

Den gode dagen



Demensplan for Alvdal kommune 2016 – 2020

Forord

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 vedtok sin første demensplan i 2010. Denne er evaluert internt i forbindelse med denne nye utgaven. Den eksterne evalueringen gjennomføres når denne planen skal ut på høring..

Målet for kommunens arbeid med mennesker med demens, er at de skal tilbys en helhetlig sammenhengende kjede av tjenester; fra hjemmebaserte tjenester i demenssykdommens startfase til behandling i institusjon ved alvorlig grad av demens. Godt kvalifiserte ansatte skal ha et tverrfaglig fokus i arbeidet overfor mennesker med demens.

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

Vedtatt i kommunestyret

Evaluering av planen.

Planen evalueres og justeres hvert 4-6 år. Neste evaluering i 3. kvartal i 2019. Kapittel 8, Handlingsplanen, evalueres av Demensteamet i løpet av planperioden. Kommunestyret holdes løpende orientert.

Alvdal,

For Hukommelsesteamet,
Gunhild Ledang, ergoterapeut/ rehabiliteringskonsulent
Tlf. 62 48 94 26, Mobil. 95813140
E-post: gunhild.ledang@alvdal.kommune.no

Elin Trønnes, Vernepleier i hjemmetjenesten
Tlf. 62 48 94 00 (sentralbord)
E-post: elin.tronnes@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.....	7
1.2.1 Aldersdemens	7
1.2.2 Depresjon hos eldre	9
1.2.3 Aktuelle målgrupper.....	9
1.3. Brukermedvirkning	9
2.0 Sentrale lover og retningslinjer	10
2.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.....	10
2.2 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.....	11
2.3 Lov om pasient- og brukerrettigheter	11
2.4 Andre sentrale dokumenter	11
3.0 Målsetting for demensomsorgen	12
3.1 Målsetting for god demensomsorg i institusjonen	12
3.2 Målsetting for hjemmeboende personer med demens.....	13
4.0 Oversikt over tilbud som finnes innen demensomsorg i Alvdal kommune.....	13
4.1 Hjemmebasert omsorg.....	13
4.2 Institusjonsplasser tilrettelagt for personer med demens	14
4.2.1 Skjermet enhet.....	14
4.2.2 Dagtilbud og sansehage.....	15
For hjemmeboende eldre er det pr. 1.5.2016 etablert 2 dagtilbud:	15
4.3 Interkommunalt samarbeid.....	15
4.3.1 <i>Kompetansenettverk for alderspsykiatri</i>	15
4.3.2 <i>Demensforening i Nord – Østerdal</i>	16
4.3.3 <i>Demenslinja</i>	16
4.4 Personlig koordinator	16
4.5 Individuell plan	17
4.6 Ansvarsgruppe.....	17
5.0 Tiltak i demensomsorgen	17
5.1 Tidlig utredning og diagnostikk av demenssykdommer	17
5.2 Hukommelsesteam	18
5.3 Hjemmebasert omsorg.....	19
5.4 Dagsenter som en del av demensomsorgen.....	19
5.4.1 Dagtilbud tilrettelagt for hjemmeboende personer med demens.....	20
5.4.2 Dagtilbud tilrettelagt for beboere på skjermet avdeling.....	21
5.5 Avlastning	21
5.6 Støttekontakt.....	22
5.7 Sansehage	23

5.8 Psykiatritjenesten	23
5.9 Pårørendesamarbeid	24
5.10 Frivillige	25
5.10.1 Frivilligstrategi i Alvdal	25
5.10.2 Frivilligsentralen	26
5.10.3 Besøksvenn.....	26
5.10.4 Interkommunalt samarbeid.....	26
6.0 Bemanningsnormer	27
7.0 Hvordan kan en oppnå et samlet og differensiert institusjonstilbud for personer med demens?.....	28
7.1 Inntaks- og utskrivningskriterier til avd. for personer med demens.....	29
7.1.1 Generelle inntakskriterier for alle typer enheter	29
7.1.2 Generelle utskrivningskriterier:.....	30
8.0 Behovet for og organisering av opplæring/kompetanseheving av pleiepersonell innen demensomsorgen	30
8.1 Opplæring/kompetanseheving av pleiepersonell innen demensomsorgen.....	30
9.0 Handlingsplan for demensomsorgen i Alvdal kommune	32
9.1. Tidsplan	33
LITTERATURLISTE	34
Vedlegg:	
Henvisningsskjema	
Samtykkeerklæring	

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for planarbeidet

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, iverksatt fra 1.1.2012, pålegger alle kommuner å tilby følgende:

§ 3-2. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen blant annet tilby følgende:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
 - a. helsetjeneste i skoler og
 - b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
 - a. legevakt,
 - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
 - c. medisinsk nødmeldetjeneste
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
 - a. helsetjenester i hjemmet,
 - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
 - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
 - d. avlastningstiltak.

Det er en markant økning av ulike demenslidelser i samfunnet i dag. I Norge har omtrent 71 000 personer en demenssykdom. Forskning viser at omtrent 80 % av beboere i sykehjem har demens. Sykdommen har betydelige konsekvenser for de pårørende, noe som betyr at mellom 250 000 og 300 000 personer er berørt.

