyttet en egenandel til disse tjenestene.

#### **Frivilligsentraler.**

Frivilligsentraler er basert på frivillig arbeid og ubetalt innsats fra mennesker som har tid og lyst til å gi andre en håndsrekning. Dersom pårørende trenger avlastning for å komme ut, kan frivilligsentralen formidle kontakt med noen som kan komme hjem og være sammen med personen med demens. Det er ellers mulig å få hjelp til enkle praktiske oppgaver, eller delta på ulike arrangementer i regi av frivilligsentralen.

#### **Støttekontakt.**

Støttekontakt kan være nyttig tilbud for personer som er fysisk spreke og kan gi viktig avlastning for pårørende. En støttekontakt kan være turfølge, være med på besøk og aktiviteter. Det kan være en man kjenner og har tillit til som er personens støttekontakt. Støttekontakten lønnes av kommunen og det betales ikke egenandel for denne tjenesten. (Kommunens ansvar for å tilby støttekontakt er hjemlet i Helse og omsorgstjenesteloven §3-2.)

#### **Trygghetsalarm.**

Trygghetsalarm er et teknisk hjelpemiddel som gjør at man raskt kan settes i kontakt med



helsepersonell. Hjelpemiddelet er mest hensiktsmessig dersom personen har hatt den lenge før demenssykdommen har startet og husker bruken av den.

### **Omsorgslønn.**

Omsorgslønn fra kommunen kan benyttes når frivillig omsorgsyter, som oftest pårørende, har særlig tyngende omsorgsarbeid, og både den omsorgstrengende og kommunen vurderer denne omsorgen som nødvendig og som den beste løsningen. (Helse- og omsorgstjenesteloven §3-6.)

### **Brukerstyrt personlig assistent.**

BPA skal være en praktisk og personlig assistanse i dagliglivet, både hjemme og utenfor hjemmet. Målet er å hjelpe personen til å få et aktivt og mest mulig uavhengig liv.

Tjenestemottaker (alternativt pårørende) fungerer som arbeidsleder. Kommunen plikter å gi opplæring i rollen som arbeidsleder. BPA er en ordning som kommunene plikter å ha på linje med de andre lovregulerte tjenestene som man kan søke om å få. (Helse- og omsorgstjenesteloven 3-8.)

### **Individuell plan.**

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Ordningen skal sikre et best mulig tilbud og ansvarliggjøre de som skal gi tjenestene. Planen skal inneholde en oversikt over de tiltak og tjenester som personen trenger, f.eks hjemmesykepleie, støttekontakt, dagsenter og lege. Etter Helse- og omsorgstjenesteloven kap.7 er det kommunen som har ansvaret for å utarbeide Individuell plan, og herunder oppnevne koordinator.

### **Dagtilbud-/aktivitetstilbud**

Dagtilbud er ikke en lovpålagt tjeneste, men kommunen plikter å opprette faglig forsvarlig tilpassede tilbud. (Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 3.)

Tilbudet er først og fremst beregnet på personer som trenger tilsyn, behandling, aktivisering og sosialt fellesskap en eller flere dager i uken. Et dagtilbud må også søkes på, på lik linje med andre tjenester i kommunen. Regjeringen har sendt rundskriv til alle kommuner, hvor det understrekes kommunens plikt til å tilrettelegge for en aktiv og meningsfull tilværelse for mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv i fellesskap med andre. Et dagtilbud vil være en del av det (Rundskriv /I-5/2007-Aktiv omsorg.)

### **Hjemmehjelp.**

Hjemmehjelpens oppgave er å gjøre vanlig husarbeid som daglig rengjøring, matlaging,

innkjøp. Ofte samarbeider hjemmehjelp og hjemmesykepleie for å få til et godt hjelpetilbud. Det er knyttet en egenandel til disse tjenestene (Vederlagsforskriften.)

### **Hjemmesykepleie.**

Personer med mild grad av demens klarer seg som regel uten offentlig hjelp, særlig hvis de har familie og venner som stiller opp. De fleste med moderat grad av demens, særlig de som bor alene, er avhengig av hjemmesykepleie. Vanlige oppgaver for hjemmesykepleien er å gi hjelp til personlig hygiene, tilsyn eller tilrettelegging av mat og medisiner, veiledning av pasient og pårørende. Det er av stor betydning at hjelpebehovet beskrives så konkret som mulig når man søker hjelp. Hjemmesykepleie er en gratis tjeneste. (Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 3.)

### **Avlastnings-/korttidsopphold.**

Personer med demens som bor hjemme kan innvilges korttidopphold eller avlastningsopphold ved Ørland sykehjem.

Dersom hensikten med oppholdet er at pårørende skal få nødvendig avlastning, skal oppholdet være gratis. Kommunen plikter å tilby avlastningsopphold for personer og familier med særlig tyngende omsorgsansvar. Ved søknad om avlastningsopphold er nærmeste pårørende part i saken og kan fylle ut og underskrive søknaden. I søknaden må det informeres om pårørendes behov for avlastning. Oppholdet kan være rullerende f.eks 3 uker hjemme, 2 uker i insitusjon.

Hvis hensikten med oppholdet er at personen med demens skal få dekket sine behov for pleie og omsorg, en videre utredning eller kartlegging av vedkommendes behov, er det et korttidsopphold, som det må betales vederlag for.

### **Omsorgsboliger.**

Dette er tilrettelagte boliger. Ved behov for bistand kan man søke hjelp hos hjemmetjenesten. Omsorgsboliger er bygget slik at det skal være mulig å bo utenfor institusjon så lenge som mulig. Noen boliger kan være beregnet på personer med demens og vil være fast bemannet. Man må betale husleie for botilbud, men man kan søke bostøtte fra Husbanken.

### **Sykehjem.**

Plass i sykehjem blir aktuelt når personen trenger omsorg og tilsyn hele døgnet, når pårørende ikke makter omsorgen lenger eller han/hun er til fare for seg selv eller andre. Søknad om sykehjemsplass skrives ofte av pårørende, eller i samarbeid med hjemmetjenesten. Under et

korttidsopphold kan behovet for langtidsplass bli vurdert.

(Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie §4-9.)

## 4.0 BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning innebærer først og fremst at tjenesten benytter seg av brukerens erfaringer for å yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene, men også at brukeren får økt innflytelse. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren kan fratas, eller kan frasi seg sitt faglige ansvar. Tjenestekvaliteten skapes gjennom dialogen mellom bruker og tjenesteutøver ved at erfaringskunnskap balanserer opp for ekspertkunnskapen. I arbeidet med utforming av fremtidige helse og omsorgstjenester legger Helse- og omsorgsdepartementet stor vekt på dialog og informasjonsutveksling med brukerne av tjenesten.

I dette kapitlet viser vi et utdrag av hva noen brukere og ansatte i Ørland kommune vektlegger som viktig i det videre arbeidet i demensomsorgen. Brukererfaringer er innhentet ved hjelp av ide'dugnad og samtaler med enkeltpersoner eller i grupper. Vi intervjuet pårørende og helsepersonell med tanke på de tre hovedsatsingsområdene; Dagaktivitetstilbud, Tilrettelagt bolig og Økt kompetanse.

### 4.1 Dialog med pasient

I sykdommens tidlige fase kan hverdagen fortsatt fungere godt uten store hjelpebehov, vi ser likevel at det har betydning at Demensteamet kommer tidlig inn og gjør seg kjent med disse personene. Samtidig vil det gi trygghet for pasient og pårørende når de vet hvor de kan ta kontakt den dagen hjelpebehovet skulle komme;

*«En god dag for meg er å våkne opp om morgenen og føle at kroppen er frisk og rask. Jeg gleder meg til å gå tur, møte venner og drikke kaffe.»*

*«Jeg har ikke noe behov for hjelp fra demensteamet akkurat nå, men det gir meg stor trygghet å vite at det er noen der om behovet skulle komme.»*

*«Jeg setter pris på å få jevnlig oppfølging.»*

For at Demensteamet skal kunne ha oversikt over hvem som har en demenssykdom i kommunen og ha mulighet til å følge opp aktuelle pasienter vil vi være avhengig av god samhandling med spesialisthelsetjenesten, fastlegene og primærhelsetjenesten for øvrig. På samme måte vil det være viktig at informasjon om Demensteamet i Ørland kommune vil ligge

lett tilgjengelig for kommunens innbyggere, slik at det vil være enkelt å komme i kontakt med oss.

