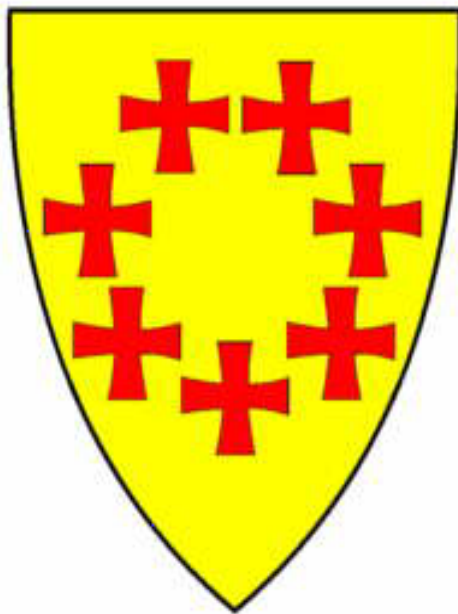


Demensplan 2015 for Overhalla kommune



INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG.....	3
1 INNLEDNING.....	3
1.1 Hovedstrategier for demensomsorgen	3
1.2 Arbeidsgruppens sammensetning	4
1.3 Arbeidsprosessen	4
1.4 Mål	4
1.5 Beskrivelse av tilbud	4
2 STATUSBESKRIVELSE.....	5
2.1 Ulike typer demenssykdommer	5
2.2 Definisjon av demens og aldersdemens	5
2.3 Antall personer med demens	5
2.4 Demens hos mennesker med utviklingshemming	6
2.5 Behandling av demens	6
3 MODELLKOMMUNEPROSJEKT.....	7
3.1 Modellkommune	7
3.2 Modellkommunene samarbeider med:	7
3.3 Modellkommunene får:	7
3.4 Modellkommunene må:	7
3.5 Utredning og diagnostikk/ Hukommelsesteam	8
3.6 Hvorfor Hukommelsesteam	8
3.7 Hukommelsesteamets oppgaver:	8
3.8 Hukommelsesteamets funksjon:	8
4 DAGTILBUD OG PÅRØRENDETILBUD.....	9
4.1 Betydning av tilrettelagte dagtilbud	9
4.2 Eksisterende dagtilbud i Overhalla	9
4.3 Tilrettelagt dagtilbud på gård -Inn på TUNET	9
4.4 Tilbud til pårørende	10
4.5 Støttekontakt, kortids- og avlastningsopphold	11
5 INSTITUSJONSTILBUD TIL DEMENTE.....	12
5.1 Skjermet enhet for demente	12
5.2 Når det kommunale tilbudet ikke strekker til	12
6 KOMPETANSEUTVIKLING	12
6.1 Kompetansetiltak	12
6.2 Mål for kompetansetiltakene	13
6.3 Status og plan for kompetanse innen kommunens eldreomsorg	13
7 HANDLINGSPLAN FOR DEMENSOMSORGEN 2015.....	14

SAMMENDRAG

Bakgrunn for planarbeidet er framtidens omsorgsutfordringer vedrørende demens, der bl.a. vekst av antall eldre vil stille krav om en betydelig utbygging av tjenestetilbudet. En demensplan vil bidra til å iverksette nødvendig tilbud til demente og deres pårørende og styrke videreutdanningstilbudet innen demens og geriatri. Til slutt, men ikke minst vil en også bidra til å styrke og øke forskningsinnsatsen på området.

Forskning viser at 80% av beboerne på landets sykeheime har demens og 45 % har en alvorlig grad. Kommunen tar dette på alvor og ønsker å forsterke tilbudet til personer med demens ved å lage en demensplan for framtidens utfordringer med en handlingsplan fram til 2015, som evalueres annet hvert år.

Arbeidsgruppen foreslår tiltak som tidlig diagnostisering av demente og tilbud om avlastning, dagsenter for tidlig demente, dyktiggjøring og kompetanseheving av personalet og sist, men ikke minst pårørendeveiledning som også er avgjørende for en god demensomsorg.

1 INNLEDNING

Stortingsmelding nr 25 ”mestring, muligheter og mening” peker på viktigheten av å styrke hele tiltakskjeden fra hjemmetjenester og avlastning for pårørende, til tilbud fra spesialisthelsetjenesten. St.m nr.25 sier: ”En helhetlig plan for en styrket demensomsorg skal vektlegge tiltak som kan gis før det er aktuelt med et heldøgntilbud og sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde”.