Forekomsten av demens øker med alderen. For personer i aldersgruppen 80-84 år er forekomsten vel 17 %, mens den i aldersgruppen over 90 år er mer enn 40 %. Dette innebærer at når befolkningen blir eldre, vil flere få demenssykdom. Forventet befolkningsutvikling i Norge medfører at antall personer med demens vil fordobles til om lag 140 000 innen 2040.

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.

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 fremmet forslag til organisering og utvikling av demensomsorgen. Dette dannet grunnlaget i kommunens første demensplan og er retningsgivende for det videre arbeidet.

Alvdal kommune har følgende tilbud til personer med demens:

- Solsida omsorghjem, som er kommunens sykehjem med skjermet enhet.
- Bemannede omsorgsboliger.
- Hjemmetjenesten, som følger opp hjemmeboende eldre.
- Rehabiliteringskonsulent gjør utredning på hjemmeboende eldre, og bistår i formidling av hjelpemidler.
- Kommunefysioterapeut som behandler, gir råd og veiledning til brukere og ansatte i PRO.
- Hukommelsesteam i kommunen.
- Fastlegen som sørger for utredning og oppfølging medisinsk.
- Dagtilbud for hjemmeboende med demens og en dag for hjemmeboende med bedre funksjonsnivå.
- Psykiatritjenesten innen enhet Helse.
- Frivilligsentralen.
- Sansehagen og seterstua ved Solsida omsorgsheim.

Eksempel på tiltak som gjøres, og der samhandlingen rundt pasienter med demens er viktig er:

- Rehabiliteringskonsulenten og hukommelsesteamet tar screeningtester som MMS og klokketest.
- Resultater sendes videre til lege som sjekker allmenntilstand og evt. bestiller CT. Lege henviser da evt. videre til geriater for videre utredning ved behov.
- Psykiatritjenesten mottar henvisninger på oppfølging i form av samtaler ved for eksempel ved depresjon. Ofte ser vi at dette kan være i en kombinasjon med en begynnende demens. Vanskelig å vite hva som er hva.
- Hjemmetjenesten skal ha informasjon om tiltak og undersøkelser som er iverksatt av andre, for å iverksette målrettede tiltak som pasienten trenger.
- Fysioterapeut og ergoterapeut får melding om oppgaver fra fastlegen, tilsynslegen og andre.

Vi konkluderer med at tilbudet må videreutvikles både når det gjelder struktur, møteplasser og samhandling på tvers av enhetene. Vi har følgende forbedringsområder:

- Ulike journalsystemer i PRO og Helse krever ekstra fokus på å informere hverandre.
- Holdninger til samarbeid må utvikles.
- Etablere møtearenaer mellom de to enhetene PRO og Helse.

- Knapphet på tidsressurser.
- En bredere og mer samlet utredning, se helheten hos bruker.
- Pårørendearbeidet må utvikles.
- Kompetanseheving for de som jobber med demens (Demensomsorgens ABC).
- Økt bemanning på skjermet enhet på institusjonen.
- Utvide dagtilbudet med flere dager pr. uke.
- Øke bistanden fra frivillige og pårørende.

Mye er også gjennomført, og vi nevner spesielt:

- Hukommelsesteamet arbeider systematisk.
- Sansehagen med seterstue er etablert fra sommeren 2012.
- Dagtilbud for mennesker med demens er etablert våren 2012.
- Kulturelle og sosiale tiltak gjennomføres.
- Prosjekter med musikkterapeutiske tiltak
- etablere bemannede omsorgsboliger.

1.2 Hva er demens?

Definisjoner, begreper og avgrensning

Hovedpunkter:

- Med økende levealder vil vi få et økt antall demenstilfeller.
- Risikofaktorer for demens ser for en stor del ut til å være de samme som risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer.
- Tiltak som rettes mot forebygging av hjerte- og karsykdommer, kan trolig også redusere antall tilfeller av demens.
- Gener spiller en vesentlig rolle for demens.

1.2.1 Aldersdemens

Alders-demens 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 % av personer over 75 år og hos mer enn 20 % hos dem som er over 80 år og 43 % for gruppen over 90 år.

Man antar at omtrent 70 000 personer, eller 1,4 prosent av befolkningen lider av demens i Norge (Rapport, Sosial og helsedirektoratet, 2007). Dette tallet er i hovedsak basert på en enkelt undersøkelse gjort i Nederland for ca. 20 år siden og er noe usikkert. 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)

Beregninger viser at forventet økning i levealder i Norge vil føre til mer enn en fordobling i forekomst av demens fra 2006 til 2050, dersom aldersspesifikk utbredelse holder seg på dagens nivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Forskning viser at flere kvinner enn menn blir demente og at personer med lav utdanning har høyere forekomst av demens enn de høyt utdannede.

Dette er imidlertid verstefallsprognoser. Eksponering av en del risikofaktorer kan og vil antakelig bli redusert gjennom forebygging, og en ny undersøkelse fra England har vist en nedgang i demensutbredelse fra 8,3 til 6,5 prosent i perioden fra ca.1990 til 2010. Tallene er korrigert for at levealderen var lavere i 1990. (Matthews, 2013). I tillegg har en dansk studie funnet klart bedret kognitivt funksjonsnivå blant personer i alderen 93-95 år over en tiårsperiode (Christensen, 2013). Selv om forebygging neppe kan forhindre en økt utbredelse av demens som konsekvens av høyere levealder, kan økningen antakelig bremses en god del.