#### 4.2 Dialog med pårørende

En god kartlegging kan hjelpe oss å finne fram til et best mulig tilbud for den enkelte pasient. Samtaler om aktivitetstilbudet viste at det forelå ulike erfaringer;

##### **Aktivitetstilbud.**

*«Min far fikk dagtilbud 1 x per uke. Dette fungerte veldig dårlig. Tilbudet kom alt for seint da han allerede hadde isolert seg. Hadde tilbudet vært hver dag, kunne det kanskje fungert bedre.»*

*«Det er viktig å ha noe å fylle dagene med.»*

*«Min kone hadde dagtilbud, men vi opplevde at det var for lite bemanning, dessuten for liten kompetanse om demens.»*

*«Tante fikk tilbud om utvidet praktisk bistand, da hun ikke kunne nyttiggjøre seg det ordinære tilbudet i kommunen. Tilbudet besto av at en person kom på besøk hjemme hos henne. Slik fikk hun dekket sitt behov for sosial kontakt og aktivitet.»*

*«Det er ikke alltid det dyreste og flotteste tilbudet som betyr noe, ofte er det nok å møte noen andre og drikke en kopp kaffe.»*

*«Vi hadde støttekontakt noen timer i uken, og dette tilbudet fungerte så bra for oss at vi betalte ekstra utenom det kommunale tilbudet slik at vi fikk flere timer i uka.»*

*«Min kone var aktiv og god til beins og hadde stort utbytte av å være med på turer i skog og mark, eller bare kjøre bil og se på kjente steder, besøke venner m.m Da kunne jeg gjøre unna praktiske gjøremål mens hun var på tur.»*

*«Vi prøvde Inn på tunet, men min mann var for urolig, og det var for lite ressurser i forhold til dette.»*

*«Vi fikk beholde støttekontakten også etter at min kone fikk langtidsplass i institusjon.»*

*«Noen ganger opplevde vi at mannen min til tross for langtkommen demens hadde øyeblikk der han var seg selv, ved at han viste engasjement og ville hjelpe til da vi f.eks skulle skifte dekk på bilen.»*

Behovene for aktivitetstilbud vil variere fra bruker til bruker, og fra familie til familie. Tiltakene skal derfor så langt som mulig ta hensyn til dette.

## **Bolig**

Tema som mange pårørende er opptatt av i samtalene om bolig, er sikkerhet i heimen når beboer ikke lenger er i stand til å passe på dette selv. Videre er de opptatt av pårørendes behov for avlastning og muligheten for et godt tilrettelagt og ikke minst verdig botilbud, spesielt når pasienten med demens er ung;

*«Jeg har følt det vanskelig som pårørende å bli trodd og bli tatt på alvor da behovet for institusjonsplass meldte seg. Det oppsto et gap når hjemmesykepleien ikke strakk til, kontra det å ha en sykehjemsplass. Det var mye som skulle prøves ut i heimen først, men som likevel ikke fungerte.»*

*«Ja vi hadde både brannalarm og brannslukningsapparat, men mor viste jo ikke hvordan hun skulle bruke det.»*

*«Vi savnet noen som kunne gi oss råd og veiledning i forhold til sikkerhet i heimen og bruk av hjelpemidler, følte vi måtte komme på det selv. Jeg er glad for at det nå er kommet et tilbud til de som er begynnende demente.»*

*«Min mann var på avlastningsopphold på sykeheimen, han ble dessverre mer urolig og stresset av å endre miljø, og var mye mer urolig i tiden etter hjemkomst også.»*

*«Å få demensdiagnose før pensjonsalder, og bli plassert i institusjon sammen med pasienter over 80-90 år føltes uverdig» «Vi var svært fornøyd med at vi fikk tilrettelagt egen bolig for min mor, det føltes som et hjem.»*

*«Heldigvis er gamle anneksets (sykehjemmets skjerma avdeling) tid med låste dører forbi.»*

*«Jeg forstår pårørende og helsepersonell som er engstelige for at sine skal rote seg bort en kald vinternatt og ikke finne veien hjem igjen.»*

*«Jeg måtte knyte et tau fra min hånd og bort til mannen mins, slik kunne jeg våkne da han skulle på toalettet, eller hadde andre gjøremål på natt.»*

*«En gang opplevde jeg at hun var borte, det viste seg hun hadde forvillet seg inn til en nabo som vi ikke hadde noen kontakt med. Det skal ikke mere til enn at jeg går på toalettet, så kan hun være borte.»*

*«Det var jeg som måtte passe på sikkerheten i hjemmet, jeg måtte gjemme bilnøkler, lightere og ting hun kunne skade seg med.»*

*«Da sykdommen utviklet seg, var betjeningen enestående, de så behovene og var hele tiden i forkant så jeg slapp å bruke tid eller kjempe for å få mer hjelp».*

*«Vi fikk tilrettelagt hjelp etter vårt behov, vi fikk avlastning på natt altså overnatting i institusjon, for så å komme hjem på dagtid.»*

## **Kompetanse**

Pårørendeskole og samtalegrupper vil være en del av tiltakspakken som omhandler omsorg for pårørende. I samtaler om kompetanse fikk vi høre om pårørendes ulike behov og erfaringer angående dette;

*«Jeg fikk tilbud om pårørendeskole, men for meg kom tilbudet for seint i sykdomsforløpet, men hadde dette kommet tidligere hadde jeg nok hatt stor nytte av å høre om andres erfaringer eller deltatt i samtalegrupper.»*

*«Det hadde vært fint å møte andre pårørende i samme situasjon.»*

*«Tilbudet om pårørendeskole på Meråker, viste seg å være for pasienter med demens, men for oss var det størst behov for informasjon til de nærmeste.»*

*«Etter legetimen savnet vi at legen loset oss videre til ressurspersoner, vi hadde behov for noen å snakke med.»*

*«Jeg måtte bruke google for å finne betydningen av vanskelige faguttrykk i epikrisen, og for å få kunnskap om sykdommen.»*

*«Jeg har opplevd å bli stoppet på gata av fortvilte pårørende som nylig har kommet i samme situasjon som oss, og som sårt trenger informasjon og noen å prate med, mange sliter med en følelse av dårlig samvittighet, samtidig som de er svært slitne i en krevende omsorgssituasjon.»*

## 4.3 Dialog med ansatte

### Dagaktivitetstilbud

Dialog med ansatte viser at det er samsvar mellom pårørendes og helsepersonells oppfatning av dagaktivitetstilbudet for personer med demens og at det er behov for å videreutvikle tilbudet;

*«Man erfarer at det er mangel på egnet dagaktivitetstilbud til hjemmeboende pasienter med demens, pasientene føler seg for unge eller for friske for eldresenteret.»*

*«Noen har behov for å være sosiale, men ikke i store grupper.»*

*«Det er ønskelig å videreføre bruk av støttekontakt fra hjemmet til institusjon der det er behov for dette.»*

*«Vi ønsker å videreutvikle samarbeidet med barnehage, barneskole, ungdomsskolen og kulturskolen.»*

*«Økt tilbud i form av frivillige med dyr, musikk, dans, samtaler med minner fra gamledager.»*

### Bolig

Samtalene om bolig for pasienter med demens omhandler også her å finne en løsning som passer godt for den enkelte. Målet er at alle skal få muligheten til å bo hjemme i egen bolig så lenge som mulig. Deretter skal vi tilrettelegge med korttidsopphold/avlastningsopphold og fastplass i institusjon eller annen egnet bemannet bolig.