I følge balansert målstyring og kommuneplanen skal Overhalla kommune være positiv, frisk og framsynt og ha godt fornøyde brukere av kommunale tjenester. Kommuneplanen har følgende målsettinger:

- Brukerne opplever kommunen som en imøtekommende og løsningsfokustert medspiller.
- Innbyggerne er godt informert om tilbud og rettigheter.
- Kommunens tjenestetilbud har god tilgjengelighet, tilpasning og kvalitet i forhold til brukernes behov.

Med å lage en demensplan og senere en omsorgsplan for kommunen vil vi medvirke til måloppnåelse også i forhold til kommuneplanen.

1.1 Hovedstrategier for demensomsorgen

1. Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
2. Kapasitetsvekst og kompetanseheving
3. Bedre samhandling og helsefaglig oppfølging
4. Aktiv omsorg
5. Partnerskap med familie og lokalsamfunn
6. informasjons-og opplysningsarbeid

*Alle vil leve lenge,
Men ingen vil bli gamle
(Jonathan Swift)*

Helse og omsorg gjennomførte i 2008 en endring av hjemmetjenesten, med sikte på et forsterket tilbud i heimen, videre planer i denne omstruktureringen var å lage en demensplan.

Demensplanen blir en del av omsorgsplan 2015 som vil peke på kommunens fremtidige omsorgsutfordringer. Demensplanen er en helhetlig plan for å styrke demensomsorgen og skal:

- vektlegge tiltak som kan iverksettes før det er behov for heldøgntilbud og sette fokus på å lette omsorgsbelastningen til pårørende.
- bedre kvaliteten og styrke kompetansen og kapasiteten i tiltakskjeda for mennesker med demens.

1.2 Arbeidsgruppens sammensetning

- Bente Eidesmo, prosjektleder, fagsjef helse og omsorg
- Mariann Øyesvold, sykepleier på dagsenteret
- Hilde Moe Moan, psykiatrisk sykepleier, medlem i hukommelsesteamet
- Anne Marit Rian, sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg
- Kirsten Svarliaunet, enhetsleder sykeheimen
- Beate G.Aunet, enhetsleder hjemmetjenesten
- May T.Vold, sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg og medlem i hukommelsesteamet
- Jon Heir, sykepleier skjermet gruppe sykeheimen
- Siv S. Moe, hjelpepleier med etterutdanning i psykisk helsearbeid
- Kari Hatland, medlem i pårørendeforening for demens
- Svein Magne Lervik, pårørende

1.3 Arbeidsprosessen

Arbeidet med planen startet med første møte i arbeidsgruppen 4/2-2009.

Det er informert på personalmøter i alle enhetene om arbeidsgruppen og at målet er å ferdigstille en demensplan som skal presenteres for politikerne medio juni, sendes ut til høring og sluttbehandles medio september.

1.4 Mål

Overhalla kommune skal i 2015 ha et helhetlig omsorgstilbud, med trygt miljø til alle personer med en demensdiagnose på Lavest, Effektive OmsorgsNivå (LEON-prinsippet). Målet er å legge til rette for at den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, på tross av alvorlig sykdom og funksjonssvikt.

1.5 Beskrivelse av tilbud

- Hukommelsesteam/tverrfaglig demensteam, tidlig diagnostisering
- Dagtilbud for hjemmeboende demente
- Pårørendearbeid
- Skjermet enhet/bofellesskap for demente
- Kortids-avlastningsopphold for personer med demens
- Kompetanseheving

2 STATUSBESKRIVELSE

2.1 Ulike typer demenssykdommer

De fleste demenssykdommer utvikles over tid, og det er behov for å differensiere og tilrettelegge tilbudet alt etter hvilken fase den enkelte befinner seg i. Demenssykdommene handler om enkeltmenneskers skjebne, så vel som familier og pårørendes opplevelser og erfaringer.

*Framtiden-
En uro inni oss,
En langbeint angst
Som skyggen av en ulv på skaren
I morgengryet*

(Hans Børli)

2.2 Definisjon av demens og aldersdemens

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander i hjernen. Kjentegn for demens er ervervet intellektuell svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende evne til å utføre dagliglivets funksjoner

Demens forekommer hyppigst hos eldre over 65 år og kalles da aldersdemens. Begrepene aldersdemens og demens brukes om hverandre. Betegnelser som senil (som betyr gammel), alderssløv og åreforkalkning er upresise og skal ikke brukes.