Årsaker til demens er ikke helt kartlagt. Men en antar at risikofaktorene omfatter høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå, diabetes, gjentatte betennelser og infeksjoner, hormonerstatninger, røyking, høyt alkoholforbruk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og overvekt. (Plassman, 2010, Grysiewicz, 2008).

Fra et forebyggings-synspunkt ser det heldigvis ut til at veien til et demensfritt liv er omtrent den samme som til god helse for øvrig. Siden risikoen for demens øker med økende tilstopping av blodårer, kan tiltak som tar sikte på å redusere forekomsten av hjerte- og karsykdommer også påvirke forekomsten av demens. Eksempler er økt fysisk aktivitet, redusert tobakksrøyking og «hjertevennlig» kosthold.

Alzheimers sykdom:

Ca. 60 prosent av personer med alders-demens 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 langsom 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 tilfredsstillende 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) Personer med demens 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. 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

Tiltakene i demensplanen skal gis til både yngre og eldre personer med demensdiagnosen. I hvert enkelt tilfelle vil være behov for individuelle tilpasninger. Pr. dags dato har vi flere noe yngre personer med demensdiagnosen i kommunen.

1.3. Brukermedvirkning *(beskrevet i "Forskrift om habilitering og rehabilitering" 1).*

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 hukommessvikt), 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 brukermedvirkning 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 kommunes 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 likestilling og funksjonshemmede, Demensforeningen i Nord-Østerdal.

2.0 Sentrale lover og retningslinjer

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

2.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

§ 1-1. Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

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

2.2 Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen

§ 1. Lovens formål

Formålet med loven er å bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til sosial og økonomisk trygghet, herunder at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig, og fremme overgang til arbeid, sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet.

Loven skal bidra til at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Loven skal bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer.

2.3 Lov om pasient- og brukerrettigheter

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.

Bruk av velferds- og sporingsteknologi omhandles i denne loven. Se § 4-6 i denne loven. Slik teknologi gir pasienter og brukere nye muligheter til selvstendighet, trygghet og mulighet til å kunne bo hjemme lenger. Det finnes et bredt spekter av tekniske løsninger for varsling og lokalisering.

Eksempler på varslingsteknologi er fallalarmer, trygghetsalarmer og bevegelsesalarmer. Eksempler på lokaliseringsteknologi eller sporingsteknologi er GPS-løsninger.

Varslings- og lokaliseringsteknologi som ledd i helse- og omsorgstjenester kan fritt benyttes såfremt tjenestemottaker samtykker til det. I tilfeller der myndig pasient eller bruker mangler samtykkekompetanse, kan det treffes vedtak om bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi når vilkårene i loven er oppfylt.

Bestemmelsene gjelder tjenestemottakere uten samtykkekompetanse som **ikke** motsetter seg tiltaket. For tjenestemottakere som motsetter seg bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi gjelder egne regler i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

2.4 Andre sentrale dokumenter

- Helsepersonelloven
- Forvaltningsloven
- 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. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg»*

- *St. melding nr. 10 (2012-2013) «God kvalitet – trygge tjenester»*
- *St. melding nr. 47 (2011-2012) «Samhandlingsreformen»*
- *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”*
- NOU 2004:18: *”Helhet og plan i sosial og helsetjenestene”*
- NOU 2001: *”Fra bruker til borger”*
- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988)
- Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012)
- Rundskriv T-5/99 ”Tilgjengelighet for alle”
- En rekke andre forskrifter innen helse og omsorgstjenesten.

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 så langt råd er ha medbestemmelse i alle tiltak og planer.

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 kommune 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 har gode etiske holdninger 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 forutsigbarhet.
- Mest mulig stabil bemanning rundt mennesker med demens.
- Ansatte har kunnskap og handler iht. lovbestemmelser i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester, kap. 4A (om tvang og makt) samt Lov om pasient og brukerrettighetsloven.

- 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.
- Fagsykepleier har hovedansvaret for all informasjon til pårørende. Primærkontakten gjennomfører også pårørendesamtaler.

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 gode etiske holdninger, ærlighet, respekt og trygghet.

- Tilstrekkelig antall daglige tilsyn. Hjelp til med personlig hygiene med mål om mest mulig selvhjelp.
- Legge til rette slik at den demente får hjelp til å få i seg mat og drikke. (F.eks. få tilkjørt frokost og middag daglig).
- Samarbeid og jevnlig møter/ telefonkontakt med pårørende. Færrest mulig pleiere 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, dagopphold på Solsida og andre aktiviteter som er tilrettelagt for demente).
- Samhandle med pårørende og den demente for å vurdere om bemannet omsorgsbolig er riktig tjenestenivå.

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

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 demensteamet. Målet for omsorgen er at personer med demens får bo i hjemmet lengst mulig. Avlastning for 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	Antall pasienter	Dag - ukedag	Aften- ukedag	Dag- helg	Aften - helg	Bakvakt Aktiv ambulant nattvakt
Hjemmetjenesten	varierer	4	2	2	2	1 stk.

