

# Den gode dagen



## Demensplan for Alvdal kommune 2010 – 2013

## Forord

### **Forslag til Mandat for Demensplan:**

Det er en markant økning av ulike demenslidelser i samfunnet i dag. Dette setter krav til kunnskaper både hos fagfolk, pasienter og befolkningen forøvrig. Tjenestetilbudet til denne gruppen er flere steder lite tilfredsstillende, og det mangler ofte et samarbeid mellom de forskjellige ledd i kommunenes behandlingsskjede. Dette ønsker helse- og omsorgsdepartementet at kommunene skal arbeide videre med gjennom demensplan 2015 "den gode dagen". Regjeringen ønsker at dagens tjenestetilbud forbedres og tilpasses, og at framtidens tiltaksskjede for mennesker med demens planlegges.

Alvdal kommune mangler en helhetlig systematisering av arbeidet med ulike demens lidelser i kommunen. Ei arbeidsgruppe bør derfor opprettes og komme med forslag til organisering og utvikling av demensomsorgen. Dette må sammenfattes i en demensplan som blir retningsgivende for det videre arbeidet. Brukerne bør tilbys en helhetlig sammenhengende kjede av tjenester; fra hjemmebaserte tjenester i demenssykdommens startfase til behandling i institusjon ved alvorlig grad av demens. Ei slik arbeidsgruppe bør derfor være tverrfaglig sammensatt, og medføre at ulike etater blir involvert i arbeidet. Forslag til arbeidsgruppe er derfor; kommunelege 1, leder for hjemmetjenesten, leder for sykehjem/ institusjon, psykiatrikonsulent, rehabiliteringskonsulent samt evt. representanter fra personal i hjemmetjenesten og på sykehjemmet.

Planen sendes til høring hos kommunalt råd for funksjonshemmede, elderrådet, enhetsleder PRO og Helse, brukerråd for psykisk helse, Demensforeningen i Nord-Østerdal, Frivilligsentralen, samt til de hovedtillitsvalgte for Fagforbundet og Sykepleierforbundet.

Vedtatt i kommunestyret i møte 24. juni 2010 i sak nr. 49/10

### **Evaluering av planen.**

Planen evalueres og justeres hvert fjerde år, første gang i 2.kvartal i 2013. Kapittel 8, Handlingsplanen, evalueres av Demensteamet i løpet av planperioden. Kommunestyret holdes løpende orientert.

Alvdal, 20.11.09

For Demensteamet,  
Gunhild Ledang, Rehabiliteringskonsulent/ergoterapeut.  
Tlf. 62 48 94 26, Mobil. 95813140  
E-post: [gunhild.ledang@alvdal.kommune.no](mailto:gunhild.ledang@alvdal.kommune.no)

# INNHALDSFORTEGNELSE

INNHALDSFORTEGNELSE .....	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for planarbeidet.....	5
1.2 Hva er demens? Definisjoner, begreper og avgrensning.....	6
1.2.1 Aldersdemens .....	6
1.2.2 Depresjon hos eldre .....	7
1.2.3 Aktuelle målgrupper.....	7
1.3. Brukermedvirkning .....	7
2.0 Sentrale lover og retningslinjer .....	8
2.1 Lov om helsetjenesten i kommunene .....	8
2.2 Lov om sosiale tjenester .....	9
2.3 Pasientrettighetsloven.....	9
2.4 Andre sentrale dokumenter .....	9
3.0 Målsetting for demensomsorgen .....	9
3.1 Målsetting for god demensomsorg i institusjonen .....	10
3.2 Målsetting for hjemmeboende personer med demens.....	10
4.0 Oversikt over tilbud som finnes innen demensomsorg i Alvdal kommune. ....	11
4.1 Hjemmebasert omsorg.....	11
4.2 Institusjonsplasser tilrettelagt for personer med demens .....	11
4.2.1 Skjermet enhet.....	11
4.3 Interkommunalt samarbeid.....	12
4.3.1 Kompetansenettverk for alderspsykiatri.....	12
4.3.2 Demensforening i Nord – Østerdal .....	12
4.3.3 Demenslinja.....	13
4.4 Personlig koordinator .....	13
4.5 Individuell plan .....	13
4.6 Ansvarsgruppe.....	14
5.0 Forslag til tiltak i demensomsorgen .....	14
5.1 Tidlig utredning og diagnostikk av demenssykdommer .....	14
5.2 Demensteam .....	14
5.3 Hjemmebasert omsorg.....	15
5.4 Dagsenter som en del av demensomsorgen.....	16
5.4.1 Dagtilbud tilrettelagt for hjemmeboende personer med demens.....	17
5.4.2 Dagtilbud tilrettelagt for beboere på skjermet avdeling.....	17
5.5 Avlastning .....	17
5.6 Støttekontakt.....	18
5.7 Sansehage .....	18
5.8 Psykiatritjenesten .....	19

5.9 Pårørendesamarbeid .....	20
5.10 Frivillige .....	21
5.10.1 Frivilligsentralen .....	21
5.10.2 Besøksvenn.....	21
5.11 Interkommunalt samarbeid.....	21
6.0 Bemanningsnormer .....	22
7.0 Forslag til hvordan oppnå et samlet og differensiert institusjonstilbud for personer med demens.....	23
7.1 Inntaks- og utskrivningskriterier til avd. for personer med demens.....	23
7.1.1 Generelle inntakskriterier for alle typer enheter .....	23
7.1.2 Generelle utskrivningskriterier:.....	24
8.0 Behovet for og organisering av opplæring/kompetanseheving av pleiepersonell innen demensomsorgen .....	24
8.1 Opplæring/kompetanseheving av pleiepersonell innen demensomsorgen.....	24
9.0 Handlingsplan for demensomsorgen .....	26
9.1. Tidsplan .....	27
LITTERATURLISTE .....	28
Vedlegg:	
Henvisingsskjema	
Samtykkeerklæring	

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for planarbeidet

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 pålegger alle kommuner å tilby følgende:

### § 1-3(Oppgaver under helsetjenesten)

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som
  - a) miljørettet helsevern
  - b) helsestasjonsvirksomhet
  - c) helsetjenester i skoler
  - d) opplysningsvirksomhet
  - e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under kriminalomsorgen.
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg.
5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

Det er en markant økning av ulike demenslidelser i samfunnet i dag. Dette setter krav til kunnskaper både hos fagfolk, pasienter og befolkningen forøvrig. Tjenestetilbudet til denne gruppen er flere steder lite tilfredsstillende, og det mangler ofte et samarbeid mellom de forskjellige ledd i kommunenes behandlingsskjede.

Alvdal kommune mangler en helhetlig systematisering av arbeidet med ulike demens lidelser i kommunen. Brukerne bør tilbys en helhetlig sammenhengende kjede av tjenester; fra hjemmebaserte tjenester i demenssykdommens startfase til behandling i institusjon ved alvorlig grad av demens. I februar-08 ble det satt ned ei kompetansegruppe i alderspsykiatri på bakgrunn av at man spesielt fra psykiatriens side så at dette var et felt som har blitt nedprioritert. Kompetansegruppa skulle jobbe med forslag til organisering og utvikling av demensomsorgen. Dette må sammenfattes i en demensplan som blir retningsgivende for det videre arbeidet. Kompetansegruppa har bestått av: psykiatrikonsulent Marit Utgaard, rehabiliteringskonsulent Gunhild Ledang, sykepleier institusjon Ellen Solberg, sykepleier hjemmetjenesten Marit Iversøn. I tillegg har enhetsleder PRO Gunveig Eide, avdelingsleder institusjon Liv Margrete Sølna og avdelingsleder hjemmetjenestene Tanja Westgård vært delaktig tidlig i prosessen, samt som rådgivere underveis.

Kompetansegruppa i alderspsykiatri har gjennomgått hva slags tilbud Alvdal kommune har å tilby personer med demens, samt hvordan dette fungerer i praksis. Vi har Solsida som institusjon, hjemmebasert følger opp hjemmeboende eldre. Rehabiliteringskonsulent gjør utredning på hjemmeboende eldre i form av screeningtester som MMS og klokketest. Resultater sendes videre til lege som sjekker allmenntilstand og får gjort en CT. Lege henviser da evt. videre til geriater for videre utredning ved behov. Psykiatritjenesten mottar henvisninger på oppfølging i form av samtaler. Fortrinnsvis i forhold til depresjon. Ofte ser

vi at dette kan være i en kombinasjon med en begynnende demens. Vanskelig å vite hva som er hva. I tillegg gir Frivillighetssentralen et tilbud til demente hver tirsdag, og et generelt tilbud til eldre hver torsdag. Frivillighetssentralen i samarbeid med psykiatritjenesten og rehabiliteringskonsulent har en aktivitetsgruppe hver onsdag for mennesker med psykiske og sosiale problemer.