Det finnes forskjellige typer demens

§	Alzheimers sykdom	60%
§	Hjerneslagdemens =Vaskulær demens	20-25%
§	Parkinson demens	3-5%
§	Lewy Body demens	3-5%
§	Frontallappsdemens	3-5%
§	Andre	5-10%

2.3 Antall personer med demens

Det er i dag ca 70 000 personer med demens i Norge, og en regner med at om lag 250 000 personer, både demente og deres pårørende som er berørt av sykdommen. Om lag 10 000 personer rammes årlig av demens og det er den 3. mest kostbare sykdommen i landet.

Da antall eldre over 75 år vil stige de neste tiårene, vil antallet personer med demens i Norge kunne dobles til ca 130 000 innen en periode på 30-40 år (st.meld. nr 25).

Forekomsten av demens i aldersgruppen 65-69 år er 0,9 % og stiger til 17,6 % i aldersgruppen 80-84 og fra 90 år og oppover har 40,7 % utviklet en demenssykdom.

Hvis vi bruker samme framskrivning for Overhalla viser tabellen at det vil være ca 25 flere demente i 2030 sammenlignet med i dag.

Det er minst halvparten av alle personer med demens som bor i eget hjem. For at personer med demens skal kunne bo hjemme må tjenestene tilpasses familieforhold og de individuelle behov.

Når vi ser på tabellen nedenfor ser vi at Overhalla er beregnet å ha ca 56 demente i dag og tallet vil ligge på ca 81 i 2030. Vi har ikke gjennomført en egen kartlegging for kommunen, men tallet i dag på 56 kan stemme sånn omtrentlig.

	Prevalens forekomst	2009		2020		2030	
		Totalt	Ant. demente	Totalt	Ant. demente	Totalt	Ant. demente
65-69 år	0,9%	166	1,5	217	1,9	216	1,9
70-74 år	2,1%	123	2,6	194	4,1	236	4,9
75-79 år	6,1%	117	7,1	141	8,6	183	11,2
80-84år	17,6%	100	17,6	85	14,9	140	24,6
85-89år	31,7%	49	15,5	58	18,4	79	25
90+	40,7%	30	12,2	34	13,8	35	14,2
	sum	585	56,5	729	61,7	889	81,8

Tabell viser prevalens (beregnet antall tilfeller) av demens i befolkningen basert på en studie i Rotterdam, 1992 og befolkningsframskriving i Overhalla. Kilde SSB 2008

2.4 Demens hos mennesker med utviklingshemming

Definisjon på utviklingshemming: NOU 1985:34 definerer utviklingshemming som: *”en samlet betegnelse for en hel rekke tilstander med høyst ulike årsaker og symptomer: felles er imidlertid at vedkommendes læreevne og mulighet til å klare seg i samfunnet er mer eller mindre hemmet og tilstanden viser seg tidlig”*

Personer med utviklingshemming er sårbare i utgangspunktet fordi de fra før har redusert hjernefunksjon. Dette gjør at det også kan være vanskelig å oppdage endringer som kan være uttrykk for demenssymptomer. Men ellers ser vi de samme atferdsendringene ved demens hos mennesker med utviklingshemming som hos personer med demens for øvrig.

Personer med både utviklingshemming og demens trenger skjerming, men de trenger også å få fortsette med aktiviteter som de mestrer så lenge som mulig. Det er en pågående diskusjon om hvor denne gruppen får best omsorg, oppfølging og behandling; på skjermet enhet eller i sin egen bolig med sitt faste/kjente personale.

2.5 Behandling av demens

Siden demens er en kronisk sykdom som forverrer seg over tid og ikke lar seg helbrede vil behandlingen ofte dreie seg om tiltak rettet mot symptomene pasienten har. Det må skapes et godt samarbeid med pårørende. Både pasient og pårørende trenger informasjon, støtte og veiledning. Behandlingsmetoder uten bruk av legemidler kan ofte være vel så effektive som legemiddelbehandling. Aktivisering og stimulering i tidlig fase kan motvirke apati og depresjon.