Hjemmetjenesten disponerer 7 omsorgshybler på institusjonen i avd. 1N.

4.2 Institusjonsplasser tilrettelagt for personer med demens

Alvdal kommune har 31 langtids institusjonsplasser og 2 korttids- rehabiliteringsplasser. I 2012 reduserte vi fra 36 til 33 plasser. Av disse 31 langtidsplassene er 13 plasser tilrettelagt for personer med demens. Nasjonale erfaringstall tilsier at ca. 75-80 % av beboerne i sykehjem har en demenssykdom. Vi må derfor vurdere om 10 plasser skal skjermes for beboere uten demens og resten av plassene tilrettelagt for demente.

De 13 plassene for personer med demensdiagnosen, er fordelt på to avdelinger på følgende måte:

Avdeling/sted	Type tilbud	Antall pasienter	I drift
Solsida omsorgsheim			
• avd. 1Ø	Skjernet enhet	7 pers.	Ja
• avd. 1S	Skjernet enhet	5 pers.	Ja

4.2.1 Skjernet enhet

Begrepet «Skjernet enhet» defineres i Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4 – 7:

”Skjernet enhet for senil demente kan etableres for grupper fra 4 – 12 beboere. Før innflytting i enheten skal beboere være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens må være fastslått. Beboere fra slik enhet skal ha adgang til felles goder/ aktiviteter og sikres samme areal til disposisjon som andre beboere.”

En velfungerende skjernet 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 28 beboere
Solsida omsorgsheim Avd. for personer med demens	12 pers.	3,5	3	3	3	2 stk.

Det kan diskuteres om vi kan hevde og ha skjermet enhet på Solsida omsorgsheim. Dertil er bemanningen for lav. Til sammenligning viser undersøkelser den 01.11.14 at nabo-kommunene har følgende pleiefaktor (pleier: pasient):
Folldal (2:5) og Tynset (3:8) og Alvdal (3:12).

Solsida Omsorgsheim:

- Sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere i turnus. Pr. juni 2016 er det ca. 24,7 hele stillinger i turnus.
- Sykepleier og fagsykepleier dekker hele institusjon og er faglig ansvarlig. (7,2 stillingshjemler for sykepleiere fordelt på 28 pasienter).

Det er ikke utarbeidet nasjonale normer for bemanning på skjermet enhet. Det vises til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Spesielt kap. 4 om forsvarlige tjenester samt veileder for forsvarlig faglig utøvelse. Se pkt. 6.0.

4.2.2 Dagtilbud og sansehage

For hjemmeboende eldre er det pr. 1.5.2016 etablert 2 dagtilbud:

Mandager: tilbud til hjemmeboende med relativt god fysisk og kognitiv funksjon

Tirsdager og torsdager: tilbud til hjemmeboende med kognitiv svikt og begynnende demens.

Se mer om Dagtilbud under pkt. 5.4.1.

I 2012 ble sansehagen ved Solsida omsorgsheim etablert. Et lite seterhus er bygget i hagen, og ellers en rekke installasjoner som gir mennesker med demens gode assosiasjoner med sin fortid. Det gir rike opplevelser å gå og være tilstede i sansehagen. Se mer om sansehagen i pkt. 5.7.

4.3 Interkommunalt samarbeid

4.3.1 Kompetansenettverk for alderspsykiatri

Nettverket har ligget dødt av ulike årsaker en stund, men det arbeides for å reetablere det. To representanter fra kommunen (pr. i dag en representant fra Solsida institusjon og en fra hjemmetjenesten) skal være deltaker i kompetansenettverk for alderspsykiatri.

Alvdal kommunes representanter i 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.

4.3.2 Demensforening i Nord – Østerdal

Foreningen ble stiftet 20.04.09, og er et samarbeid mellom kommunene Tolga, Tynset og Alvdal. Foreningen kan bidra med å holde ulike kurs rundt temaet demens. Demensforeningen arrangerer pårørendeskoler årlig. Første gang sen vinteren 2009.

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 enkeltes personlige koordinator skal utpekes blant kommunens aktuelle kandidater og etter brukerens ønske dersom dette lar seg gjøre.

Oppgaver:

- 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 begynnelende 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).

Vi viser til kommunens retningslinjer for Personlig koordinator og Individuell plan.

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. Det skrives og arkiveres referat fra møtene.

5.0 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 fysisk og psykisk sykdom.
- Fastlegen / tilsynslegen videreformidler evt. pasienter til vurdering i spesialisthelsetjenesten.

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. Dette er gjentakende funn i forskningen om demens. 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. De første samtalene med pårørende og den som har fått diagnosen, er særdeles viktig for å legge godt grunnlag for videre samarbeid.

5.2 Hukommelsesteam

Det er etablert hukommelsesteam i kommunen. Hukommelsesteamets mandat er å følge opp at tjenesten er faglig forsvarlig, både i hjemmetjenesten og institusjon, samt gi informasjon til publikum.

Hukommelsesteamet består av:

- Sykepleier/ vernepleier fra institusjon
- Sykepleier/ vernepleier / hjelpepleier fra hjemmetjenesten
- Rehabiliteringskonsulent/ ergoterapeut

Ved spesielle oppgaver blir relevante ressurspersoner tilkalt til teamet. Ingen lege er tilknyttet teamet, men samarbeid med fastlegen er viktig i kartlegging og oppfølging.