*«På korttidsavdelingen er det ulike erfaringer i forhold til pasienter med demens. Man opplever for dårlig kapasitet til å ta seg av utfordrende adferd, og vi har hatt behov for å finne andre løsninger i noen tilfeller.»*

*«På korttidsavdelingen kan vi være de første som oppdager kognitiv svikt, det vil da være viktig med god dialog med pårørende, fastlege og demensteam slik at brukerne får god oppfølging når de reiser hjem igjen.»*



*«Noen pasienter med demens kan ha behov for en tilvenning fra hjemmeboende til institusjon. Det kan foregå ved at pleiere drar på hjemmebesøk, kaffebesøk til pasient og motsatt, pasient kommer på besøk i institusjon.»*

*«I det nye sykehjemmet har vi muligheter for skjerming ved behov.»*

*«Avlastningsplass for pasienter med demens bør hvis mulig foregå på langtidsavdelingen, hvor det er bedre muligheter for å tilrettelegge.»*

## **Kompetanse**

Kunnskap om demens er en del av grunnutdannelsen til de ansatte og personalet er opptatt av å holde seg faglig oppdatert;

*«Det er viktig at det blir tilrettelagt for kompetanseheving blant personalet.»*

*«Mange har allerede tatt Demensomsorgens ABC, men det er ønskelig at flere har mulighet til å ta dette kurset.»*

*«Vi ønsker økt kompetanse i forhold til utfordrende adferd.»*

*«Videreføre bruk av turnuslege til internundervisning angående demens.»*

*«Ønsker kompetanse om spesielle tema; ernæring og demens, aktivitet og demens, hygiene og demens, delir, depresjon og demens. Somatikk og demens. Smertekartlegging og lindring. Mer kompetanse om velferdsteknologi.»*

*«Det er ønskelig med mer kompetanse angående psykisk utviklingshemming og demens og kunnskap om personer med minoritetsspråklig bakgrunn og demens.»*

## 5.0 UTFORDRINGER OG TILTAK

I kapittel 5 vil vi først presentere utfordringer vi står ovenfor i demensomsorgen, og en situasjonsbeskrivelse av disse utfordringene i vår kommune. Under hvert tema vil det komme en tiltakspakke.

### 5.1 Folkeopplysning

Demenssykdom angår hele samfunnet og er forbundet med uvitenhet og ulike forestillinger om skam og skyld. Dette kan føre til at symptomer holdes skjult og kan virke hemmende på deltakelse i sosiale aktiviteter. Økt kunnskap kan bidra til større åpenhet og mindre stigmatisering. Fokus på informasjon kan også stimulere og invitere frivillige aktører til samarbeid.

Personer som selv har demens og innbyggerne i kommunen trenger faktakunnskap om demenssykdommen, behandlingsmuligheter og informasjon om hvordan hverdagen kan tilrettelegges for et best mulig liv til tross for funksjonssvikt.

#### 5.1.1 Tiltak

- Opplysninger om tjenestetilbudet gjøres kjent ved å være oversiktlig og lett tilgjengelig slik at hjelp kan søkes på et tidlig tidspunkt.*
- Pasienter med demens trenger informasjon om sykdommen. Informasjon gitt på et tidlig tidspunkt gir bedre muligheter for pasienten til å medvirke i sitt eget behandlingsforløp.*
- Høsten 2014 ble det laget en brosjyre om Demensteamet for å gjøre tilbudet kjent for innbyggerne..*
- Demensteamet markerte Alzheimerdagen med stand på Libra kjøpesenter, delte ut informasjon om hva vi jobber med og informerte om sykdommen demens.*
- Demensteamet har fått egen mailadresse og telefonnummer.*
- Informasjon om demensteamet er lagt på infotavlen på venterommet ved Ørland legesenter og fastleger videreformidler aktuelle tilbud i regi av demensteam der det er behov for dette.*
- Informasjonsmateriale, kontaktinformasjon, relevante lenker legges ut på kommunens hjemmeside slik at det er lett for innbyggerne å henvende seg til kommunen om demens.*
- Tilbud om pårørendeskole annonseres på kommunens hjemmeside og andre egnede nettfora, i lokalavisa og på plakater.*

## 5.2 Demensutredning og samhandling

Norge har i motsetning til en rekke andre land, lagt ansvaret for utredning og diagnostikk av alle pasientgrupper, også gruppen med demens, til primærhelsetjenesten.

Kommunehelsetjenesteloven §1-3 nr 2: «Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver: Diagnostisering og behandling av sykdom, skade eller lyte»

Når personen er under 65 år, når utredningen blir for vanskelig, eller når kommunehelsetjenesten ikke har nødvendig kompetanse og ressurser, skal det henvises til spesialisthelsetjenesten. Det vil si geriatrik, nevrologisk eller alderspsykiatrisk poliklinikk eller avdeling.

Helsedirektoratet skriver i Demensplan 2015 at målet er at alle kommuner skal ha satt utredning av demens i system og det anbefales opprettelse av demensteam innen 2015.

### **Hvorfor er demensutredning viktig?**

Det er viktig for å utelukke andre sykdommer som har demenslignende symptomer. For eksempel kan en depresjon gi lignende symptomer som nedsatt konsentrasjon, problemer med hukommelse, liten evne til å være fleksibel og svekket evne til å ta initiativ.

I tilfeller hvor kognitiv svikt har andre årsaker enn begynnende demens, kan utredning avdekke bakenforliggende sykdom med mulighet for effektiv behandling. Eksempelvis kan hjernesvulst kunne utelukkes med MR/CT.

Tidlig og riktig diagnose gir oss muligheter til å legge til rette for hjemmesituasjonen for personer med demens og deres pårørende. Det gir mulighet for planlegging av tiltak til rett tid samt at den demente kan rekke å ta viktige beslutninger for sitt eget liv mens han fortsatt har samtykkekompetanse.

Fastlegene har hovedansvar for å sette diagnose. Det er derfor viktig med tett samarbeid og dialog mellom alle parter som jobber med utredningsarbeidet.

Samarbeid og god samhandling med kommunens beslutningsteam vil også være avgjørende for å sikre brukerne og pårørende den hjelpen de trenger.

Samhandling med vernepleier, ergo- og fysioterapeut må foregå slik at det sikrer pasienten en tverrfaglig tilnærming.

### 5.2.1 Tiltak

*Det er opprettet et demensteam som består av sykepleiere med videreutdanning i aldring og eldreomsorg og med erfaring fra demensomsorgen.*

*Demensteamet har deltatt på kurs angående oppstart av demensteam og kurs i utredning av demens høsten 2014.*

*Demensteamet kan tilby hjemmebesøk med kartlegging og utredning i samtale med pasient og pårørende.*

*Demensteamet sikrer komparentinformasjon ved at en sykepleier foretar observasjon og intervju av pasient, mens den andre samtaler med pårørende.*

*Kartleggingsverktøyet er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og omfatter;*

*Kognitiv testing av bruker med MMS-nr 2 og Klokketest.*

*Vurdering av sikkerhet i brukers bolig.*

*Kartlegging av ADL-funksjon (Dagliglivets gjøremål.)*

*Cornells test for depresjon.*

*Belastningsskala for pårørende.*

*Demensteamet har utarbeidet prosedyrer på hvordan samhandling med fastlegene skal foregå og denne er godkjent av avdelingsledere ved sykehjem/hjemmesykepleie/legekontor.*

*Prosedyren skal evalueres en gang pr år og oppdateres ved behov.*

*Tilbakemelding/rapport til fastleger og beslutningsteam vil foregå elektronisk.*

*Kartlegging, rapportskrivning og dokumentasjon vil kreve ett dagsverk per pasient.*

*Fastlegene samarbeider med spesialister ved Geriatrisk avdeling, St. Olavs Hospital bl.a gjennom videokonferanse. Demensteamet kan delta på disse konsultasjonene i forbindelse med utredning.*

*I forlengelsen av utredning og diagnostisering vil demensteamet foreta en kartlegging av pasientens og pårørendes behov for videre oppfølging, inkludert behovet for informasjon om demens, aktuelle hjelpetiltak, behovet for sosial kontakt og dagaktivitetstilbud.*

*Hjemmeboende personer med demens og deres pårørende vil få tilbud om oppfølgingsbesøk hver 6 måned og gies mulighet for rekontakt tidligere dersom det skulle være behov for dette.*

### 5.3 Dagaktivitetstilbud

På landsbasis er dagtilbud omtalt som det manglende leddet i omsorgskjeden.

Tall fra 2010 viste at bare 9,3 % av hjemmeboende med demens hadde et tilbud å gå til på dagtid. I 2014 var det om lag 17% som hadde et dagaktivitetstilbud. Det er imidlertid fortsatt mange som mangler et tilbud. Samtidig er tilbudene gjerne lite fleksible og i varierende grad tilpasset og tilrettelagt for personer med demens.