Pasienter med mild til moderat demens kan ha effekt av legemidler, såkalt kolinesterashemmere (Aricept, Exelon og Reminyl). Effekten kan bety at sykdomsprosessen forsinkes med 6 til 12 måneder. Noen kan ha effekt lengre og enkelte pårørende rapporterer at pasienten blir mer stabil i humøret, våken, oppmerksom og tar mer initiativ.

3 MODELLKOMMUNEPROSJEKT

3.1 Modellkommune

Det ble fra 2007 iverksatt et 3-årig utviklingsprogram for å bedre kvalitet og kapasitet i primærhelsetjenesten for personer med demens og deres pårørende. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre tre utviklingsprogram under Demensplan 2015. Arbeidet utføres i nært samarbeid med Helsedirektoratet og omfatter satsningsområdene:

1. Utredning og diagnostisering av demens.
2. Dagtilbud og avlastningsordninger for personer med demens.
3. Tilbud til pårørende, pårørendeskoler og samtalegrupper.

Et sentralt tiltak i disse utviklingsprogrammene var å knytte til seg modellkommuner som kunne samle erfaringer med etablering og drift av tiltak knyttet til de tre satsningsområdene. Dette for å styrke demensomsorgen og vektlegge tiltak som kan gis før det blir aktuelt med et heldøgntilbud og sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde. Fylkesmannen koordinerer prosjektene i fylket og har med seg 4 kommuner i Nord Trøndelag, som er: Snåsa, Verdal, Flatanger og Overhalla. Overhalla og Flatanger har område 1, Verdal har område 2 og 3 og Snåsa har område 3.

3.2 Modellkommunene samarbeider med:

- Nasjonal kompetansesenter for aldring og helse
- Andre kommuner med etablerte tiltak, ressurskommuner
- Kompetansemiljøer
- Undervisningssykehjem
- Pårørendeorganisasjoner, hvis prosjektet omhandler pårørende.
- Fylkesmann, for råd og veiledning

Glem aldri at de gamle trenger så lite, men trenger det lille så veldig
(Margaret Willour)

3.3 Modellkommunene får:

- Gratis studiemateriale og seminar ved oppstart av Demensomsorgens ABC/Eldreomsorgens ABC, som bidrar til å øke kompetansen om demens
- Kurs/seminar med relevans for prosjekt
- Råd og veiledning på prosjektet
- Samlinger med prosjektmedarbeider fra andre kommuner med samme tiltak. Dette i samarbeid med fylkesmann.

3.4 Modellkommunene må:

Forplikte seg til å samarbeide og stille sine erfaringer til disposisjon for programmet, stille data til disposisjon og dele erfaringer med andre.

Pr. i dag er det gjennomført 4 samlinger for prosjektkommunene i Nord- Trøndelag. I juni 2009 blir det oppstart av studiesirkler i Demensomsorgens ABC, fra Overhalla er 30 stykker påmeldt. Demensomsorgens ABC er en tverrfaglig studiesirkel med 5-8 stykker i hver sirkel. Dette er ment å gå over tre år, og vil øke kompetansen blant deltakerne.

3.5 Utredning og diagnostikk/ Hukommelsesteam

Som modellkommune fikk Overhalla kommune område 1 som er utredning og diagnostikk av demente. I den forbindelse ble det etablert hukommelsesteam i 2008 som består av 1 fastlege og 3 sykepleiere (1 psykiatrisk sykepleier og 2 geriatriske sykepleiere). Den primære oppgaven til teamet er å undersøke aktuelle personer med tanke på å klarlegge diagnose og funksjonsevne. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens har utarbeidet det verktøyet som i dag brukes til utredning.

3.6 Hvorfor Hukommelsesteam

Som tidligere nevnt vil vi i framtida få en økning av de eldste eldre, dvs personer over 80 år. Forekomsten av demens er hyppigst blant 75 år og eldre. I og med at gjennomsnitts levealder blir stadig høyere vil også forekomsten av demenssykdommer øke.

Dette vil også bli merkbart i Overhalla kommune.

Å få problemer med hukommelsen og få en demenssykdom kan for den det gjelder, og deres pårørende trolig bære preg av krise.

Et lokalt utredningsteam kan, sammen med fastlegen, bidra til at personer med hukommelsesproblemer blir utredet på et tidligere stadium, og utredningen blir utført hjemme i trygge omgivelser. Ved tidlig diagnostisering kan man tilrettelegge, og evt ved ønske/behov for helsetjenester tilpasse disse den enkeltes behov. Målet med dette er å styrke livskvaliteten for de som er berørt.