Vi konkluderer med at tilbudet på tross av nevnte aktiviteter er manglende. Det mangler struktur, og ikke minst møteplasser for de som jobber innenfor temaet. Vi opplever at det er lite samhandling på tvers av enhetene. Vi har flere områder vi ønsker å se nærmere på, bl.a. en bredere og mer samlet utredning, pårørendearbeid, sansehage og kompetanseheving for de som jobber med demens.

Flere fra kompetansegruppa var våren-08 på en ”Kick off” i fht. Demensplan 2015 ”Den gode dagen”, og vi så at det var dette som var løsningen på våre utfordringer. Alvdal kommune trenger en helhetlig demensplan, for å samle den kompetanse, kunnskap og tiltak vi har å tilby. Vi opplever at det er litt tilfeldig hvem som får tilbud om hva, at vi jobber hver for oss og det kan f.eks. ta lang tid fra en person begynner å bli glemsk til vi i hjelpeapparatet får vite om dem og kan sette inn riktige tiltak. Ved hjelp av en demensplan vil vi samle de tiltakene vi har i kommunen, samt lage et system for tidligere å kunne fange opp denne gruppen og hjelpe og avlaste pårørende.

## **1.2 Hva er demens? Definisjoner, begreper og avgrensning**

### **1.2.1 Aldersdemens**

Aldersdemens er en felles betegnelse for en gruppe hjernesykdommer som opptrer i høy alder og medfører symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring av adferd. Tilstanden fører til redusert evne til å ta omsorg for seg selv. Hos noen går forverringen fort (2 – 3 år), hos andre langsommere (8 – 10 år). Det skjer en rekke forandringer i hjernen ved demens, det viktigste er at forbindelsen mellom hjernecellene blir ødelagt, og at hjernecellene dør.

Demenssykdommene er sjelden hos 50 åringer, men øker i forekomst hos personer fra 70 års alder og finnes hos 15 prosent av personer over 75 år og hos mer enn 20 prosent hos dem som er over 80 år. Det betyr at Norge har om lag 65.000 personer med demens. I tillegg finnes anslagsvis 25.000 – 30.000 eldre som har problemer med hukommelsen. Mange av dem vil utvikle demens. (Tallene er fra 2005). Demenssykdommene fører til store vansker for den som rammes og for pårørende. (Engedal & Haugen 2006, brækhus m.fl. 2009)

#### Alzheimers sykdom:

Ca. 60 prosent av personer med aldersdemens lider av Alzheimers sykdom. Sykdommen kjennetegnes av en, vanligvis langsom, utvikling av hukommelsessvikt. Også andre demenssymptomer kan oppstå, som språkforstyrrelse, nedsatt evne til å utføre praktiske oppgaver og atferd- og/eller personlighetsendringer. Alzheimers sykdom er en hjernesykdom som starter med avleiring av proteinet beta amyloid mellom nervecellene i hjernen. Dette fører til at cellene slutter å virke som de skal, og etter hvert dør. I tillegg mangler det kjemiske substanser som trengs for å knytte kontakt mellom hjernecellene. Mange blir passive, urolige

og irritable. Andre blir engstelige. I startfasen kan utviklingen av sykdommen være så langsam at det kan være vanskelig å oppdage den. Man deler opp denne type demens i en tidlig debut (før fylte 65 år) og en sen debut (etter fylte 65 år) (Brækhus m.fl. 2009)

### Vaskulær demens

Vaskulær demens er den nest hyppigste formen for demens og regnes for å være årsaken hos omkring 10 – 20 prosent av pasientene. Årsaken er ofte gjentatte infarkter der embolier (blodpropper) fra andre steder i kroppen løsner og setter seg fast i hjernens blodkar, eller utbredt åreforkalkning som utvikler seg i årene over tid. De vaskulære endringene reduserer blodtilstrømningen til et større eller mindre område av hjernen, og medfører celledød i disse områdene. Hvilke symptomer pasienten får, vil avhenge av hvilke(t) område(r) i hjernen som blir rammet. Pasienter mister ofte evnen til å ta initiativ og kan virke passiv og treg. Man kan se denne formen for demens hos eldre som ikke har fått behandling for høyt blodtrykk og eldre med sukker syke som ikke er tilfresstillende behandlet. Vaskulær demens kan starte plutselig, og forverring av tilstanden kan komme brått ved eventuelle nye hjerneslag eller drypp. Mange personer med demens lider av Alzheimers sykdom og vaskulær demens samtidig. (Brækhus m.fl. 2009)

## **1.2.2 Depresjon hos eldre**

Depresjon er en hyppig lidelse hos eldre som ofte blir oversett og dermed stående ubehandlet. Depresjon hos eldre kan oppfattes som demens. En depressiv pasient kan virke intellektuelt svekket og skåre dårligere enn normalt på nevropsykologiske tester. Hvis det dreier seg om en depresjon vil pasienten bli helt frisk etter behandling med medisiner. Det er imidlertid ganske vanlig at en person har symptomer både på demens og depresjon samtidig, og en grundig legeundersøkelse er nødvendig for å kunne skille de to tilstandene. (Brækhus m.fl. 2009) Demente pasienter kan også være deprimerte: undersøkelser viser at en del ikke-demente, diagnostisert deprimerte pasienter blir demente etter en tid. Dette kan forklares som at demens i mange tilfeller debuterer med depresjonssymptomer, men det kan også stilles spørsmål ved om ikke en behandlet depresjon kan være en medårsak til demensutvikling. (Engedal & Haugen 2006)

## **1.2.3 Aktuelle målgrupper**

Det har vært diskusjoner i arbeidsgruppa om hvem planen skal gjelde for. Vi hadde i utgangspunktet delt mellom tiltak for yngre og eldre personer med diagnosen demens, men etter en del diskusjon kom vi fram til at tiltakene som finnes og de som er foreslått kan benyttes til både yngre og eldre personer med demensdiagnosen, da det i hvert enkelt tilfelle vil være behov for noen individuelle tilpasninger. Pr. dags dato er det også få yngre personer med demensdiagnosen i kommunen, men at det kan endre seg etter hvert. Arbeidsgruppa mener at Demensplanen gjelder for både unge og eldre personer med demens.

## **1.3. Brukermedvirkning** *(beskrevet i "Forskrift om habilitering og rehabilitering" 2001).*

### Individnivå:

Det er en forutsetning at bruker selv, og evt. pårørende, er delaktig i og medvirker ved sin egen hverdag. Når bruker ikke er i stand til å representere seg selv, f.eks. på grunn av kognitiv

svikt (for eksempel hukommelsessvikt), sterke utviklingshemninger, språklige hindringer eller alvorlig psykisk sykdom, kan pårørende, hjelpeverge eller verge tale brukers sak. Det må innhentes samtykke fra bruker, så fremt bruker ikke er umyndiggjort.

Det er kommunens ansvar å sørge for at brukervedvirkning kan gjennomføres og her beskrives noen enkle retningslinjer:

- ⇒ Bruker skal selv bestemme over egen deltakelse, så langt det er medisinsk forsvarlig.
- ⇒ Sørge for god informasjon til bruker og pårørende
- ⇒ Gi bruker god tid til å sette ned egne mål i samarbeid med primærkontakt og evt. pårørende.

Alvdal kommunens menneskesyn i tjenestesammenheng uttrykkes på følgende måte:

- ⇒ Brukerne har en iboende vilje til å klare seg selv
- ⇒ Brukerne tar ansvar for eget liv og vil være herre i eget hus - enten "huset" er i eget hjem, i omsorgsbolig eller på sjukeheimen
- ⇒ Brukerne har behov for trygghet for at hjelp blir gitt i situasjoner de selv ikke klarer
- ⇒ Brukerne tar ansvar for hverandre og har glede av fellesskapet
- ⇒ Hver bruker er unik
- ⇒ Pårørende har et ønske om å bidra til en best mulig omsorgssituasjon for brukerne

Alvdal kommunes menneskesyn innebærer at alle, uansett funksjonsnivå, har et ønske om å klare seg selv og styre sitt eget liv. Det innebærer også en tro på at nære slektninger vil bidra til "å skape det gode liv" for sine.

#### Systemnivå:

Representanter for brukeren i råd og utvalg skal inkluderes i alt arbeid i en kommune og fylkeskommune, som angår planlegging av virksomheten. Involveringen bør skje på et så tidlig tidspunkt som mulig. Eksempler på aktuelle råd og utvalg i Alvdal kommune er Eldrerådet, Brukerrådet for psykisk helsearbeid, Kommunalt råd for funksjonshemmede, demensforeningen i Nord-Østerdal.

## **2.0 Sentrale lover og retningslinjer**

Rettigheter og plikter om demensomsorgen er i hovedsak hjemlet i **helselovgivningen**, men for å få til en helhetlig demensomsorg må man involvere tjenesteytelse i forhold til flere arenaer og dermed også gjenspeiles i lover og retningslinjer for flere kommunale enheter.

### **2.1 Lov om helsetjenesten i kommunene**

Helsetjenestens formål:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

§ 1-3 pkt. 4 sier at kommunens helsetjeneste bl.a. skal omfatte medisinsk habilitering og rehabilitering, i tillegg til å fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte.