Demenssykes hverdag er ofte preget av mangel på sosial og sansemessig stimulans, dette kan føre til isolasjon, angst og depresjon. Sykdommen fører til økende hjelpeløshet, avhengighet av andre og gir også en stor belastning for pårørende.

Et godt tilpasset dagtilbudet vil aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser, og meningsfulle hverdager. Man styrker og bevarer brukerens ressurser.

Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon.

Et dagtilbud kan dermed forebygge og utsette flytting til institusjon med heldøgns omsorg før det er ønskelig.

Et dagtilbud vil gi en arena for frivillighet og samarbeid med pårørende.

Erfaring viser at effekten er størst når dagaktivitetstilbud gis tre dager eller mer per uke. Det er viktig at dagaktivitetstilbudet introduseres tidlig i sykdomsutviklingen, og for at det skal ha en avlastende effekt for pårørende, bør tilbudet ha tilstrekkelig intensitet.

#### **Aktivitetstilbud i Ørland kommune:**

Aktivitørtjenesten er de siste åra blitt redusert pga nedskjæringer og tilpasning til kommunens økonomi. Aktivitør Ligaya Bugten er ansatt i 55% stilling i Ørland kommune. Eldresenteret er åpent 4 og 3 dager i uken, annenhver uke. I tillegg jobber hun en dag pr uke med aktivitetstilbud i avdelingen på sykeheimen.

På grunn av begrensede ressurser er tilbudene på eldresenteret generelt utformet og gir liten mulighet til å tilpasse det til den enkelte bruker.

Ligaya Bugten ble ferdig med sin videreutdanning «aktiv omsorg» desember 2014.

Hjelpepleier Arnbjörg O. Hyllmark har også tatt denne videreutdanningen. Sammen har de opprettet «Velværestua» hvor pasienter kan få tilbud om hånd, fotmassasje, manikyr, pedikyr etc.

Fjæraveien aktivitetssenter er et kommunalt tiltak som tilbyr et møtested for voksne personer som er tjenestemottakere av psykisk helsearbeid i Ørland kommune. Det er muligheter for å søke om aktivitetstilbud gjennom fjæraveien arena for både hjemmeboende og beboere i institusjon. Gjennom et samarbeid med Fjæraveien har vi fått et sosialt tilbud med baking, matlaging på avdeling Indigo. Fjæraveien /frivillighetssentralen kommer en gang hver 14 dag og bidrar med samtaler, sang og kaffe på trygdepensjonatet.

Det er etablert samarbeid med ungdomsskolen hvor niende trinn er på Indigo og aktivitetssenteret hver torsdag og hjelper til med aktiviteter. Samarbeid med Futura barnehage er også etablert.

Andre tilbud til eldre i kommunen er organisert av frivillige, for eksempel seniordans hver onsdag kl 17 ved eldresenteret.

I tillegg samarbeides det med ulike lag og organisasjoner.

Oddbjørn Ingebrigtsen har «fortellergrupper» med ulike tema som gir mental aktivitet på sykeheimen en gang per måned.

Det er jevnlig konserter ved sykeheimen fra både kulturskole og ulike kor i kommunen. Det har blitt arrangert bluesfestival hver høst i Ørland, og da har noen av artistene hatt konserter for de eldre ved sykeheimen også.

Pasientene får tilbud om å være med på andakt ved sykeheimen når dette arrangeres.

Geir Yngve Hovde m.fl bidrar med sang og underholdning ved sykehjemmet på frivillig basis.

Erfaringer fra demensomsorgen har vist at det er ulike behov blant pasientene. Noen personer kan føle nederlag når de er sammen med mentalt friske pasienter, andre har godt utbytte av dette. Noen er i stand til å delta på aktiviteter, mens andre behersker ikke dette like godt og har mer glede av å se på, eller bare være sammen med noen. Noen blir urolige og utrygge når de blir tatt ut av sitt vante miljø, mens andre reagerer ikke på dette. Dette i tillegg til andre faktorer gjør at det blir viktig å tilpasse dagtilbudet til den enkelte bruker.

### **5.3.1 Tiltak**

#### ***Det kommunale aktivitetstilbudet.***

*Ørland kommune har dagtilbud for hjemmeboende demente. Dette kan ytes både som avlastning for pårørende, og som et aktivitetstilbud for brukerne. Det søkes om tjenesten på vanlig vis og kartlegging av behov for dagaktivitetstilbud og avlastning foretas av demensteamet. Tjenesten kan gis både i hjemmet og på andre arena etter behov.*

-Alle hjemmeboende personer med demens skal få et fleksibelt tilbud om tilpasset dagaktivisering. Her inngår også pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg det ordinære tilbudet i kommunen.

-Tilbud om praktisk bistand kan utvides ved behov, slik at behov for sosial kontakt og aktivitet kan foregå i heimen til den enkelte bruker. Hvis formålet med dagaktivisering er hjelp til egenomsorg, sosial støtte og aktivisering vil tjenesten normalt gis etter helse og omsorgstjenesteloven.

-Der hele eller deler av formålet er å gi nødvendig helsehjelp, for eksempel sårstell eller medisiner, kan dagaktivitetstilbud blant annet gis som dagopphold i en kommunal institusjon eller i brukers eget hjem som helsetjenester i hjemmet.

-Støttekontakt.

-Fortsette drift av aktivitetsstua og velværerommet, både for pasienter i institusjon og hjemmeboende.

-Fortsette samarbeidet med Fjæraveien arena.

### **Tilbud tilpasses pasientens individuelle behov.**

-Tilbudet må tilpasses og organiseres etter kunnskap om den enkelte pasients behov for aktivitet på bakgrunn av pasientens funksjonsnivå, historie, interesser, gjenkjenning, identitet, reisevei, fysiske, kulturelle forhold, vaner. Eksempel på godt samtaleverktøy; «Livsarket mitt» ([ergoterapeuten.org](http://ergoterapeuten.org)).

-Øyeblikkets gleder må vurderes høyt.

-Tilbudet skal være fleksibelt og ta hensyn til brukers mestring, dagsform og ønsker.

### **Informasjon.**

-Informasjon om hvilke aktivitetstilbud som eksisterer i kommunen må gjøres kjent for befolkningen.

-Tilbudet formidles til og gjennom informasjon på kommunens hjemmeside, fastleger, demensteam, hjemmetjenesten, institusjonstjenesten, spesialisthelsetjenesten, pårørendeskoler, demensforeninger, beslutningsteam, apotek, bibliotek, eldreråd, eldresenter, politikere og media.

-Kartlegge muligheten for et bedre interkommunalt samarbeid for å kunne tilby et mer differensiert og godt tilbud.

### **Samarbeid med frivillige.**

- Samarbeide med Nasjonalforeningen om aktivitetsvennordningen. Fram til 2018 er Aktivitetsvennordningen organisert som et prosjekt med mål om å bli et bærekraftig og permanent tilbud.
- Kommunen vil opprette kontakt med frivillige organisasjoner og «aktivitetsvenner» for å kartlegge mulige samarbeidspartnere, for eksempel;
  - Frivillige organisasjoner med god kulturkompetanse.
  - Lokale hagelag.
  - Idrettslag.
  - Bondelag, historielag og kystlag.
  - Sanitetsforeninger.
- Vi vil invitere oss inn til ulike organisasjonsmøter og informere om hvorfor vi trenger et samarbeid med frivillige, om hvordan vi arbeider og sørge for dialog om hvordan dette samarbeidet kan foregå.
- Opprette arbeidsgrupper, samt skrive samarbeidsavtaler.
- Suksesskriterier for å engasjere frivillige er å legge forholdene til rette, vurdere personlig egnethet og gi tilstrekkelig veiledning og opplæring. Frivillige må få grunnleggende kunnskap om demens og kommunikasjon med personer med demens.
- Demensteamet vil organisere felles informasjonsmøter 1-2 ganger per år.

### **Samarbeid med andre sektorer i kommunen.**

- Helse og omsorg skal fortsette samarbeidet med barnehage, barneskole, ungdomsskolen og kulturskolen og andre kulturelle lag.