Det er gjennomført opplæring i diagnostikk av 3 sykepleiere og 1 lege i Overhalla. Det er også et godt samarbeide med spesialisthelsetjenesten og 2 av 3 sykepleiere har vært til hospitering på geriatrisk poliklinikk for å lære seg diagnostikken.

3.7 Hukommelsesteamets oppgaver:

- Kartlegge hvilke problemer som oppleves hos en person med redusert hukommelse
- Foreta intervju/samtale med pårørende
- Støtte og veilede personer med demenssykdom og deres pårørende. Observere behov og være rådgiver i forhold til å sette inn nødvendige tiltak
- Oppfølging av tiltak i samarbeid med andre ansatte i pleie- og omsorgstjenesten
- Etter henvisning fra fastlegen foretar sykepleier hukommelsestester av personer med mistanke om demenssykdom. Ved testing vil verktøyet fra prosjektet ”demensutredning i kommunehelsetjenesten” benyttes. Testresultatet vurderes av legen, og han vil henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov
- Bidra med veiledning til øvrige personale i pleie – og omsorgstjenesten

3.8 Hukommelsesteamets funksjon:

- Fungere som lokalt utredningsteam ved behov for testing og diagnostisering av demens.
- Fungere som kontaktinstans når personer har fått diagnosen demens ved spesialisthelsetjenesten, og disse har ønske og behov for helsetjenester lokalt.
- Innkalle til samarbeidsmøter ved behov, spesielt med tanke på tverrfaglig samarbeid.

4 DAGTILBUD OG PÅRØRENDETILBUD

4.1 Betydning av tilrettelagte dagtilbud

En kan ta utgangspunkt i at ca 50 prosent av personer med demens bor utenfor institusjon (tilsvarende ca 20-30 i Overhalla) og den dementes hverdag er ofte preget av mangel på sosial og sansemessig stimulans. Dette kan føre til isolasjon, angst og depresjon. Demens fører til økende hjelpeløshet og avhengighet av andre, derfor bør hjemmeboende demente ha et tilrettelagt dagtilbud i sitt nærmiljø.

Tilrettelagte dagtilbud for hjemmeboende er også viktig som en avlastning for pårørende og for å utsette en institusjonsinnleggelse. Regjeringen har i rundskriv 1-5/2007 "aktiv omsorg" presisert det kommunale ansvaret for å gi tilbud som er 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".

For beboere med demens i omsorgsbolig el. sykehjem, vil det også være av svært stor betydning å ha et dagtilbud som gir tilrettelagte aktiviteter og sosialt samvær.

- Bare 6,5 prosent av hjemmeboende mennesker med demens har et dagtilbud
- Kommunens ansvar for dagtilbud er presisert i rundskrivet "Aktiv omsorg"
- Kommunens frie inntektene skal gi rom for at kommunene kan starte oppbygging av dagtilbud for demente fra 2009
- Forskning viser at et dagtilbud til mennesker med demens kan utsette innleggelse på institusjon med over 300 døgn. Johannes Haltbakk ved høyskolen i Bergen skal se på utfordringene ved opprettelsen av et slikt dagsenter i Tysnes. Prosjekt i regi demensplan 2015.
- Dagsenter er et viktig tilbud for brukeren, øker livskvaliteten og gir økt trivsel
- Dagsenter er en god avlastning for pårørende, og utsetter langtidsplass i institusjon
- Samfunnsøkonomisk er dagsenter et billig tiltak

4.2 Eksisterende dagtilbud i Overhalla

I Overhalla har vi allerede en del dagtilbud:

- Dagsenter på dagtid alle ukedager på sykeheimen
- Mental helses dagsenter på flerbrukshuset
- Overhalla frivillighetssentral
- Skage frivillighetssentral
- Støttekontaktordning, avlastning og hjemmesykepleie

Disse dagtilbudene kan brukes av både hjemmeboende og de som bor på institusjon, men er ikke spesielt tilpasset demente. Det gjelder spesielt tidlig demente som bor hjemme og fungerer delvis, men som allerede er svært avhengig av sine pårørende og absolutt ikke ønsker et tilbud på dagsenteret på sykeheimen. Disse personene kan tilbys avlastning, støttekontakt, hjemmehjelp m.m. Det kan være tilstrekkelig for mange den første tiden, men for enkelte pårørende kan det være godt å få noen faste "fridager" der de kan gjøre egne ting samtidig med at de føler seg trygge på at den demente har et godt, sosialt og meningsfylt aktivitetstilbud.