§ 2-1 sier at enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.

## **2.2 Lov om sosiale tjenester**

Loven har som formål:

- a) å fremme økonomisk og sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til økt likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.
- b) bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo sjølstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre

I den nye forskriften om habilitering og rehabilitering presiseres sosialtjenestens ansvar for samarbeid: ”Sosialtjenesten har etter sosialtjenestelovens § 3-2 et selvstendig ansvar for å samarbeide med andre deler av forvaltningen og har gjennom § 3-2 annet ledd også et initiativansvar ved mangelfullt tjenestetilbud fra andre deler av forvaltningen.”

## **2.3 Pasientrettighetsloven**

Loven har som formål:

bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

## **2.4 Andre sentrale dokumenter**

- FNs standardregler om like muligheter for mennesker med funksjonshemming
- FNs Menneskerettighetserklæring
- Demensplan 2015 ”Den gode dagen” Delplan til Omsorgsplan 2015
- *Glemsk, men ikke glemt (2007) Rapport om demens*
- ”Aktiv omsorg”. Rundskriv I-5/2007
- *St. melding nr. 25 (2005-2006) ”Mestring, mening og mangfold”*
- *St. melding nr. 40 (2002 – 2003): ”Nedbygging av funksjonshemmende barrierer”*
- *St. melding nr 8 (1998 – 99) ”Om handlingsplan for funksjonshemma 1998 – 2001”*
- *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988)*
- NOU 2004:18: ”*Helhet og plan i sosial og helsetjenestene*”
- NOU 2001: ”*Fra bruker til borger*”
- *Forskrift om individuelle planer (2004)*
- Rundskriv T-5/99 ”*Tilgjengelighet for alle*”

+++++

## **3.0 Målsetting for demensomsorgen**

Alvdal kommune har som hovedmål at kommunen skal legge til rette for at personer med diagnosen demens, både yngre og eldre, tilbys tjenester som bidrar til at brukeren oppnår best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Tjenesten skal tilbys på en hensiktsmessig arena, nærmest mulig brukerens vante miljø. Brukeren skal være i sentrum.

Viktige prinsipper for demensomsorgen:

- Ytes utfra et brukerperspektiv, dvs. bruker evt. brukers stedfortreder forventes å delta aktivt i demensomsorgen.
- Være en planlagt og målstyrt prosess
- Ytes av profesjonelle aktører samordnet på tvers av fag og tjenestenivå
- Universell utforming av samfunnet

Alvdal kommunen har satt opp en handlingsplan for demensomsorgen, med delmål som vi vil jobbe med i løpet av planperioden, se kapittel 9.0.

### **3.1 Målsetting for god demensomsorg i institusjonen**

- Ansatte med grunnleggende respekt for det enkelte menneske.
- En person med diagnosen demens skal aldri være alene. Hjelperne må være fysisk til stede i avdelingen.
- Tilrettelegge for fellesskap og tilhørighet, slik at beboerne føler seg verdsatt.
- Tilbud om stimulerende tiltak, og ha forutsigbarhet.
- Stabil bemanning.
- Avdelingen må vektlegge og utvikle fagkunnskap om demenssykdommene, og om alminnelig omsorg, stell og hygiene.
- Dekke både primære behov (grunnleggende pleie og medisinsk behandling, kontroll over egen livs- og døgnrytme og privatliv, respekt, holdninger og atmosfære), og sekundære behov (aktivitetstilbud – sosial aktivitet).
- Solsida Omsorgsheim skal ha god kvalitet på sine tjenester
- God omsorg for personer med diagnosen demens er mange gode øyeblikk.

### **3.2 Målsetting for hjemmeboende personer med demens**

Hovedmålet for hjemmeboende personer med demensdiagnose i Alvdal kommune skal gjennom hjelp til selvhjelp gis mulighet til å bo i eget hjem så lenge som mulig. Hjemmesykepleien bygger på et gjensidig tillitsforhold. Vi arbeider for å skape et godt samarbeid basert på ærlighet, respekt og trygghet.

Vi jobber for å prøve å få til:

- Tilsyn. Vurdere hvor mange tilsyn vi skal legge opp til daglig.
- Hjelp til med personlig hygiene.
- Legge til rette slik at den demente får hjelp til å få i seg mat og drikke. (F.eks. få tilkjørt middag daglig).
- Samarbeid med pårørende. Det vil si at vi har jevnlige møter med pårørende. (Det kan også være en telefonsamtale).
- Færrest mulig pleiere i rundt personer med demensdiagnosen
- Primærkontakten har hovedansvaret for all informasjon til pårørende.

- Hjemmesykepleien skal være med å legge til rette slik at den demente kan være med på aktiviteter. (Opphold på dagsenter, og andre aktiviteter som er tilrettelagt for demente).

## 4.0 Oversikt over tilbud som finnes innen demensomsorg i Alvdal kommune.

Alvdal kommune har 36 heldøgns institusjonsplasser, samt 9 lavterskelplasser. Av disse er 14 plasser tilrettelagt for personer med demens. Nasjonale erfaringstall tilsier at ca. 75 % av beboerne i sykehjem har en demenssykdom.

### 4.1 Hjemmebasert omsorg

Det finnes ingen spesiell organisering for personer med demens innen hjemmebaserte tjenester. Ved mistanke om demens opprettes samarbeid med fastlege og Dementeamet. Målet for omsorgen er at personer med demens får bo i hjemmet lengst mulig. Avlastning til de pårørende, trygghet og sikkerhet har spesiell oppmerksomhet i denne omsorgen og er viktige i vurderingen for når endring i omsorgsnivå er nødvendig.

#### Bemanning ved hjemmetjenesten

Avdeling/sted	Antall pasienter	Dag - ukedag	Aften- ukedag	Dag- helg	Aften - helg	Bakvakt
Hjemmetjenesten	?	2	2	2	2	1 stk.

### 4.2 Institusjonsplasser tilrettelagt for personer med demens

Solsida omsorgsheim har pr. i dag 14 plasser som er tilrettelagt for personer med demensdiagnosen. De er fordelt på to avdelinger på følgende måte:

Avdeling/sted	Type tilbud	Antall pasienter	I drift
Solsida omsorgsheim			
• avd. 1Ø	Skjermet enhet	8 pers.	Ja
• avd. 1S	Skjermet enhet	6 pers.	Ja

#### 4.2.1 Skjermet enhet

Defineres i Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4 – 7: ”Skjermet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4 – 12 beboere. Før innflytting i enheten skal beboere være grundig undersøkt og diagnosen langt kommet senil demens må være fastslått.”

En velfungerende skjermet enhet kan i rolige øyeblikk gi sjelefred. Men blir stimuli flere enn det pasientene tåler, eller det ikke blir nok hvile, kan atmosfæren fort bli en annen. Uroen er et faktum og uro er smittsomt. (Gro Østmoe Granholt 2007)

### **Bemanning ved skjermet avdeling**

Avdeling/sted	Antall pasienter	Dag - ukedag	Aften- ukedag	Dag- helg	Aften - helg	Nattevakt på huset dekker 36 beboere
Solsida omsorgsheim Avd. for personer med demens	14 pers.	4	3	3	3	2 stk.

#### **Solsida Omsorgsheim:**

- sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere i turnus.
- Sykepleier dekker hele institusjon (36beboere)og er faglig ansvarlig. (7,2 stillingshjemler fordelt på 36 pasienter).
- Hjelpepleiere har en del andre oppgaver, som f.eks. å ajourføre vaktbok, ringe etter folk o.l.

## **4.3 Interkommunalt samarbeid**

### **4.3.1 Kompetansenettverk for alderspsykiatri**

To representanter fra kommunen (pr. i dag en representant fra Solsida institusjon og en fra hjemmetjenesten) deltar i kompetansenettverk for alderspsykiatri. Her møtes fagpersoner fra kommunene i regionen til diskusjon og utveksling av felles utfordringer og erfaringer. Alderspsykiatrisk kompetansesenter ved Sykehus Innlandet avd. Sanderud bistår med faglig bistand på nettverksmøtene. Møtene avholdes 4 ganger i året. Alvdal kommunes representanter i dette nettverket ønsker å ta initiativ til et samarbeid for å bedre den faglige kompetansen innen dette området i kommunen. Man tar sikte på å samle de ulike tjenestene som arbeider opp mot denne gruppen, kartlegge utfordringer vi står ovenfor i Alvdal, og se på muligheter for å bringe kompetansen fra nettverket videre til de som arbeider opp mot denne gruppen her i kommunen. Representantene får referat fra møtene, som blir satt i egen perm på vaktrom institusjon/hjemmetjenesten.

### **4.3.2 Demensforening i Nord – Østerdal**

Foreningen ble stiftet 20.04.09, og er et samarbeid mellom kommunene Os, Tolga, Tynset og Alvdal. Foreningen kan bidra med å holde ulike kurs rundt temaet demens. Demensforeningen har bl.a. planer om å arrangere pårørendeskole oktober-09.