Hukommelsesteamet er et lavterskeltilbud og ofte de første i kontakt med pasienten ved ønske/ henvisning om utredning. Hukommelsesteamet har ansvar for kartlegging ved mistanke om demens, og skal kartlegge demens så tidlig som mulig. Teamet møtes en gang i uken. 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. 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 foregår 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 Hukommelsesteamet.
- Rett tiltak søkes iverksatt.

Teamet jobber slik at de alltid går to sammen på hjemmebesøk der hvor pasient og pårørende bor sammen. Den ene samtaler med pasienten og den andre 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. Hukommelsesteamet vurderer hvilke andre instanser som skal kontaktes.

Hukommelsesteamet bidrar videre med:

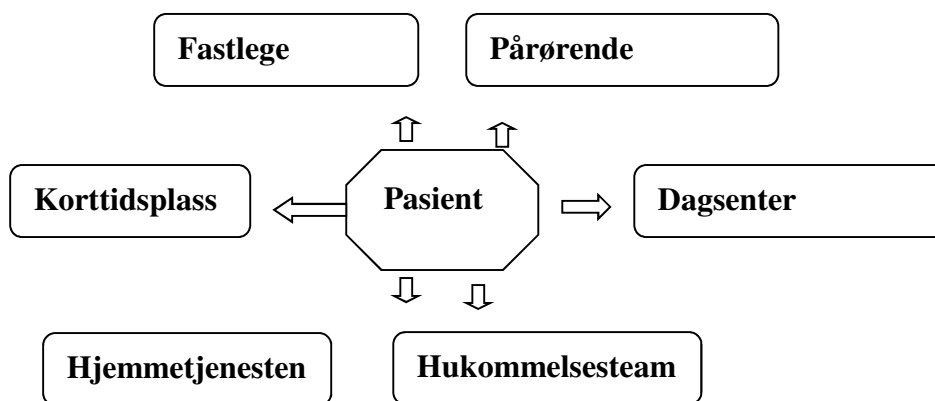
- Bistand til kartlegging i forhold til hjelpebehov og omsorgsnivå i alle faser av sykdommen.
- Råd, veiledning og undervisning for pasienten, de pårørende og hjemmetjenesten.
- Et sted å henvende seg for pasienter, pårørende og helsepersonell.
- Samarbeidspartner og bindeledd innen demensomsorgen.
- Forutsigbarhet i demensomsorgen.

Hukommelsesteamet skal primært behandle brukersaker, men kan også ta opp generelle saker når det er behov for det. I tillegg til hukommelsesteamet har vi også utvidet hukommelsesteam, her er avdelingsleder i Hjemmetjenesten med, legen og de tre i hukommelsesteamet. Dette teamet møtes ved behov. Her diskuteres mest overordnede/generelle saker. Hukommelsesteamet sørger for innkalling til disse utvidete møtene.

Det er en utfordring å etablere tilstrekkelig samarbeid med fastlegen. Hukommelsesteamets utredning er en støtte for fastlegens behandling og oppfølging av pasienten. Ved behov kan også spesialisthelsetjenesten kontaktes for veiledning.

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 pårørende føle at hverdagen er trygg og bære preg av kontinuitet og tillit. Hjemmetjenesten og Hukommelsesteam skal fungere som 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. Hukommelsesteamet motiverer og bidrar til kunnskapsøking på feltet demensomsorg.

5.4 Dagsenter som en del av demensomsorgen

Dagtilbud er av mange omtalt som det manglende mellomledd i omsorgskjeden. Den nasjonale kartleggingen i 2011 viste at bare 9,3 % av kommunene hadde et slikt tilbud. Bare ca. 4 % av de 35 000 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.

Regjeringen har i en rekke stortingsmeldinger presisert det kommunale ansvaret for slike tilbud i tråd med Lov om kommunale helse- og omsorgstjenesters formål. Kommunen har ansvar for 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). Fra 2012, gir Helsedirektoratet tilskudd til å etablere dagaktivitetsplasser for mennesker med demens. Alvdal mottar årlig tilskudd til drift av Dagtilbud.

Omgivelsene på et dagtilbud bør være oversiktlige og lette å orientere seg i. Et begrenset antall brukere (7-8) i egnete 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 dagliglivets funksjoner. Måltidene på dagsenteret er veldig viktig ernæringsmessig for 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 fra april 2012 etablert dagtilbud for 2 grupper, 3 dager pr. uke. Mandager er dagtilbud for relativt mentalt- og funksjonsfriske. Tirsdager og torsdager er dagtilbud for mennesker med begynnende utviklet demens.

Det er ønskelig at dagtilbudet utvides slik at hver gruppe får 2 dager ukentlig på dagtilbudet. Hver gruppe består av ca. 8 personer pr. dag. Bemanningen bør bestå av kvalifiserte ansatte med kunnskap innen demens.