### **Livsgledesykehjem og livsglede for hjemmeboende.**

- Ørland kommune har søkt om sertifisering for «Livsgledesykehjem» og «Livsglede for hjemmeboende» Målet er å bli sertifisert i løpet av 2016 med egen koordinator for hjemmeboende og beboere i institusjon.

### **De ni livsgledekriteriene, utformet av Helsedirektoratet:**

- Alle ansatte på sykehjemmet skal vite om hva sertifiseringsordningen er, og hva de innebærer.
- Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner.
- Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får komme ut i frisk luft en gang per uke.



- Virksomheten skal legge til rette for kontakt med dyr.
- Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får mulighet til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
- Virksomheten skal legge til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen.
- Virksomheten skal legge til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet.
- Virksomheten skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende.
- Virksomheten skal legge til rette for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag.

### **Innhold i dagaktivitetstilbudet kan være:**

#### **-Fysiske aktiviteter**

Gå turer i nærmiljøet, Austråttlunden, Bruholmen, Besøke bondegårder m.m, Bevege seg til musikk, gå i trapper, boccia, svømming, styrketrening, hagestell, innhøsting, plukke bær, Ulike spill, bingo, ludo, spørsmål og svar, enkelt håndarbeid, snekkerarbeid, arbeide med ved, hverdagsaktiviteter som personlig hygiene, stell av hår og klær.

-Bruk av måltider til mestring, sansestimuli, sosial stimulering, relasjonsbygging, trivsel og trygghet. Personalet planlegger aktiviteten slik at brukerne føler seg til nytte, slik at bruker får hjelpe til med tilbereding av mat, skrelle poteter, steke vafler, bearbeide frukt og grønt fra egen hage, dekke bord, rydde og vaske opp i fellesskap med personalet hvor personalet fordeler oppgaver etter hva bruker mestrer.

#### **-Minnearbeid (reminisens) som psykososialt tiltak i miljøbehandling.**

Eksempler på tema i minnearbeid:

Brukeres hjemsted, arbeidserfaring, ferie/reiser, kongelig familie, rasjonering under krigen, kaffe og kaffedriking, matlaging, bærplukking, blomster, musikk, årstidene, fiske/friluftsliv, dyr/hushold, biler, foreldre/søsken, ungdomstid, skikk og bruk, baking, helse, bøker og aviser, ski og skøyter, kirke/religiøse interesser/høytider, film, bilder, gjenstander, sang, hår/skjegg/mote, håndarbeid, mattradisjon, konfirmasjon, bryllup, dåp.

## 5.4 Omsorg for pårørende

Å være familieomsorgsgiver for en person med demens kan være svært krevende, det kan øke risikoen for helseskader og gi forringet livsutfoldelse. Den tid pårørende tar vare på sine syke i hjemmet vil de være en betydelig samfunnsressurs.

Pårørende kan trenge hjelp til å ta vare på sine egne ressurser, og egen livskvalitet. De kan trenge støtte i den krevende situasjonen de står i.

Erfaring viser at pårørende og familien til personer med demens opplever høyere livskvalitet når de får kunnskap om og veiledning i å håndtere demenssykdommen, aktuell behandling og støttetiltak.

Pårørende er en viktig ressurs for pasienten og bør trekkes med i utredningen. De kan bidra til viktige opplysninger om blant annet hvordan personen fungerte før sykdomsdebut. De er viktige støttespillere i utforming, gjennomføring og evaluering av tiltak som settes i verk.

### 5.4.1 Tiltak

#### **Avlastningsordninger.**

*-Kommunen må sørge for tilstrekkelig avlastningstilbud, slik at pårørende kan få et pusterom fra tyngende omsorgsoppgaver. Avlastning kan gi pårørende fri til å ivareta personlige behov, sosiale aktiviteter, hente seg inn eller delta i arbeidsliv og samfunnsliv.*

*-Avlastningsordningen skal være fleksibel, differensiert og forutsigbar. For eksempel kan avlastningen foregå i heimen eller i institusjon. Mange pårørende har behov for avlastning på kveld og nattestid bl.a for å sikre tilstrekkelig søvn og hvile.*

*-Det bør legges til rette for at personer som bidrar til avlastning får god oppfølging og faglig veiledning.*

*-Dagaktivitetstilbud til personer med demens, kan fungere som avlastning for pårørende.*

#### **Pårørendeskole.**

*Demensteam og evt. helsepersonell i kommunen med kompetanse på demens kan stå som ansvarlige for å organisere pårørendeskoler.*

*Det følges en modell for organisering og drift av pårørendeskole utarbeidet av kompetansesenteret Aldring og Helse.*

*Demensteam bør samarbeide med viktige støttespillere i dette arbeidet.*

*Pårørendeskolen kan drives som samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner, og demensteamet kan undersøke mulighetene for dette.*

*Målgruppen er familie og eller nære venner til personer med demens.*

Over flere kurskvelder får deltagerne undervisning i relevante tema, for så å delta i gruppesamtaler. Pårørende får muligheter til å møte andre i samme situasjon og fagpersoner med kompetanse på området.

Tilbud om pårørendeskole kommer hvert andre år.

### **Målsetting for pårørendeskole:**

- å gi pårørende til personer med demens økt kunnskap om sykdommen demens
- å gi grunnlag for at pårørende bedre kan takle sin situasjon i forhold til nær familie og venner
- å bedre kvaliteten på samværet med personen med demens både i hjemmesituasjonen og på institusjon
- at pårørende får et bedre utgangspunkt for å stille krav om tjenester.

### **Samtalegrupper**

-Samtalegrupper arrangeres sammen med pårørendeskolen, eller man kan opprette egne samtalegrupper.

-Bruk av likepersoner i samtalegrupper vil være en nyttig ressurs og støttespillere for pårørende.

### **Demensteamet skal videreformidle andre tilbud opprettet av Nasjonalforeningen og Nasjonalt kompetansesenter:**

#### **-Møteplass for mestring**

Tilbud til yngre personer med demens sammen med partner. Kurset foregår over 3-4 dager. Gjennom forelesninger om demens, samtaler i mindre grupper, aktiviteter og sosialt samvær får deltakerne støtte til å håndtere en ny livssituasjon. Parene betaler en egenandel på 1000kr.

#### **-Tid til å være ung**

Dette er et helgekurs for ungdom fra hele landet som har en forelder med demens.

Tilbudet dekkes av midler fra pårørendesatsingen i Demensplan 2015.

Målsettingen med kursene er å gi informasjon og støtte. Ungdommen får møte andre ungdommer som forstår, og får informasjon om sykdommen, råd og støtte til å mestre følelser, sorg og praktiske omsorgsoppgaver.

## 5.5 Boformer

Demografiske utfordringer i framtida vil kreve planlegging av ulike boformer tilpasset pasienter med demens.

Det anbefales i Demensplan 2015 at *«boliger til demente pasienter skal være universelt utformet og spesielt tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt.»*

Ved utforming av boliger til demente pasienter må man ta hensyn til de konsekvensene sykdommen har for atferden. Demenssykdom medfører svikt i hukommelse, oppmerksomhet, steds- og tidsorienteringsevne og forståelse av rom og retning. Det fysiske miljøet må tilrettelegges med tanke på best mulig mestring til tross for nedsatt kognitiv fungering. Uro kan også være en del av sykdomsbildet, og utformingen bør ta hensyn til personens behov for å kunne bevege seg mest mulig fritt, både inne og ute. Boenheter for personer med demens bør primært ligge på bakkeplan og ha direkte tilgang til sansehage eller annet tilrettelagt uteareal som gir mulighet for aktivitet.

Optimale rammebetingelser for personer med demens er en liten bogruppe i et oversiktlig fysisk miljø med tilrettelagt fellesareal inne og ute, relativt få medbeboere (seks til åtte personer), og et stabilt personale med nødvendig kompetanse.