### **4.3.3 Demenslinja**

Nasjonalforeningens Demenslinje er et tilbud for alle som har spørsmål om demens. På Demenslinjen treffer du bare kvalifisert helsepersonell med taushetsplikt.

Nasjonalforeningens Demenslinje er et tilbud som er åpent for alle med spørsmål om demens. Her får du viktig informasjon om forskning, behandling og omsorg for personer med demens og deres pårørende.

Er du pårørende til en person med demens, eller bekymret for din egen hukommelse, kan du ringe til Demenslinjen. Det er helt greit å ta kontakte uten å oppgi navn. Man kan få tilsendt informasjon om demens, samt få råd om hvor du kan henvende deg videre, for å få hjelp og støtte.

Demenslinja har telefonnummer: 815 33 032

### **4.4 Personlig koordinator**

Det skal til enhver tid være en tjenesteyter i kommunen som har hovedansvaret for oppfølgingen av brukeren som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Den enkelte personlige koordinator skal utpekes blant kommunens aktuelle kandidater og etter brukerens ønske dersom dette lar seg gjøre.

Opgaver:

- Være brukerens støtte/advokat i hjelpeapparatet.
- Innhente kompetanse og informasjon som kan tilbys brukeren eller som brukeren etterspør.
- Delta på fagmøter.
- Innkalle til og lede ansvarsgruppemøter, samt utpeke referent
- Ha ansvar for/utarbeide individuell plan sammen med brukeren, sikre god framdrift i planarbeidet, samt revidere denne.

### **4.5 Individuell plan**

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en helhetlig individuell plan. En individuell plan er et dokument og verktøy for samarbeid som beskriver de tjenestene som skal gi brukeren et sammenhengende og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal være helhetlig og inneholde en oversikt over brukers mål, ressurser og behov for tjenester, samt de tiltak og virkemidler som kan være aktuelle for brukeren, slik at brukeren kan leve et så aktivt og selvstendig liv som mulig. For å lykkes forutsettes det at bruker, evt. brukers stedfortreder deltar aktivt i prosessen.

Hjemmeboende personer med en begynnende demensutvikling vil ha behov for ulike tjenester for å få en mest mulig verdig livssituasjon. En individuell plan vil sikre medvirkning fra bruker i planarbeidet, samt bidra til at bruker slipper å forholde seg til for mange personer. Der bruker selv ikke er i stand til å ivareta sine egne interesser er også pårørende sentrale aktører i planarbeidet. (Strandli 2007)

## **4.6 Ansvarsgruppe**

Ei ansvarsgruppe skal bestå av bruker selv, evt. verge og aktuelle fagpersoner rundt denne. Personlig koordinator innkaller nødvendige samarbeidspartnere til ansvarsgruppemøter, i samarbeid med bruker, samt leder møtene. Brukers medbestemmelse skal være i fokus for arbeidet. Alle i ansvarsgruppa har et delansvar for å sikre det helhetlige tilbudet rundt bruker. Møtehyppigheten avgjøres av sakens innhold og kompleksitet.

## **5.0 Forslag til tiltak i demensomsorgen**

### **5.1 Tidlig utredning og diagnostikk av demenssykdommer**

Ved mistanke om demens og under hele sykdomsforløpet er det viktig med medisinsk vurdering og oppfølging av lege og annet helsepersonell.

- utelukke pseudodemens (falsk demens)
- uhensiktsmessig atferd / endring i atferd / delirtilstander kan forklares i sykdom / smerte
- avdekke sykdom.

Undersøkelser har vist at det å få stilt en tidlig demensdiagnose for mange eldre vil kunne innebære at de kan greie seg fra ett til to år lengre i hjemmet. Pårørende og hjelpeapparat kan gjennom kunnskap og informasjon forberedes på sykdomsutviklingen og bidra til å forebygge funksjonstap ved å stimulere eksisterende ressurser hos den demente. Demensteamet er viktig for å få dette til.

### **5.2 Demensteam**

Det skal etter hvert etableres et demensteam i kommunen, som planlegges å være opprettet høsten-09. Demensteamets mandat er å følge opp at tjenesten er faglig forsvarlig, både i hjemmetjenesten og institusjon, samt gi informasjon til publikum.

Demensteamet skal bestå av:

- Sykepleier fra institusjon
- Sykepleier fra hjemmetjenesten
- Rehabiliteringskonsulent/Ergoterapeut

Ingen lege er tilknyttet teamet, men det er viktig å få til et godt samarbeid med fastlegen, som er en nær samarbeidspartner i kartleggingen. Demensteamet er et lavtersktilbud og ofte de første i kontakt med pasienten ved ønske om utredning. Demensteamet har ansvar for kartlegging ved mistanke om demens, og skal kartlegge demens så tidlig som mulig. Teamet møtes en gang i måneden. Henvisningene mottas på egne skjema, hvor brukeren eller nærmeste pårørende har gitt sitt samtykke. I møtet fordeles oppgaver med kartlegging, tiltak og oppfølging av enkeltbrukere, hvor målet er å hjelpe den enkelte til å ivareta/gjenvinne verdighet, og kunne fortsette å bruke sine ressurser. Teamet koordinerer utredningen og følger opp pasient og pårørende med hensyn til hjelpetiltak.

Utredningen av demens blir da slik;

- Bruk av kartleggingsverktøy (utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens). Kartleggingen består av:
  - Vurdering av pasientens evne til å utføre dagliglivets funksjoner.
  - Vurdering av mental funksjon
  - Vurdering av pårørendes situasjon og omsorgsbelastning
  - Vurdering av sikkerhet i bolig.
- Opplysningene sendes til fastlege for videre oppfølging og diagnostisering.
- Fastlege bes om å sende ferdig utredning til Demenssteamet.
- Rett tiltak søkes iverksatt.

Teamet jobber slik at de alltid går to sammen på hjemmebesøk, en samtaler med pasienten og en samtaler med pårørende. Resultatene oversendes legen. Utredning utføres av pasientens fastlege, som også setter diagnose. Resultatet blir bl.a. brukt til vurderinger av videre utredninger, tilpasse best mulig tilbud. Teamet tar en oppfølging etter ca. 6-12mnd. for eventuelt å justere behovet for hjelp.

Demensteamet bidrar videre med:

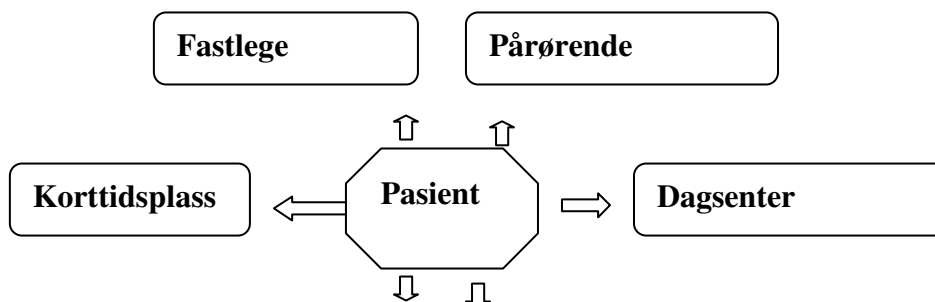
- bistand til kartlegging i forhold til hjelpebehov og omsorgsnivå i alle faser av sykdommen
- råd, veiledning og undervisning for pasienten, dens pårørende og hjemmebasert omsorg.
- Et sted å henvende seg for pasienter, pårørende og helsepersonell
- Samarbeidspartner og bindeledd innen demensomsorgen
- forutsigbarhet i demensomsorgen.

Demensteamet skal primært behandle brukersaker, men kan også ta opp generelle saker når det er behov for det.

I tillegg til demensteamet har vi også noe vi kaller utvidet demensteam, her er avdelingsleder i Hjemmetjenesten med, legen og de tre i demensteamet. Dette teamet møtes ca. fire ganger i året. Her diskuteres mest overordnede/generelle saker.

### **5.3 Hjemmebasert omsorg**

En antagelse er at flere tilbud utenfor institusjon vil gjøre det mulig å bo hjemme lenger og flytting til institusjon utsettes. Det er de samme forventninger til personer med demens som til andre om å bo hjemme lengst mulig. Dette antas å være best for den enkelte og billigst for samfunnet (forutsatt bistand i hjemmet).



Skissen viser viktige personer og tilbud rundt pasienten. Med et nært og godt samarbeid vil pasienten og dens pårørende føle at hverdagen er trygg og bære preg av kontinuitet og tillit. Hjemmetjenesten og Demensteam skal fungere som grunnbyggere og base for samarbeid og omsorg. Personalet skal tilegne seg kunnskap om demens, samtidig som kunnskapen om somatisk sykdommer er viktig. Av praktiske årsaker ser vi det vanskelig at de kun arbeider i forhold til demensomsorg. Hjemmetjenesten i sin helhet skal ha fokus på demens. Demensteamet motiverer og bidrar til kunnskapsøkning på feltet demensomsorg.