Siden mai 2013, har dagtilbudet blitt opprettholdt med betydelig bistand fra enkeltstående frivillige og frivillige gjennom Frivilligsentralen. Det er et imponerende bidrag fra de frivillige. Hittil har ikke kommunen funnet penger til å finansiere dagtilbudet, og det opprettholdes ved omdisponeringer innen PRO sitt budsjett, med støtte fra Helsedirektoratet, egenandel fra deltakere og ved frivilliges bistand. Det er varslet at Dagtilbud skal lovfestes, men inntil videre lever Dagtilbudet litt på nåde.

Det gjennomføres et systematisk aktivitetsprogram på Dagtilbudene, og tiltaket har fått meget god omtale fra brukere og pårørende. Dagtilbudet har ikke ideelle lokaler for sin virksomhet. PRO arbeider med planer om bedre lokalisering, og utvidet tilbud. Transport til Dagtilbudene er også en utfordring. Det er kostbart å benytte drosje for deltakerne 2 dager pr. uke. Det er ønskelig med transportbistand fra frivillige og pårørende. Men dette reguleres av «løyve for transport av pasienter / brukere».

5.4.2 Dagtilbud tilrettelagt for beboere på skjermet avdeling

For personer med diagnosen demens er det spesielt viktig med struktur på hverdagen, og faste rutiner. 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. Solsida mangler aktivitet, men ansatte lager tilbud 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 musikkterapi
- SPA – dag
- frivillig besøkstjeneste
- gruppetrening og gåturer
- bingo
- lesegrupper

5.5 Avlastning

Avlastning er en tjeneste som kommunen skal ha etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 (6) bokstav d.

Avlastningstilbud kan gis både som avlastning i eget hjem og som heldøgn, dag- eller nattopphold 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 samfunngoder 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

Ideelt skulle 1 – 2 rom avsettes til avlastning/korttidsopphold for personer med diagnosen demens, og forbeholdes personer med denne diagnosen. Dette er imidlertid vanskelig å gjennomføre når pågangen på plass på institusjonen er stor. 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, hukommelsesteam eller spesialisthelsetjenestens oppgaver med diagnostisering.

Avlastning kan også innvilges som dag- eller nattopphold på institusjonen. 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 stimuleringsstiltak, 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. Besøk fra Kirkens besøkstjeneste kan også avtales. Det er en frivillig ordning gjennom kirken og er nøytral i livssyn. (se pkt. 5.10.3).

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. Det er et ønske om å etablere helgeavlastning i et rom tilknyttet Dagtilbudet, som kan betjenes av hjemmetjenesten.

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 kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 (6) bokstav b *som omhandler støttekontakt. Støttekontakt er et tilbud til hjemmeboende, og gis ikke til beboere på heldøgn institusjon. Unntak kan vurderes.*

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 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. Organisering av støttekontaktordningen skal gjøres mer fleksibel. Også støttekontaktgrupper skal bli et tilbud til brukerne.

5.7 Sansehage

Sommeren 2012 ble sansehagen i Alvdal innviet. Den ligger i området sør for Solsida omsorgsheim. I årene fra 2010 til 2012 ble hagen og ei seterstue bygget opp med leder i LHL Alvdal som prosjektleder. Med hovedsakelig frivillig innsats fra LHL og flere enkeltpersoner, ble sansehagen en realitet. Likeså takket være finansiering fra ExtraStiftelsen, og noe delfinansiert av kommunen og gavemidler fra private og organisasjoner. Et sansehagefond er etablert av de gjenværende midlene. Fondet skal finansiere utstyr og framtidige utgifter til driften av hagen og ulike tiltak for beboerne på Solsida.

Den brukes både av deltakere på dagtilbudene, hjemmeboende eldre, pårørende og beboere på institusjonen. Også tjenesten for funksjonshemmede (TFF), barnehagene og skolene benytter sansehagen. Vi ønsker at den skal være en park for hele befolkningen i Alvdal.

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 Omsorgsheim 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.

5.8 Psykiatritjenesten

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 viser at andelen mennesker med psykiske lidelser øker med alderen. Det kan være en utfordring å fange opp eldre som sliter med alvorlige psykiske problemer og 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.

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 er det nedfelt to målsettinger og tilhørende tiltak for alderspsykiatrien:

Forebygge passivitet og isolasjon hos eldre i kommunen.

- Støttekontakt for hjemmeboende eldre.
- Tettere samarbeid mellom psykiatritjenesten og PRO. Ta opp problemstillinger i forhold til eldre hjemmeboende, gjensidig veiledning, drøfting, samarbeid om ulike tiltak.
- Tilbud om dagsenter-opphold skal gis eldre hjemmeboende som er ensom og isolert og som har funksjonsevne for dette tilbudet.

Heve kompetansen om alderspsykiatri i kommunen

- To representanter for kommunen (spl. fra institusjon og hjemmesykepleien) deltar i kompetansenettverk for alderspsykiatri. De har ansvaret for å bringe kompetansen tilbake til kommunen, for eksempel ved internundervisning.
- I kompetanseplanen for PRO framgår det at videreutdanning innen psykiatri er høyest prioritert.

Å ha 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.

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. Den offentlige demensomsorgen kan ikke løse alle oppgavene alene. Stortingsmelding 29 «Morgendagens omsorg» understreker at de pårørende vil alltid spille en viktig komplementær rolle i omsorgen.