### 5.5.1 Erfaringer fra Ørland kommunes nye sykehjemsavdeling Indigo og samarbeid med oppfølgingstjenesten.

#### **Sykehjemmet.**

*«Ørland sykehjem hadde tidligere en skjermet avdeling med 8 pasienter. Etter at vi fikk bygd et nytt sykehjem, Indigo, ble den tidligere skjerma enheten ombygd og tatt i bruk igjen, (høsten-14). Den er nå en skjermet del av Indigo og heter gruppe C. Her kan pasienter med demens og de som har behov for skjerming og et mindre miljø bo og oppholde seg. Indigo som består av gruppe A,B og C har til sammen 20 pasienter, hvorav de fleste har en demensdiagnose. (I skrivende stund 17 av 20). Nybygget gir flere muligheter til å trekke seg tilbake til små sittegrupper. Det er også en forsterket del der vi kan skjerme spesielt utagerende pasienter.*

*Da den tidligere skjerma enheten skulle renoveres måtte alle pasienter flyttes til Indigo. Mange av personalet var skeptiske fordi de mente en flytting ville skape usikkerhet og uro hos pasientene. I en overgangsfase måtte også enkelte dele rom.*

*Vi så at noen pasienter ble mer urolige en periode under og etter flyttingen, men de vi fryktet skulle tåle flyttingen dårligst viste seg å score positivt på det å være i et mere åpent miljø. Her kunne de gå å styre med sitt uten å bli forstyrret eller å forstyrre medpasienter som tilfellet ofte var på skjermet del. Før kunne en urolig pasient på skjermet enhet skape uro, sinne og engstelse hos de andre fordi avdelingen var så liten og alt som foregikk i fellesarealet ble sett. Etter flyttingen så vi at disse pasientene ble blidere og viste mindre tegn til frustrasjon og sinne enn før. Ut fra denne erfaringen ser vi at noen demente pasienter kan ha det bedre i et større miljø, særlig urolige/vandrende pasienter.*

*Pasientene har mulighet til selv å velge hvor de vil oppholde seg. Det er ingen låste dører mellom gruppene og ytterdør er kun stengt på natt. Ved behov er det mulighet til å låse den forsterkede delen, men så langt er det ikke vært behov for dette.*

*3-4 av pasientene på gruppe A og B trekker ofte inn til gruppe C. Vi tror det er fordi det er mindre folk og roligere der. De spiser ofte måltidene sine på C, selv om det ikke er der de bor. Det samme hvis en pasient fra C sitter på A og B sin stue så får han tilbud om å spise der han vil. På denne måten ser man klart hvem som har mest behov for skjerming».*

*Åse Andersen, Gruppeleder. Ørland sykehjem, avd. Indigo.*

*Sykehjemsavdelingen Indigo er tilrettelagt slik at pasientene har direkte utgang til sansehage.*

### **Oppfølgingstjenesten.**

*Ørland sykehjem har gjennom samarbeid med oppfølgingstjenesten opparbeidet seg god erfaring med å tilrettelegge bolig og med vedtak om enetiltak spesielt for pasienter med demens med utagerende adferd. Ved å gi et slikt tilbud ivaretas verdigheten både for pasienten med demens, deres pårørende og samtidig beskyttes medpasienter for utagerende adferd.*

*Karen Rasch Aune, Avdelingsleder. Ørland sykehjem.*

### 5.5.2 Tiltak

*-Vi skal ha muligheter for tilpasning av boform etter behov, og til enhver tid evaluere behov for institusjonsplasser.*

*-Sykehjemmet har mulighet for skjerming av pasienter der det er behov for dette og evt. organisere mindre pasientgrupper.*

*-Når kriteriene er tilstede har kommunen mulighet for å gi personer med demens egen bolig og evt. med en til en- vedtak.*

*- Videreføre samarbeidet med oppfølgingstjenesten.*

*-Sansehage.*

## 5.6 Kompetanse

Brukere med demenssykdom utgjør en stor andel av kommunens tjenestemottakere og mange yrkesgrupper befatter seg daglig med utfordringer knyttet til demens. Å sikre framtidens demensomsorg tilgang på tilstrekkelig kompetent og kvalifisert personell er en stor utfordring.

-Alle ansatte ved sykehjemmet har fått opplæring i Pasient og brukerrettighetsloven, herav §4A, dette er svært betydningsfullt for å sikre rettsvernet til den enkelte pasient, herunder bruk av tvang til pasienter uten samtykkekompetanse.

-Flere ansatte, både sykepleiere og helsefagarbeidere har tatt fagskolen «Demensomsorgens ABC» som er utviklet av Nasjonalt kompetansetjeneste. ABC-modellen når imidlertid ikke ut til vikarer og deltidsansatte over kortere tid.

-Kompetanse om velferdsteknologi:

*«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.» (NOU 2011:11 «innovasjon i omsorg»)*

### 5.6.1 Tiltak

-Kartlegge behov for økt kompetanse blant ansatte som jobber med pasienter med demens og legge til rette for kompetanseheving der det er nødvendig.

-Vurdere å ta i bruk opplæringsverktøyet «Dette må jeg kunne» som er utviklet for å nå nyansatte vikarer og deltidsansatte uten helsefaglig utdanning.

-Ved opprettelse av nye stillinger bør det prioriteres økt vekt på tverrfaglighet og bredere repertoar av kompetanse i arbeidet med demens.

-Demensteam skal holde seg faglig oppdatert på ny kunnskap, samt ta nødvendig kurs i forhold til sine arbeidsoppgaver.

-Demensteam skal organisere internundervisning om demens til ansatte, pårørende, frivillige.

-Demensteam skal fortsette sin deltagelse i aktuelle fagnettverk.

-Kartlegge behov for og muligheten for hospitering.

-Ta i bruk velferdsteknologi og øke kompetansen om velferdsteknologiens muligheter. Helse

*og velferd har som mål å ha to GPS i gang i løpet av 2015-2016.*

*-Ta i bruk opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens når dette foreligger.*

*-Delta på videokonferanser med spesialisthelsetjenesten og fagnettverk.*

*-Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten.*



## 6.0 Oppsummering

Vårt formål med demensplanen er å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. I tråd med Ørland kommunes målsetting har vi i Demensteamet satt opp en demensplan som skal gi gode og framtidsrettede helse og velferdstjenester til pasienter med demens og deres pårørende. Vi har forholdt oss til sentrale føringer og anbefalinger fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

I kommuneplanens samfunnsdel 2013-2026 står følgende;

*«Kommunen skal gi tjenester som gjør den enkelte innbygger i stand til å oppleve mestring gjennom å klare seg selv på en god måte i hverdagen, til tross for sykdom, problemer eller funksjonsnedsettelse. Samtidig skal vi videreutvikle det faglige arbeidet for de som har størst behov for lindring og pleie, og til de som har behov for daglig bistand hele livet.*

*Helse- og velferdstjenestene skal dekke innbyggernes nødvendige behov. Kommunen skal legge strategier for økt bruk av velferdsteknologi og nye arbeidsmetoder. Dette inkluderer ny faglig kunnskap og viten om framtidige brukergrupper og tjenestebehov. Det framtidige helse- og velferdstilbudet skal gi trygge og forutsigbare pasientforløp med brukarmedvirkning. I et fremtidsperspektiv med befolkningsvekst, stram kommuneøkonomi, og knapphet på arbeidskraft, blir kommunens utfordring å prioritere tiltak og tjenester som skal redusere og forebygge kostnadskrevende tjenester. Frivillig innsats vil være viktig for å motvirke ensomhet og sosial isolasjon. Vi vil utvikle potensialet og styrke samarbeidet med frivillig sektor og brukerorganisasjoner».*

18 juni 2015 ble utkast til demensplan 2020 lagt ut på høring fra Helse og Omsorgsdepartementet. Det går fram av dokumentet at mye av det gode arbeidet som ble satt i gang med Demensplan 2015 vil bli videreført og i tillegg vil det bli fokusert på nye og viktige områder for å sikre best mulig tjenester til personer med demens.

De nye tiltakene er først og fremst et resultat av dialogmøter med pasienter med demens og deres pårørende. Mange snakket om tiden etter at de hadde fått demensdiagnosen som et «sort hull» Behovet for diagnostisering til rett tid og behov for tett oppfølging etter diagnose er derfor en av hovedsakene i denne demensplanen.