#### **5.4 Dagsenter som en del av demensomsorgen**

Dagtilbud er av mange omtalt som det manglende mellomledd i omsorgskjeden. Bare 4 % av de som bor hjemme med en demenslidelse har et tilbud å gå til på dagtid. Et dagsenter for personer med demens er et spesielt tilrettelagt behandlings- og omsorgstilbud på dagtid beregnet på denne pasientgruppen. Tilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. 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 lengre. Regjeringen har i Rundskriv I-5/2007 "Aktiv omsorg" presisert det kommunale ansvaret for slike tilbud i tråd med sosialtjenestelovens formål om å "bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre". Det blir her understreket at godt utbygd dagaktivitetstilbud sammen med hjemmetjenester kan bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse (Demensplan 2015). Omgivelsene på et dagtilbud bør være oversiktlige og lette å orientere seg i. Et begrenset antall brukere(7-8) i egnede lokaler og fast personale viser seg å gi gode resultater. Personalet bør ha kunnskap om brukergruppens spesielle behov. (Strandli 2007, Westberg 2009)

Dagsenter er et av tilbudene som bidrar til at den enkelte bruker kan bo hjemme, og det er da viktig at aktivitetene på dagsenteret er med på å vedlikeholde dagliglivetets funksjoner. Måltidene på dagsenteret er veldig viktig ernæringsmessig i forhold til brukerne som bor alene. En forutsetning for et vellykket dagopphold er hensiktsmessig transport til og fra hjemmet. Den beste løsningen vil være at personalet på dagsenteret er aktivt med i transporten. (Westberg 2009)

En vet fra internasjonale studier og erfaringer fra Norge at dagsenter kan gi et kvalitativt godt tilbud til hjemmeboende personer med demens og fungerer som avlastning for pårørende. Avlastningstiltak av denne typen vil være forebyggende for stress og sykdomsutvikling hos pårørende. Hvor mange dager i uka en bruker bør være på dagsenter vurderes individuelt, noen trenger 7 dager i uka, mens for andre kan det være nok med to. Dagsentertilbud bidrar til at brukerne kan bo lengre hjemme og er dermed med på å utsette behov for langtidsplass i institusjon. (Westberg 2009)

#### 5.4.1 Dagtilbud tilrettelagt for hjemmeboende personer med demens

Det er plan om å etablere et dagsenter. Behovet for dette skal utredes høsten-09 med tanke på organisering, bemanning, kompetansebehov, lokalisering og innhold i tilbudet.

Det er ønskelig at dagsenteret er åpent 3 dager pr. uke og gir tilbud til 8 personer pr. dag.

Bemanningen bør bestå av aktivitør, og kan godt drives i samarbeid mellom Solsida omsorgsheim og hjemmetjenesten. Man kan også vurdere samarbeid med gårdbrukere i fht. ”Inn På TUNET”- tilbud.

#### 5.4.2 Dagtilbud tilrettelagt for beboere på skjermet avdeling

For personer med diagnosen demens er det spesielt viktig med struktur på hverdagen, og repetisjon. Dagligdagse aktiviteter for personer med demens er en måte å få til trygghet og forutsigbarhet for denne gruppen. Tilbudet bør skje på avdelingen, da personer med denne diagnosen kan bli urolig og usikker når de er utenfor avdelingen. Aktivitør bør ha tilbud en dag inne på skjermet avdeling.

Eksempel på aktiviteter kan være:

- måltider som aktiviteter
- reminisensgrupper
- trening
- aktiviteter i sansehagen (såing, høsting, koke kaffe, grille pølser, hugge ved osv.)
- tirsdagsturer med Frivilligsentralen
- sangstund og musikk
- SPA – dag
- Fotpleiedag
- Frivillig besøkstjeneste
- Dagsentertilbud (utredes)

### 5.5 Avlastning

Avlastning er en tjeneste som kommunen skal ha etter lov om sosiale tjenester § 4-2 bokstav b: *"De sosiale tjenester skal omfatte avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid"*.

Avlastningstilbud kan gis både som avlastning i eget hjem og som opphold i institusjon. Avlastningstilbud enten hjemme eller i institusjon er gratis. Avlastning skal gjøre det mulig å opprettholde gode familierelasjoner og bevare sosiale nettverk. Tjenesten skal hindre utmatting hos omsorgsgiveren. Avlastning skal gi pårørende nødvendig og regelmessig fritid og ferie. Den skal gi mulighet for å delta i de vanlige samfunnsgoder og aktiviteter. Avlastning erstatter ikke, men ytes **i tillegg til** tjenester til den omsorgstrengende. Det er av stor betydning at avlastningstilbudet gir trygghet og kontinuitet. Familie/pårørende til sterkt omsorgstrengende kan innvilges avlastning i hjemmet eller i institusjon.

### Avlastning i institusjon

1 – 2 rom avsettes til avlastning/korttidsopphold for personer med diagnosen demens, og forbeholdes personer med denne diagnosen. Ved søknad/behov tilbys personer med demens 14 dagers opphold for avlastning, sykepleiefaglig observasjon og kartlegging ved vurdering av omsorgsnivå eller som ledd i utredning og diagnostikk. Ordningen skal ikke erstatte fastlege, demensteam eller spesialisthelsetjenestens oppgaver i forhold til diagnostisering.

Aktiviteter ved avlastningsopphold er viktig for trivsel, mestring og opplevelse av en meningsfull tilværelse. Det kan være en del av miljøbehandling og trening for vedlikehold av dagliglivsfunksjoner. Eksempler på aktiviteter kan være aktiv bruk av måltid som et stimuleringsiltak, ADL-trening, spill, sang, musikk, avislesing, deltagelse i andakter og kulturarrangement, turgåing. (Westberg 2009)

### Avlastning i eget hjem

Mange pårørende ønsker avlastning i hjemmet for å kunne gjøre arbeidsoppgaver i fred og ro, eller for å nytte avlastningstiden til gjøremål eller kontakt med andre utenfor hjemmet. Det er viktig at tilbudet tilrettelegges slik at den som skal gi avlastning i hjemmet har kunnskap om sykdommen og blir godt kjent med personen med demens, slik at de sammen kan utføre meningsfulle aktiviteter. I Alvdal kan man bl.a. få tilsynsbesøk fra Hjemmetjenesten, eller hjemmehjelp som kan avlaste pårørende for kortere perioder i hjemmet, evt. besøk fra besøkstjenesten. Eksempler på aktiviteter ved avlastning i hjem er; huslige/hjemlige gjøremål, delta på arrangementer, turer i skog og mark, samtaler om gamle dager o.l. Plass på dagsenter kan også være et avlastningstilbud på dagtid.

## **5.6 Støttekontakt**

De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter Lov om sosiale tjenester § 4-2 bokstav c: *støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,*

Støttekontaktens funksjon er å hjelpe den enkelte til en meningsfull fritid, og bygge/vedlikeholde nettverk. Oppgavene vil kunne innebære sosialt samvær og følge til ulike fritidsaktiviteter. Støttekontakten skal være hjelpeapparatets forlengede arm, og skal gjennom samvær med bruker bidra til at evnen til å utfolde seg og å mestre ulike situasjoner blir bedre, slik at troen på en selv blir styrket. Støttekontakt er en ikke en profesjonell hjelper men et engasjert hjelpende medmenneske.

Støttekontaktordning kan være et godt avlastningstiltak. Det er også her viktig at det er de samme personene som gir tilbudet, og at en finner fram til personer hvor det er mulig å bygge et godt tillitsforhold. Det er nødvendig med opplæring og veiledning.

## **5.7 Sansehage**

Landskapsarkitekt Ellen-Elisabeth Grefsrød og spesialsykepleier Vigdis Drivdal Berentsen har definert sansehagen slik: *”En sansehage er et inngjerdet, kultivert område som brukes i miljøbehandling for å stimulere til sanseopplevelser og aktivitet. Sansehagen er et organisert*

*uteareal til glede og anvendelse for brukere, personale og besøkende. Sansehagen gir tilbud om sansning og rekreasjon og er et sted for naturlig observasjon av ferdigheter som motorikk, tempo, mestring, evne til samhandling og funksjoner som språkforståelse, evne til å uttrykke seg, hukommelse, utholdenhet samt konsentrasjons- og observasjonsevne.” (Janca Solberg 2006)*

Det overordnede målet for en slik hage er å gjenskape tapte følelser og minner og er et godt og fredfullt sted å være. Derfor er det viktig at sansehagen har element av lokal forankring. Det kan for eksempel være lokal flora og bruksgjenstander. En sansehage skal være en hage og ikke en park. Hagen skal være til praktisk nytte for pasientene som har muligheter til å aktivisere seg der. Det er viktig at ikke alt er tilplantet, men at noe kan endres underveis. Sansehagen skal skape økt trivsel, livskvalitet og fremme helse for eldre og deres pårørende i kommunen. Både de som er beboer på Solsida Omsorgshjem eller hjemmeboende eldre, skal gjennom sosiale- og kulturelle aktivitetstilbud oppleve positivt fellesskap og en mer meningsfull alderdom. Sansehagen skal òg være åpen for andre brukergrupper, som f.eks. barnehager og Tjenesten for funksjonshemmede, og kan således bli en sosial arena på tvers av generasjoner.