De pårørende ønsker:

- Kontinuitet, en fast kontaktperson i hjelpeapparatet.
- Mer hjelp i hjemmet.
- Avlastning (gjerne 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 utskriving 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 medisiner.
- 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. Gjærne i samarbeid med den lokale Demensforening.

Pårørende er viktig høringsinstans i alle endringer vedrørende demensomsorgen og må få tilbud om deltagelse i arbeidsgrupper som utarbeider forslag.

5.10 Frivillige

5.10.1 Frivilligstrategi i Alvdal

For å mestre morgendagens utfordringer innen omsorgstjenestene, vil frivillig innsats være avgjørende. «Morgendagens Omsorg», St.meld.nr. 29 (2012-2013), beskriver viktigheten av de ressursene som ligger i frivilligheten. Forskning viser at behovet for samarbeid mellom frivillige og kommunehelsetjenesten er stor, og at mange ønsker å jobbe frivillig med konkrete oppgaver. Forskningen viser også at de som arbeider med frivillige oppgaver, får mye igjen for dette i form av trivsel og meningsfulle opplevelser. Her ligger store ressurser for samfunnet. SSB (Statistisk sentralbyrå) hevder at verdiskapningen i frivilligheten økte fra 92 milliarder kroner i 2008, til 101 milliarder kroner i 2010.

Det understrekes at kommunene oppfordres til å jobbe mer systematisk for å etablere samarbeid med frivillige. Frivillige og pårørende er nødvendige og viktige bistandsyttere til de kommunale tjenestene som gis. I framtida vil kommunen neppe klare å yte tilstrekkelige tjenester, og må satse på frivillig bistand som et tillegg.

For å systematisere dette samarbeidet, lages en kommunal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet. En slik strategi omfatter bl.a.: mobilisering, rekruttering, kunnskapsoppfølging, organisering, koordinering, arenaer og oppgaver. Samhandlingen med Frivillisentralen og folkehelsearbeidet blir sentralt i en slik strategi.

5.10.2 Frivilligsentralen

Frivilligsentralen har flere ukentlige tilbud til de eldre i kommunen. Det blir gitt tilbud om ulike aktiviteter i en positiv og sosial sammenheng, noe som kan virke forebyggende for psykiske lidelser og ensomhet hos eldre.

Alvdal Frivilligsentral gir tilbud om:

- Transport av varm mat til hjemmeboende eldre og funksjonshemmede 2 dager i uka.
- Har ansvar for Dagtilbudet i samarbeid med PRO på mandager.
- Tirsdagsturen: Frivillige henter beboere på sykehjemmet til gåtur, eller på sosialt samvær med underholdning og kaffe. Åpent også for andre eldre på sykehjemmet.
- Frivillige deltar også på Dagtilbudet på tirsdager.
- 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.
- Jevnlige arrangement med kultur og kaffe på Solsida.

5.10.3 Besøksvenn

Tjenesten ble startet i 1983/84 og har fungert sammenhengende siden den gang. Pr. i dag består den av 19 besøkere som besøker ca. 25 personer. I tillegg hjelper man til med å skaffe besøkere som ikke nødvendigvis er formelt tilknyttet besøkstjenesten, ut fra tanken om at det viktige er å sikre at de som ønsker det, får besøk og ikke hvordan det organiseres. Det er et betydelig underskudd på menn som besøkere. Hovedprinsippet er at det fortrinnsvis bør være noen kjente av dem som ønsker besøk, som står for besøkene. De som ønsker besøk, blir alltid forespurt om det er noen spesiell de ønsker besøk av. Besøkere må undertegne taushetserklæring.

Besøkstjenesten tar imot henvendelser både fra privatpersoner og f.eks. kommunens hjemmetjenester og institusjon. Besøkere møtes en gang i kvartalet. På disse møtene har en ofte en invitert innleder om tema som er relevante for tjenesten. Årlig arrangeres enten en tur eller et sosialt samvær.

Det er godt samarbeid mellom hjemmetjenesten, Solsida og besøkstjenesten. Besøkstjenesten driver IKKE med forkynnende virksomhet, selv om den skjer i den lokale kirkens regi. Besøkerne har stor frihet i hvordan de organiserer sine besøk (f.eks. hvor ofte de går på besøk, telefonkontakter, varighet av besøk osv.). De gjør selv sine avtaler med dem de besøker/evt. med nære pårørende. Vi tror det er viktig med en kombinasjon av regelmessighet og fleksibilitet.

Kontaktperson for besøkstjenesten er Kari Holte, og ønske om besøksvenn kan rettes til henne.

5.10.4 Interkommunalt samarbeid

Små kommuner har ulik tilvekst av personer med demens. 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.

Det er ikke etablert et interkommunalt samarbeid utover Nord-Østerdal Demensforening. Den startet opp i 2009. Det kan imidlertid ligge godt til rette for et samarbeidsprosjekt innen demens i Fjellhelse i framtiden.

6.0 Bemanningsnormer

Det finnes ingen lover eller normer for bemanning pr. i dag, men kravet er at tjenesten skal være forsvarlig. Se «Lov om kommunale helse og omsorgstjenester» kap. 4 § 4-1. 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

I Alvdal:

- Dag ukedag 3,4 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, jfr. punkt 4.2, ser vi samsvar mellom gjennomsnittlig bemanning på landsbasis og bemanningen i Alvdal kommune. Vi har de 2 siste årene tangert gjennomsnittsbemanningsfaktor ved å legge ned 2 pasientrom.