Demensteamet vil fortløpende jobbe med implementering når det skal utvikles nasjonale

retningslinjer om demens og modeller for systematisk oppfølging etter diagnose. Videre vil det komme modeller for hjemmetjenester med demens. Aktivitetstilbudet for hjemmeboende med demens har som mål å bli lovfestet i 2020, så dette vil vi jobbe mye med før den tid. Det er foreslått å utvikle en opplæringspakke om demens for ulike samfunnssektorer og brukerskoler for pasienter med demens. Utvikling av opplæringstiltak for lindrende behandling til personer med demens er videre et av tiltakene.

Demensplan 2020 skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunens ordinære planarbeid. Målet er å sikre langsiktig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser, samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til personer med demens og deres pårørende. Med Demensplan for Ørland kommune er vi kommet godt i gang med dette.

## Referanser.

Aune, Karen L. R. (2014) Masteroppgave. «Perspektiver på kliniske hjelperelasjoner. Opplevelser av smertebehandling hos eldre pasienter som er operert for lårhalsbrudd.»

Bakke, Toril (2009) «Lovverk når det gjelder innsamling og bruk av erfaringsmateriale fra pasienter og pårørende i forbedringsarbeid.» Helsebiblioteket.no

Gausdal, M og GjØra, L (2011) ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, i samarbeid med Helsedirektoratet. «Etablering og drift av demensteam»  
<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=3241>

Helse og omsorgsdepartementet (2009) Brukermedvirkning.  
<http://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>

Helse og omsorgsdepartementet (2012) «Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester». <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349>

Helse og omsorgsdepartementet (2006)  
St.meld.nr 25 (2005-2006) «Mestring, mulighet og mening». Framtidas omsorgsutfordringer.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/16e39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (2007)  
Demensplan 2015 "Den gode dagen" Delplan til Omsorgsplan 2015. Helse og omsorgsdepartementet  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/demensplan2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf)

Helse og omsorgsdepartementet (2011)  
Demensplan 2015 «Den gode dagen», Delplan til Omsorgsplan 2015. Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Helse og omsorgsdepartementet.  
[http://www.aldringoghelse.no/file/offentlige-publikasjoner/revidert-demensplan\\_2015.pdf](http://www.aldringoghelse.no/file/offentlige-publikasjoner/revidert-demensplan_2015.pdf)

Helse og omsorgsdepartementet (2013)  
Meld.St.29 (2012-2013) Melding til Stortinget. «Morgendagens omsorg».

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet (2015)

«Høring på utkast til Demensplan 2020» (18.06.2015)

[https://www.regjeringen.no/contentassets/620a5b08e6094254b2f4263239b6b80d/horingsutkast\\_demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/620a5b08e6094254b2f4263239b6b80d/horingsutkast_demensplan_2020.pdf)

Helse og omsorgsdepartementet (2007) Aktiv omsorg, Rundskriv 1-5.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/rundskriv\\_i\\_5\\_2007.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/rundskriv_i_5_2007.pdf)

Hotvedt, Kirsti.(2010)Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

«Etablering og drift av pårørendeskole»

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=2708>

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (1967)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=Forvaltningsloven>

Lov om helsepersonell (1999) [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonell)

[64?q=Helsepersonell](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=Helsepersonell)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011)

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse og omsorgstjeneste loven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse%20og%20omsorgstjeneste%20loven)

Lov om pasient og brukerrettigheter (1999) [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker)

[63?q=pasient og bruker](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker)

Malt EA, Dahl RC m.fl (2013) Helse og sykdom hos voksne med Downs syndrom. Tidsskrift for Den norske legeforening.

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2014). «Håndbok for pårørende til personer med demens»

Taranrød, L.B og Strandli, E. H. A. (2012) i Nasjonalt kompetansesenter for aldring helse i samarbeid med Helsedirektoratet. «Etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens». (. <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=3264>

## SAKSFRAMLEGG

| Saksnr | Utvalg                         | Møtedato   |
|--------|--------------------------------|------------|
| 16/3   | Komite for helse og velferd    | 04.03.2016 |
|        | Kommunestyret - Ørland kommune |            |

### KOMMUNEDELPLAN FOR HELSE OG VELFERD 2017-2020 HØRINGSFORSLAG TIL PLANPROGRAM

#### Rådmannens innstilling

Rådmannen vil på bakgrunn av vedlagte høringsforslag til planprogram foreslå at komite for helse og velferd fremmer saken for kommunestyret med følgende innstilling:

1. Kommunestyret godkjenner høringsforslag til planprogram for utarbeidelse av kommunedelplan for helse og velferd for perioden 2017-2020, datert 18.02.16.
2. Forslag til planprogram sendes på høring og legges ut til offentlig ettersyn jfr plan- og bygningslovens §11-13.

#### Sakens bakgrunn og innhold

I kommuneplanens samfunnsdel 2013-2026, vedtatt av kommunestyret 13.11.2014, står det at det skal utarbeides en strategisk plan for helse og velferd. Kommuneplanens samfunnsdel legger føringer for kommunedelplan for helse og velferd. Det er behov for en overordnet og helhetlig plan, der prioriteringene blir gjort samlet for tjenesteområde og hvor tjenester til barn, ungdom, voksne og eldre inngår i planen.

#### Folkehelsevurdering

I kommunens vedtatte planstrategi og planprogram 01.11.13, ble folkehelse løftet fram som en grunnleggende verdi. En god folkehelse og livskvalitet for Ørlands innbyggere skal være et gjennomgående tema i kommunens planlegging.

#### Administrasjonens vurdering

En god planprosess som møter utfordringene og legger til rette for mulighetene er viktig. Rådmannen vil legge opp til medvirkning gjennom temamøter, dialogkafe og offentlige høringer. Det vil kontinuerlig informeres om prosessen gjennom kommunens hjemmeside og kommunens facebookside.

Planprogrammet beskriver hvordan man ønsker å gjennomføre kommunedelplanarbeidet. Det skal gjøre rede for formål med planarbeidet, planprosessen, og opplegg for medvirkning. Planprogrammet har som hensikt å klargjøre og informere bredt om selve planprosessen, slik at alle som måtte ha interesse i planarbeidet og følgene av dette, får

mulighetene til å delta i prosessen på en åpen og demokratisk måte.

Vedlegg:

- 1 Kommunedelplan for helse og velferd 2017-2020. Planprogram - høringsforslag.

# Kommunedelplan helse og velferd 2017-2020

Planprogram  
Høringsforslag

18.02.2016



# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn og forankring

I kommuneplanens samfunnsdel 2013-2026, vedtatt av kommunestyret 13.11.2014, står det at det skal utarbeides en strategisk plan for helse og velferd. Det er kommuneplanens samfunnsdel som legger føringer for kommunedelplan for tjenesteområde helse og velferd i Ørland kommune. Det er behov for en overordnet og helhetlig plan, der prioriteringene blir gjort samlet for tjenesteområde og hvor tjenester til barn, ungdom, voksne og eldre inngår i planen.

## 1.2 Formål med planarbeidet

Formål:

Ørland kommune skal gi nødvendige og kvalitative helse- og velferdstjenester.

Resultatmål:

- Kunnskap om tjenester og nivå, både administrativt og politisk
- Nasjonale og regionale føringer, og lokale forhold ihensyntatt
- Vedtak i kommunestyret

Kritiske suksessfaktorer:

- Involvering av administrativt og politisk nivå
- Ansattes kompetanse
- Brukermedvirkning

# 2 Muligheter og utfordringer i planperioden

Som grunnlag for kommuneplanleggingen er det gjennomført en befolkningsanalyse (Rambøll, april 2013). Denne gir kunnskap om befolkningsutviklingen i Ørland og Bjugn kommuner fram mot 2030, og utfordringer kommunene vil stå overfor knyttet til utvikling av kommunale tjenester. Det er etter dette utarbeidet en mulighetsstudie for Ørland og Bjugn kommuner (Rambøll, november 2015). Denne utredningen, sammen med Forsvarsbygg konsekvensutredning på befolkningens helse og trivsel, er kunnskapsgrunnlag som viser Ørland kommunes muligheter og utfordringer i planperioden.