I prosjektet ”Sans og Samling”, skal frivillige lag og foreninger sammen med Alvdal kommune bygge sansehage i tilknytning til Solsida Omsorgshjem. Denne sansehagen skal også brukes av eldre hjemmeboende som er ved institusjonen på dagopphold eller på besøk. Vi vil åpne dørene for at barnehagene, skoleklasser kan komme og besøke de eldre i sansehagen. Det gir anledning til samtaler mellom generasjonene. Sansehagen er tenkt å være et sosialt samlingspunkt for ulike generasjoner. Prosjektet hadde oppstart i april 2009, og selve arbeidet med sansehagen vil starte våren 2010.

## **5.8 Psykiatritjenesten**

Alderspsykiatri er noe psykiatritjenesten også ønsker å rette fokus på. Tall fra Statistisk Sentralbyrå viser at antall personer over 80 år er større i Alvdal enn i Hedmark og landet for øvrig. Informasjon fra Folkehelseinstituttet sier at andelen av mennesker med psykiske lidelser øker med alderen. Det kan være en utfordring å fange opp eldre som sliter med alvorlige psykiske problemer. Det samme gjelder hvordan finne hensiktsmessige måter å forebygge isolasjon og ensomhet for denne gruppen. Psykiatritjenesten mener en må satse ressurser på bemanning i eldreomsorgen, noe som kan bidra til å underlette normale sorg- og taps- følelser etter et levd liv. Psykiatritjenesten opplever å få lite henvendelser fra eldre med psykiske lidelser. Det kan være flere grunner til dette, ikke minst tenker man at denne gruppen har vokst opp med en annen kultur og forståelse når det gjelder psykisk helse, og det å be om hjelp. En utfordring er å fange opp eldre som sliter med psykiske problemer, og hvordan en kan arbeide forebyggende, spesielt i forhold til isolasjon og ensomhet for denne brukergruppen.

Ved heldøgns plass ved sykehjemmet, forutsettes det at hele mennesket blir ivaretatt. Psykiatritjenesten kan først og fremst bidra med råd og veiledning overfor ansatte i eldreomsorgen. I psykiatriplanen 2007-2010 er det nedfelt to målsettinger og tilhørende tiltak for alderspsykiatrien:

### Forebygge passivitet og isolasjon hos eldre i kommunen.

- Støttekontakt for hjemmeboende eldre (støttekontakttjenesten blir i 2009 samlet i et budsjett, og administreres via PRO/TFF.)
- Tettere samarbeid mellom psykiatritjenesten og pleie og omsorg. Ta opp problemstillinger i forhold til eldre hjemmeboende, gjensidig veiledning, drøfting, samarbeid om ulike tiltak. (Fast møte?)

### Heve kompetansen om alderspsykiatri i kommunen

- To representanter for kommunen (spl. fra institusjon og hjemmesykepleien) deltar i kompetansenettverk for alderspsykiatri. Har ansvaret for å bringe kompetansen tilbake til kommunen, for eksempel ved internundervisning.

Når det gjelder pårørende vet man at det å ha et familiemedlem med psykisk lidelse, medfører økte ansvarsoppgaver, bekymringer og belastninger for de nærmeste. De sliter ofte med blandede følelser; vedvarende angst og bekymring for den syke, frustrasjon over egen hjelpeløshet, skyldfølelse, sorg m.m. Pårørende kan være en menneskelig ressurs i et tynt nettverk. Deres innlevelse, erfaring og innsikt har meget stor verdi, både for den syke og for personell i hjelpeapparatet. Det er ingen egne pårørendegrupper i Alvdal, men mulighet for deltakelse på grupper ved DPS Dagenhet på Tynset, ca 2 mil unna.

## **5.9 Pårørendesamarbeid**

Pårørende er viktige i demensomsorgen og vil være pådriver for pasienten i forhold til det offentlige. De sitter inne med kunnskaper om den syke og har oftest stor omsorgs- og støttefunksjon. Dette gjør dem til viktige samarbeidspartnere, samtidig som de kan vurdere nytten av behandlingstilbudet.

De pårørende ønsker:

- kontinuitet, en fast kontaktperson i hjelpeapparatet
- mer hjelp i hjemmet
- avlastning (gjern på kort varsel)
- informasjon og kunnskap
- hjelp til å mestre egne følelser
- hjelp til å mestre atferd
- støttegrupper for pårørende
- bli kontaktet av kommunalt tjenesteapparat ved utskrivning av institusjon.

Tiltak anbefalt av pårørende i rapporten: ”Fra fortvilelse til forståelse” (Hotvedt i 1994):

- La pårørende følge personer med demens til legen.
- Snakk med pårørende om hvilke behov for hjelp personer med demens har.
- Gi muntlig og skriftlig informasjon om sykdommen (så tidlig som mulig), og bli informert suksessivt om utviklingen av sykdommen.
- Gi pårørende beskjed om endringer i behandlingsopplegget og medikasjon
- Inviter pårørende med på behandlingsmøter
- Gjør klare avtaler om hva pårørende skal ha ansvar for

- Legge til rette for samtalegrupper, selvhjelpsgrupper og temakvelder om aldersdemens. Gjerne i samarbeid med den lokale Demensforeningen.

Pårørende vil være viktige som høringsinstans i alle endringer vedrørende demensomsorgen og må få tilbud om deltagelse i arbeidsgrupper som utarbeider forslag.

## **5.10 Frivillige**

### **5.10.1 Frivilligsentralen**

Frivilligsentralen har også ukentlig tilbud til de eldre i kommunen, hvor det blir gitt tilbud om ulike aktiviteter i en positiv og sosial sammenheng, noe som kan virke forebyggende for psykiske lidelser hos eldre.

Alvdal Frivilligsentral gir tilbud om:

- transport av varm mat til hjemmeboende eldre og funksjonshemmede 2 dager i uka.
- Tirsdagsturen: Frivillige henter beboere på sykehjemmet til gåtur, eller på sosialt samvær med underholdning og kaffe. Åpent også for andre eldre på sykehjemmet.
- Eldretreff (torsdager): Dette er et treff for alle i Alvdal som har lyst til å være med, og er først og fremst beregnet på rimelig friske hjemmeboende, og også yngre pensjonister.

### **5.10.2 Besøksvenn**

Tjenesten ble startet opp i 1983/84 gjennom en komité bestående av representanter for hver krets i kommunen. Pr. i dag er det ca. 18 besøkere som besøker ca 25 personer. Det er dessverre et stort underskudd på menn som besøkere. Prinsippet er at noen som de kjenner som de ønsker som besøksvenn, skal stå for besøkene. Dette prinsippet har vist seg å fungere veldig bra. Kirka v/presten tar imot henvendelser om besøk fra både privatpersoner og f.eks. kommunens hjemmetjenester. Dersom en som ønsker besøk, foreslår noen som ikke pr. dags dato er oppført som besøkere, forespør vi vedkommende om han/hun kan tenke seg å gå inn i tjenesten. Besøkere må undertegne taushetserklæring. En gang i kvartalet møtes besøkernes, og ofte har vi invitert noen til å holde en innledning om noe som angår tjenesten. Eksempler på tema som har vært oppe: alzheimers, eldre i trafikken, angst, vold mot eldre m.m. Årlig arrangeres enten et hageselskap/førjulssamvær eller en tur. I 2009 blir det busstur til Vingelen. Invitasjon går da ut til de besøkte, samt beboere på sjukeheimen.

Kontaktperson til besøkstjenesten er Kari Holte, og ønske om besøksvenn kan rettes til henne. Selv om besøkstjenesten skjer i lokalkirkens regi og ledes av presten, driver de ikke med forkynnende virksomhet.

## **5.11 Interkommunalt samarbeid**

Små kommuner har ulik tilvekst av personer med denne typen behov. Et interkommunalt samarbeid vil kunne bidra til trygghet for nødvendig hjelp uavhengig av den enkeltes bosted. Klinisk erfaring er viktig for opprettholdelse av kompetanse samtidig som det gis en mer effektiv utnyttelse av fagfolk.

Følgende områder kan egne seg for et interkommunalt samarbeid:

- Tilbud til yngre personer med demenssykdom

- Forsterket skjermet enhet
- Korttidsavdeling
- Dagsenterdrift
- Pårørende grupper/pårørendeskole
- Veiledningsgrupper for fagpersonellet

+ + + + +

## 6.0 Bemanningsnormer

Det finnes ingen lover eller normer for bemanning pr. i dag, men kravet er at tjenesten skal være forsvarlig. På en sykehjemsavdeling er det en medisinsk ansvarlig (tilsynslege) og en sykepleiefaglig ansvarlig (avdelingssykepleier) som vurderer om det er forsvarlig bemanning.