Forarbeidene til «Lov om kommunale helse og omsorgstjenester» her har utredet kravet til forsvarlighet i proposisjonen til Stortinget, pkt. 20 om «Krav om forsvarlige tjenester». Forsvarlighetskravet er ikke entydig definert i loven. Det er heller ingen planer om å innføre nasjonal norm for bemanning. Begrepet forsvarlighet er en rettslig standard, som betyr at det må sees i sammenheng med normer utenfor loven. Forståelse av forsvarlighet må utredes mer

før det kan lovfestes. Inntil da skal faglige anerkjente standarder bygget på kunnskap ligge til grunn for forsvarlighet.

Hva er så forsvarlighet i demensomsorgen?

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, samhörighet 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. Herunder også en utfordring for budsjettet i PRO. Ved inntak av meget syke eller utagerende og aggressive mennesker med demens, vil personellbehovet øke. Det betyr omorganisering av personellressurser eller en påplussing av personell hvis omorganisering ikke løser behovet.

7.0 Hvordan kan en 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 langt kommet aldersdemens der pleiebehovet er stort (vanlig sykehjemsavdeling).

I 2016 er situasjonen i landets sykehjem at 80 % av beboerne har utviklet mer eller mindre alvorlighetsgrad av demens (jfr. Aldring og Helse). Fra statistikken ser en framskrivinger som tyder på at denne trenden bare øker i tiden framover. En vurdering er derfor å lage skjermede områder i sykehjemmene for andelen på 20 % av beboerne som er mentalt friske, uten ulike typer demens. Resten av sykehjemmet er tilpasset andelen på 80 % med ulike demensformer. Dette vurderes også ved Solsida omsorgshjem.

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 korttids plass 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 utsøkning 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 tilfredsstille *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. Enhet Pleie, rehabilitering og omsorg har utarbeidet «Plan for rekruttering og kompetanse» som anviser systematiske tiltak for å ivareta tilstrekkelig kompetanse. Prioriterte tiltak fra planen er:

- Gjennomføre Eldreomsorgens ABC og Demensomsorgens ABC
- Videreutdanne egne ansatte innen geriatri og demens
- Ansette sykepleier med spesialisering innen demens

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 eldre sin situasjon og utfordringer, 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.

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 skal 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 for gjennomgang av ny viten/nasjonale trender, problemsituasjoner og aktuelle saker.

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

Alle i Hukommelsesteamet deltar i arbeidet med kartlegging, utredning, samordning og oppfølging av hjemmeboende demente. Hukommelsesteamet bistår i utviklingen av en kvalitativ god demensomsorg i tråd med lovverket.

Det bør ansettes en geriatrik sykepleier ved Solsida Omsorgsheim, som også kan jobbe ved andre enheter i Alvdal kommune, for eksempel psykiaritjenesten. Denne stillingen vil også ha ansvar for opplæring/kompetanseheving innen geriatri og demens.

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

9.0 Handlingsplan for demensomsorgen i Alvdal kommune

HOVEDMÅL:

Mennesker med demens og deres pårørende skal følges opp etter faglige gode standarder og gis tjenester i samsvar med behovet etter hvert som sykdommen utvikler seg.

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 Hukommelsesteamet skal være pådriver i generell kompetanseheving innen demens og alderspsykiatri i kommunen. *Ansvarlig: Hukommelsesteam*
- 2.2 Opplæring og kvalifisering av ufaglært personell, via f.eks. obligatorisk gjennomføring av Demensomsorgens ABC. *Ansvarlig: Hukommelsesteam, 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 koordinatorene 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: Hukommelsesteamet*
- 3.3 Utvikle opplærings skjema for nyansatte. *Ansvarlig: Hukommelsesteamet*

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*
- 4.5 Arrangere tilstelninger med sosiale og kulturelle aktiviteter som kunstutstillinger, sang- og

musikkarrangement i samarbeid med egne ansatte, opplegg gjennom den kulturelle spaserstokken, kommunens kulturskole og andre sang- og musikkgrupper. *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
01.08.2014	Demensplanen skal være ferdig
Innen 01.09. 2014	Demensplanen sendes ut på høring til Eldreråd, enhet Helse, Rådet for likestilling og funksjonshemmede.
Innen 01.01. 2015	Demensplanen skal være behandlet politisk
Innen 01.03. 2015	Planen iverksettes (forutsatt godkjent)
2.kvartal 2019	Demensplanen evalueres

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

LITTERATURLISTE

- <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>
- 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 «Morgendagens Omsorg», St.meld.nr. 29 (2012-2013)
- Folkehelse rapporten 2014. Folkehelseinstituttet
- FOR:2011. *Forskrift om habilitering og rehabilitering og individuell plan og koordinator, nr. 1256, 16.12.2011,* 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 - HUKOMMELSESTEAM

Navn:.....Fødselsnr.....

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

Hjelpeverge:.....

Jeg gir herved samtykke til at Alvdal kommunes hukommelsesteam:

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

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:.....