### Strategier

Ørland kommunes langsiktige strategier for å utvikle de kommunale tjenestene er jfr Kommuneplanens samfunnsdel kapittel 5:

- Legge til rette for et godt tjenestetilbud der befolkningsveksten er størst
- Fremtidsrettede gode helse- og velferdstjenester
- En oppvekst med gode forutsetninger for utvikling, opplæring og utdanning

Dette skal skje i tjenesteområde helse og velferd gjennom:

- Tjenester som fremmer mestring
- Økt bruk av velferdsteknologi
- Nye arbeidsmetoder
- Trygge og forutsigbare pasientforløp
- Brukermedvirkning
- Aktivitetstilbud
- Frivillig innsats



### **Hovedutfordringer generelt**

- Tjenestene må være bærekraftig over tid
- Demografi
- Psykisk helse og rus
- Frafall i videregående skole
- Nye brukergrupper
- Aktiv omsorg
- Livsstilsykdommer

### **Temaer i planen**

- Satsing på forebyggende virksomhet
- Målrettet innsats for utsatte grupper
- Helhetlige tjenester og samhandling
- Teknologi
- Personell og kompetanse
- Prioritering, kvalitet og økonomi
- Sivil-militær samhandling
- Pårørendesamarbeid

## **3 Planprosessen**

Planprosessen gjennomføres i tråd med de krav som stilles til kommunedelplanprosesser i plan- og bygningsloven. Dette medfører:

- Utarbeidelse av planprogram
- Høring av planprogram
- Utarbeidelse av planforslag
- Endelig vedtak av kommunedelplan

### **Behandling i politiske organ i kommunen**

Komite for helse og velferd:

- Innstilling planprogram
- Temamøte og drøfting underveis
- Innstilling utleggingsvedtak planforslag
- Innsilling på endelig planvedtak

Kommunestyret:

- Vedtak planprogram
- Temamøte og drøfting underveis
- Utleggingsvedtak planforslag
- Vedtak plan

## 4 Medvirkning

### Deltakere i planprosessen

De viktigste eksterne interessenter og samarbeidspartnere i planprosessen:

- Fosen Helse IKS
- Fylkesmannen
- Fylkeskommunen
- Nabokommuner
- Frivillige lag og organisasjoner
- Brukergrupper, pårørende foreninger mv

De viktigste interne interessenter og samarbeidspartnere i planprosessen:

- Komite for helse og velferd
- Kommunestyret
- Eldrerådet
- Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne
- Tjenesteområde helse og velferd: stab, flyktningetjenesten, hjemmetjenesten, sykehjemmet, oppfølgingstjenesten, helse og velferd, NAV-kontoret.
- Tjenesteområde oppvekst
- Avdeling plan, drift og landbruk

### Opplegg for medvirkning

I forbindelse med kommuneplanens samfunnsdel ble det gjennomført en omfattende prosess med folkemøter. Det ble samtidig utarbeidet en kommunedelplan for folkehelse hvor det ble gjennomført dialogmøter. Resultatet av dette arbeidet fra 2013 og 2014 vil bli benyttet i utarbeidelse av kommunedelplan for helse og velferd. I tillegg vil oppsummering fra dialogmøte med Fylkesmannen om morgendagens omsorg, evaluering av dreining fra institusjon til hjemmetjenesten, resultater fra UngDataundersøkelsen, Brukerplan og medarbeiderundersøkelse tas med i arbeidet.

Det skal føres en aktiv informasjon til kommunens innbyggere og interessegrupper ved bruk av kommunens hjemmeside og kommunens facebookside.

Det skal avholdes møter med eldrerådet, rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne og ungdomsråd. Som en del av planprosessen vil tjenesteområdene helse og velferd og oppvekst samarbeide når det gjelder involvering av innbyggere og interessenter. Det legges opp til et felles møte med politikere hvor kommunens folkehelseprofil legges fram, og det tas sikte på å arrangere et dialogmøte med invitasjon til et utvalg innbyggere, brukere og pårørende.

Ansatte involveres av sine ledere på sine møtearena, og politikerne holdes jevnlig informert gjennom komite for helse og velferd.

## 5 Rammer og forutsetninger

### Sentrale føringer og krav

- Diverse relevante lovverk og forskrifter
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om helse- og omsorgstjenester

- Lov om barnevernstjenester
- Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen
- Lov om helsepersonell m.v.
- Lov om helsemessig og sosial beredskap
- Lov om omsetning av alkoholholdig drikk
- Lov om vern mot tobakksskader
- Meld. St. 26 (2014-2015) Primærhelsetjenestemeldingen
- Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen
- Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg

#### **Andre relevante dokumenter**

- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- St.prp. nr 1 (2007-2008) kap 9: Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering
- Helse- og omsorgsplan for Fosen 2011-2030
- Demensplan for Ørland kommune 2015-2019
- Plan for bosetting og integrering av flyktninger i Ørland kommune 2014-2018
- Boligsosial handlingsplan for Ørland kommune 2014-2018
- Kommunedelplan for folkehelse 2014-2026
- Strategisk kompetanseplan for Ørland kommune 2016-2019
- Ruspolitisk strategiplan for kommunene Bjugn og Ørland 2011-2014

#### **Koordinering med budsjett- og økonomiplan**

Kommunedelplanen skal koordineres med kommunens økonomiplan når det gjelder drift og investeringer.

#### **Innhenting av grunnlagsdata**

- Kommunen
- SSB
- Helseforetaket
- Fylkesmannen
- Ungdata
- Brukerplan
- Folkehelseinstituttet

## **6 Framdriftsplan**

Planarbeidet startes i mai 2016, og det tilstrebes framlagt planforslag klart for utlegging til offentlig ettersyn innen 14.10.2016, og endelig vedtak av plan i kommunestyret innen utgangen av 2016.

#### **Milepæler**

- 04.03.2016 Komite helse og velferd – behandling planprogram
- 17.03.2016 Kommunestyret – behandling planprogram
- 18.03.2016 Høring - planprogram
- 29.04.2016 Høringsfrist - planprogram
- 04.05.2016 Komite helse og velferd – innstilling vedtak planprogram

- 19.05.2016 Kommunestyret – vedtak planprogram
- Temamøter og dialogkafe
- 05.10.2016 Komite helse og velferd – 1. gangsbehandling plan
- 20.10.2016 Kommunestyret – 1. gangsbehandling plan
- 21.10.2016 Høring – plan
- 02.12.2016 Høringsfrist -plan
- 07.12.2016 Komite helse og velferd – 2. gangsbehandling plan
- 15.12.2016 Kommunestyret – 2. gangsbehandling og vedtak plan

## 7 Organisering

### Politisk organisering

Kommunestyret er oppdragsgiver for planarbeidet gjennom vedtak av kommuneplanens samfunnsdel, og skal behandle det endelige plandokumentet. Komite for helse og velferd er fagkomite og får da i oppdrag å legge fram et ferdig planforslag for kommunestyret.

I perioden 2015-2018 er følgende personer representert i Komite helse og velferd:

- Hilde-Kristin Sandvik-Nordaas, Høyre (leder)
- Irja Helen Hammern Døsvik, Arbeiderpartiet (nestleder)
- Knut Sigurd Ljøkelsøy, Høyre
- Asbjørn Hov, Høyre
- Marthe Hildrum, Senterpartiet
- Terje Hovde Sigurdson, Senterpartiet
- Øyvind Næss, Sosialistisk venstreparti

### Administrativ organisering

Kommunalsjef for helse og velferd gjennomfører prosessen på vegne av rådmannen.

Det etableres en plangruppe bestående av:

- Marit Knutshaug Ervik, kommunalsjef helse og velferd
- Karen Rasch Lund Aune, avdelingsleder sykehjemmet
- Liz Raaken, avdelingsleder hjemmetjenesten
- Karin Helen Størseth, avdelingsleder helse og familie
- Hanne Erika Krokdal, avdelingsleder oppfølgingstjenesten
- Liv Marit Røstad, NAV-leder
- Atle Hestnes, kommuneoverlege
- Torgeir Smith-Melbye, samfunnsmedisiner, Fosen Helse IKS
- Heidi Sæther, hovedtillitsvalgt Norsk Sykepleierforbund
- Unni Torp Steen, hovedtillitsvalgt Fagforbundet

ØRLAND KOMMUNE

Postboks 401, 7130 Brekstad  
Rådhusgata 6, 7130 Brekstad

Tlf: 72 51 40 00  
[postmottak@orland.kommune.no](mailto:postmottak@orland.kommune.no)



**ØRLAND  
KOMMUNE**