En landsomfattende undersøkelse i 1996/97 om hvilke tilbud kommuner hadde til personer med demens (Eek og Nygård 1999) viste slik bemanning:

- Dag ukedag                    3 pasienter pr. ansatt
- Aften ukedag                4 pasienter pr. ansatt
- Helg dag og aften        4 pasienter pr. ansatt

Vi har ikke funnet nyere undersøkelser. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens mener disse tallene ikke ser ut til å ha endret seg.

Med utgangspunkt i grunnbemanningen, som forklart i punkt 4.2.1, ser vi et sprik ut fra den gjennomsnittlige bemanning på landsbasis i Alvdal kommune, ved at det er 2 pasienter for mange på dagtid i fht. dagens bemanning. Det er ønskelig at kommunen ser på og vurderer riktig bemanning på avdeling for personer med demens, og vurdere rutiner for riktig bruk av ressursene.

En person med diagnosen demens, skal aldri være alene. Det skal være en ansatt hele tiden på avdelingen. Dette er viktig for å forebygge utrygghet, som igjen fører til angst og uro, som sprer seg i avdelingen. Videre skal en skjerme den demente for inntrykk som fører til uro, og forhindre mye bruk av psykofarmaka til demente. På en skjermet avdeling for demente skal det tilrettelegges for fellesskap og tilhørighet, videre skal beboerne føle seg verdsatt, og ha tilbud om stimulerende tiltak, og ha forutsigbarhet. For å få til det trenger vi stabil bemanning, som systematisk kan tilrettelegge miljøtiltak med støtte, hjelp og forståelse av pasientens situasjon er viktigst.

I tillegg til å dekke de grunnleggende behov for våre beboere, skal personale til en hver tid kunne metoder for å forhindre uro, behandle utfordrende atferd som utagerende atferd, aggressiv atferd, slag, spyting osv. Behandlingen er avhengig av i hvilken grad man er i stand til å forstå pasientens handlingsmønster og legge forholdene til rette slik at mønstret kan brytes. Jobben vår er å hjelpe pasienten til å handle på en sosialt akseptabel måte. Til dette kreves personale med stort krav til faglighet, da dette er en gruppe beboere med en rekke definerte og udefinerte symptomer som faktisk trenger og skal ha noe ekstra, noe som er planlagt ut fra deres behov. Disse pasientene kan ikke selv si fra hva som er vondt, galt osv. Viktig og vesentlig er antall personale til enhver tid. Når en beboer har vært urolig over lengre tid, kan avdelingsleder institusjon sette inn ekstra pleier for tettere oppfølging av den beboeren. Vi skal bli bedre på de tjenester vi allerede har, og i tillegg jobbe for at kvaliteten

på tjenesten vi kan tilby våre beboere økes betraktelig, og målet må være at vi kan tilby tjenester så langt opp på Maslows behovspyramide at vi kan dekke de sekundære behov; som trygghet, anerkjennelse og ros, samhørighet og sosiale behov. Først da er vi oppe på den kvaliteten et sykehjem skal være. Det må legges til rette for den terapeutiske prosess i miljøet: trygghet, struktur, støtte, engasjement, validering. Medisinbruk og bleiebruk vil gå betydelig ned, og trivsel og tilfredshet vil øke både for pasienter og personale. Det er et ledelsesansvar å påse at forholdene legges til rette for å lykkes med dette arbeidet.

## **7.0 Forslag til hvordan oppnå et samlet og differensiert institusjonstilbud for personer med demens**

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har anbefalt at man lager enheter tilpasset ulik alvorlighetsgrad av aldersdemens.

Det er stor enighet i fagmiljøet om at små og oversiktlige boenheter med stabilt personale er den mest hensiktsmessige boformen.

Et differensiert bo og behandlingstilbud forutsetter at en før innflytting vurderer hvilket tilbud som skal gis beboeren. Selve utredningen av en eventuell demenssykdom forutsettes gjort av pasientens fastlege eller sykehjemslege dersom vedkommende er beboer ved sykehjem.

### **Arbeidsgruppens forslag til kjede av heldøgns tilbud:**

- A. Korttidsrom for beboere med moderat til alvorlig demenssykdom, men uten store adferdsvansker og med relativt intakte ADL-funksjoner. Disse kan være plassert på skjermet enhet type B (se punkt under).
- B. Separate enheter for beboere med moderat til alvorlig demenssykdom, men uten store adferdsvansker og med relativt intakte ADL-funksjoner (Skjermet enhet)
- C. Enhet (er) for beboere med langtkommet aldersdemens der pleiebehovet er stort (vanlig sykehjemsavdeling).

## **7.1 Inntaks- og utskrivingskriterier til avd. for personer med demens**

### **7.1.1 Generelle inntakskriterier for alle typer enheter**

- Søker skal være utredet med tanke på demens og skal ha fått en demensdiagnose i henhold til ICD 10 – kriteriene.
- Legeerklæring som redegjør for denne utredningen skal foreligge før innflytting.
- Hovedårsaken til institusjonsbehovet skal være en demenssykdom.
- Søker må tilfredsstille de øvrige inntakskriterier for institusjonsplass

### **Korttids plass (A) - Inntakskriterier:**

- Behandlingsopplegget er basert på at beboer kan ta imot veiledning og tilrettelegging for å oppleve mestring av daglige gjøremål (ADL-funksjoner). Beboer bør således ved inntak ikke ha betydelig reduksjon i ADL-funksjoner (bør ha en Barthel ADL-index skår på 12 eller høyere).
- Vedkommende skal være forholdsvis frisk fysisk og fysisk mobil.
- Pasienter med psykiatriske hoveddiagnoser skal i utgangspunktet ikke integreres i avdelingen.

### **Skjermet enhet (B) (moderat til alvorlig demens) - Inntakskriterier:**

Som ved korttidsplass og i tillegg følgende punkt;

- Søker har vedvarende alvorlige adferds eller psykiske symptomer ved sin demenssykdom, og det er nødvendig med særskilt oppfølging eller utredning grunnet dette.
- Adferdsregistrering og behandlingstiltak skal være skriftlig dokumentert dersom beboer kommer fra annen institusjon.

### **7.1.2 Generelle utskrivningskriterier:**

- Før en utsøking foretas skal det være gjort en totalvurdering som konkluderer med at beboer får et kvalitativt bedre tilbud dit beboer flyttes.
- Pårørende (og beboer om vedkommende har samtykkekompetanse) skal informeres og tas med på råd tidligst mulig i flytteprosessen.
- Utflytting skal ikke skje i den terminale fasen.
- Søker må tilfredsstillende ett av de øvre utskrivningskriterier for den aktuelle boenhet.

#### **Utskrivningskriterier:**

- Pleiebehovet blir omfattende, dvs. at de fleste ADL-funksjoner er tapt tilsvarende en Barthel ADL-index på 7 eller lavere.
- Ved alvorlig somatisk sykdom eller reduksjon i bevegelighet.
- Beboers adferds eller psykiske symptomer ved demenssykdommen er såpass reduserte at det er forsvarlig med utskrivning til annet omsorgstilbud. Adferdsregistrering og behandlingstiltak skal være skriftlig dokumentert ved utflytting.

## **8.0 Behovet for og organisering av opplæring/kompetanseheving av pleiepersonell innen demensomsorgen**

Parallelt med differensieringen skal det legges opp til en kontinuerlig dyktiggjøring av personell. Kompetent personell blir en avgjørende suksessfaktor i behandlingen av pasienter på de ulike enhetene.

Faglært personell er en nødvendig forutsetning for god helse- og omsorgstjeneste til pasienter og brukere. Fagutdanning bidrar til at personell er dyktigere til å forstå den eldres situasjon og problemer, og bedre i stand til å yte kvalifisert hjelp. Mange ansatte uten helsefaglig utdanning, en stor andel midlertidige ansatte og utbredt bruk av deltidsstillinger svekker pasientsikkerheten.

### **8.1 Opplæring/kompetanseheving av pleiepersonell innen demensomsorgen**

I videre utvikling av demensomsorgen må det satses bevisst på spesialkompetanse. Det må iverksettes flere tiltak for å styrke kompetansen og kunnskapen om demens, geriatri og

psykisk helse. Dette må ses i sammenheng med de utfordringer det er og fortsatt kommer til å bli med et økende antall eldre, og høy alder er den største risikofaktor for utvikling av demens. Demenssykdommer er komplisert, og det trengs kompetanse hos personellet for å kunne tilby en verdig omsorg.

Det er viktig med forståelse for nødvendig bemanning og kompetanse på alle plan. Felles holdninger og verdier som trygghet, kontinuitet og tillit er sentrale i omsorgen for demente. Det er behov for videre- og etterutdanninger i geriatri og demenssykdommer både for personell med videregående opplæring og høgskoleutdannet personell.

**FORSLAG:**

**1. Opplæring og kvalifisering av ufaglært personell.**

Obligatorisk grunnkurs for personell tilknyttet enheter for personer med demens som inneholder:

- De vanligste demenssykdommer
- De mest brukte behandlingsformer
- Kommunens organisering av demensomsorgen

Organiseres av faglig ansvarlig sykepleier/ avd. sykepleier i samarbeid med kompetansegruppen i demens ved Solsida omsorgsheim.

30 timers grunnkurs gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens til alle ansatte. (Demensomsorgens ABC?) Dette kurset bør gjennomføres for å jobbe på avdeling med personer med demens.

Det bør utarbeides ei opplæringsliste, med en oversikt over hva en nyansatt ved avd. for personer med demens skal ha vært igjennom. Dette for å sikre at alle pleierne får lik informasjon.

**2. Personell med videregående opplæring tilbys videreutdanning gjennom fagskoleordningen.**

Videre må alle med videregående opplæring få tilbud om sykepleierutdanning, med økonomisk støtte fra kommunen. Det bør også være mulighet for hospitering for fast ansatte.

**3. Tilbud om videreutdanning i aldring og eldreomsorg, geriatri og demens til ansatte med høgskoleutdanning.**

Det settes av en fagdag pr. år på hver avdeling for gjennomgang av ny viten/nasjonale trender, problemsituasjoner, aktuelle saker.

Organisering: Hver avdeling har selv ansvar for igangsetting og gjennomføring, ledes av fagansvarlig sykepleier.

Til arbeid med kartlegging skal sykepleier frikjøpes **minst 20 % av sin stilling** til arbeid med kartlegging, utredning, samordning og oppfølging av hjemmeboende demente.

I tillegg være med i utviklingen av en kvalitativ god demensomsorg i tråd med lovverket.

Det bør jobbes for å få en geriatrisk sykepleier ved Solsida Omsorgsheim, som også kan jobbe ved andre enheter i Alvdal kommune, for eksempel psykiatritjenesten. Dette blir en fagstilling som har opplæring/kompetanseheving som sitt arbeidsområde.

Det bør også vurderes kompetanseheving for annet personale, som f.eks. tilsynslege/fastleger.

## 9.0 Handlingsplan for demensomsorgen

### DELMÅL 1:

#### DEMENSOMSORGEN SKAL INVOLVERE ALLE ANSATTE VED PLEIE, REHABILITERING OG OMSORG OG HELSE

##### Tiltak:

- 1.1 Demensplanen legges til grunn ved alle rutiner for plan- og budsjettarbeid i alle berørte enheter (PRO, Helse).
- 1.2 Alle med lederansvar i kommunen i berørte enheter (PRO, Helse) sørger for at demensomsorg blir satt i fokus på sitt område.

### DELMÅL 2:

#### GOD KOMPETANSE OG FAGLIG UTVIKLING

##### Tiltak:

- 2.1 Demensteamet skal være pådriver i generell kompetanseheving innen alderspsykiatri og demens i kommunen. *Ansvarlig: Demensteam*
- 2.2 Opplæring og kvalifisering av ufaglært personell, via f.eks. obligatorisk gjennomføring av Demensomsorgens ABC. *Ansvarlig: Demensteam, ledere ved PRO*
- 2.3 Tilby videreutdanning gjennom fagskoleordningen for ansatte med videregående opplæring. *Ansvarlig: ledere ved PRO*
- 2.4 Tilbud om videreutdanning i aldring og eldreomsorg, geriatri og demens til ansatte med høgskoleutdanning. *Ansvarlig: ledere ved PRO, Helse*
- 2.5 Gjennomføre opplæring av personlige koordinatore ved behov (kontinuerlig), for å avklare deres roller samt hva er og hvordan utarbeide individuell plan. *Ansvarlig: Rehab.teamet*

### DELMÅL 3:

#### GODE PROSEDYRER, RUTINER OG DOKUMENTASJONSVERKTØY

##### Tiltak:

- 3.1 Opprette interne rutiner for tverrfaglige kartleggingsverktøy. *Ansvarlig: Rehabiliteringskonsulent*
- 3.2 Utvikle tverrfaglig/etatlige samarbeidsrutiner. *Ansvarlig: Demensteamet*
- 3.3 Utvikle opplærings skjema for nyansatte. *Ansvarlig: Demensteamet*

### DELMÅL 4:

#### DEMENSOMSORGEN SKAL TILBYS PÅ EN HENSIKTMESSIG ARENA

##### Tiltak:

- 4.1 Dagaktivitetssenter/tilbud. Tilpasse aktivitetene til ulike funksjonsnivå. *Ansvarlig: Demensteam, ledere ved PRO*
- 4.2 Badedag med velvære – tilbud. *Ansvarlig: ansatte i PRO*
- 4.3 Bygge en sansehage i tilknytning til Solsida Omsorgshjem. *Ansvarlig: Prosjektgruppa sansehage*
- 4.4 Innrede et rom ved institusjonen med interiør som seterstue. *Ansvarlig: Prosjektgruppa sansehage*
- 4.5 Arrangere tilstelninger med sosiale og kulturelle aktiviteter som kunstutstillinger, sang- og musikkarrangement i samarbeid med kommunens kulturskole, Alvdal Mannskor og andre

sang og musikk grupper. *Ansvarlig: Frivillige lag og foreninger.*

4.6 Videreutvikle transporttjenesten for eldre i kommunen for å hente de som vil delta på samlingene, men ikke har egne transportmidler. Skal også hente og bringe til eksterne arrangement. *Ansvarlig: ledere ved PRO*

4.7 Tilby fast tilsyn på natt for hjemmeboende. *Ansvarlig: ledere ved PRO*

## 9.1. Tidsplan

Tidsfrist	Hva
05.10.09	Demensplanen skal være ferdig utarbeidet av arbeidsgruppa og sendes ut på høring i formannskapet.
Desember 2009	Demensplanen sendes ut på høring.
Juni 2010	Demensplanen skal være behandlet politisk
September 2010	Planen iverksettes (forutsatt godkjent)
September 2011	Demensplanen evalueres etter 1 års virkning, for å ta bort "barnesykdommer".
2.kvartal 2013	Demensplanen evalueres

Demensplanen skal til enhver tid samsvare med gjeldende lover og forskrifter. Ved endringer i lover og forskrifter skal rehabiliteringsplanen revideres fortløpende. Slike endringer gjøres av koordinator.

# LITTERATURLISTE

Brækhus, Anne, Tor Erling Dahl, Knut Engedal og Knut Laake. 2009. *Hva er demens?* 4. reviderte utgave. Forlaget Aldring og helse

Demensplan 2015. *Den gode dagen. Delplan til Omsorgsplan 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet

Engedal, K. og P. C. Haugen. 2006. *Lærebok demens, fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

FOR:2004. *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven; nr.1837, 23.12.04*. Helse- og omsorgsdepartementet.

FOR:2001. *Forskrift om habilitering og rehabilitering; nr. 765, 28.06.01*. Helse- og omsorgsdepartementet

FOR:1988. *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie; nr. 932, 14.11.88*. Helse- og omsorgsdepartementet

Granholt, Gro Østmoe. 2007. *Individuell hverdag i gruppe. Skjermet enhet for personer med demens*. Aldring og helse

Solberg, Janca. 2006. *Kjent og nær*. I: Norsk utemiljø 5-06

Strandli, Elin H. Aarø. 2007. *Den beste dagen på mange år...Dagtilbud for personer med demens i Grønn omsorg*. Aldring og Helse Forlag

Westberg, Trude Helen. 2009. *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørendeskoler*. Aldring og Helse forlag

## Vedlegg 1: Henvisning



# ALVDAL KOMMUNE

## Henvisningsskjema til kartleggingsteamet for demensutredning

Pasient	Pårørende
Navn:	Navn:
Adr:	Adr:
Poststed:	Poststed:
Født:	Født:
Tlf:	Tlf:

Henvisende instans:

\_\_\_\_\_

### Anamnese:

Evt. diagnose
Sykdomsbilde/funksjonsnivå
Orienteringsevne mht. tid, sted, situasjon

### Boligforhold:

--

Har pasienten gitt informert samtykke til utredning?  
(sett kryss)

Ja .....  
Nei .....

Hvem skal teamet ta kontakt med før utredning?

Pasienten selv .....  
Pårørende .....  
Andre, hvem .....

.....  
Sted, dato, pasient/pårørendes underskrift



# ALVDAL KOMMUNE

## SAMTYKKEERKLÆRING - DEMENSTEAM

Navn:.....Fødselsnr.....

Adresse:.....Tlf:.....

Hjelpeverge:.....

Jeg gir herved samtykke til at Alvdal kommunes Demensteam:

.....  
.....  
.....

får tilgang på følgende relevante taushetsbelagte opplysninger:

.....  
.....  
.....  
.....

Opplysningene skal benyttes i forbindelse med utredning som danner grunnlag for videre tilbud og tjenester.

Sted, dato:.....

Underskrift:.....