4.3 Tilrettelagt dagtilbud på gård

Grønn omsorg eller "Inn på tunet" - tilbud beskrives som et tilbud på gårdsbruk der gårdbruker er direkte involvert i et dagtilbud enten som leder eller i en assisterende rolle. Tilbudene bygger på samarbeid mellom f.eks helse og gårdbruker og har aktiviteter knyttet til

**Sagt er ikke nødvendigvis hørt
Hørt er ikke nødvendigvis forstått
Forstått er ikke nødvendigvis akseptert
Akseptert er ikke nødvendigvis anvendt
Anvendt er ikke nødvendigvis for evig...**

gården og landbruket. Helse og omsorg ønsker i denne forbindelse å gi et tilbud til hjemmeboende demente, men det er også behov for tilbud til psykisk syke og skolen trenger også tilbud innen alternativ opplæring.

Det er vanskelig å beregne kost-nytte-verdi av tilbud som gies innen pleie og omsorg. Hvordan beregnes kostnader og nytteverdi av bedre livskvalitet for pasient og pårørende? Vi vet at 1 institusjonsplass koster ca kr 5-700 000 pr år. Hvis tidligere forskning stemmer, kan en utsette en institusjonsinnleggelse med ca ett år med å gi et dagtilbud til hjemmeboende demente. Grønn omsorg/ Inn på tunet vil koste ca kr 500 000 pr år til 5-6 brukere. Da kan en teoretisk si at med å gi 5 demente dagtilbud vil kommunen spare ca 2 million. For å bidra til å finne ut av kost-nytte-verdi, har Overhalla kommune sagt ja til å delta i et forskningsprogram gjennom fylkesmannen og senter for omsorgsforskning. Det skal forskes på hvor lenge et tilrettelagt dagtilbud for demente kan forsinke en innleggelse på institusjon. Overhalla er en av fire kommuner i Nord-Trøndelag (Levanger, Verdal, Snåsa, og Overhalla) som deltar i denne forskningen.

Arbeidsgruppen foreslår som tiltak:

Grønn omsorg, ”inn på tunet”, som et dagtilbud til hjemmeboende demente. Foreslår å prøve dette over en periode med 2 dager pr uke i 2 år. Tilbudet evalueres før en evt videreføring i ytterligere 2 år. Det er nedsatt ei arbeidsgruppe som planlegger tilbudet. Et gårdstilbud er spesielt tilpasset tidlig demente som har behov for et lite og skjermet aktivitetstilbud.

4.4 Tilbud til pårørende

Erfaringer fra skjermet enhet og andre er at pårørende er svært slitne når deres egne blir innlagt på institusjon. Det er derfor viktig med oppfølging av pårørende i tidlig fase for å forebygge og evt utsette en institusjonsinnleggelse.

Pårørende trenger f.eks

- Snakke om sine problemer
- Få kunnskap om sykdomsforløp og hvordan takle/løse problemene
- Ta vare på seg selv og dele på omsorgen

Aktuelle tilbud kan være:

- Pårørendeskole
- Veilednings-og samtalegrupper
- Informasjons-og opplysningsarbeide om demens
- Avlastningstilbud
- Omsorgslønn
- Hjemmesykepleie/hjemmehjelp
- institusjonsplass

Overhalla kommune gir i dag avlastning, omsorgslønn, støttekontakt, hjemmesykepleie, hjemmehjelp og institusjonsplass. En ser at tilbudet kan videreutvikles og det er spesielt behov for å få i gang nye tiltak og spesielt når det gjelder pårørendetilbud, informasjons-og opplysningsarbeide.

Arbeidsgruppens foreslår som tiltak :

Opprette ei arbeidsgruppe sammensatt av hjemmetjenesten og skjermet enhet for å lage et nytt pårørendetilbud til de som har demente hjemme eller i institusjon. Viktig med at pårørende har noen å kontakte i tidlig fase.

Pårørendetilbudet kan organiseres av kommunen eller av demensforeningen i samarbeid med kommunen. Arbeidsgruppen bestemmer formen

4.5 Støttekontakt, kortids- og avlastningsopphold

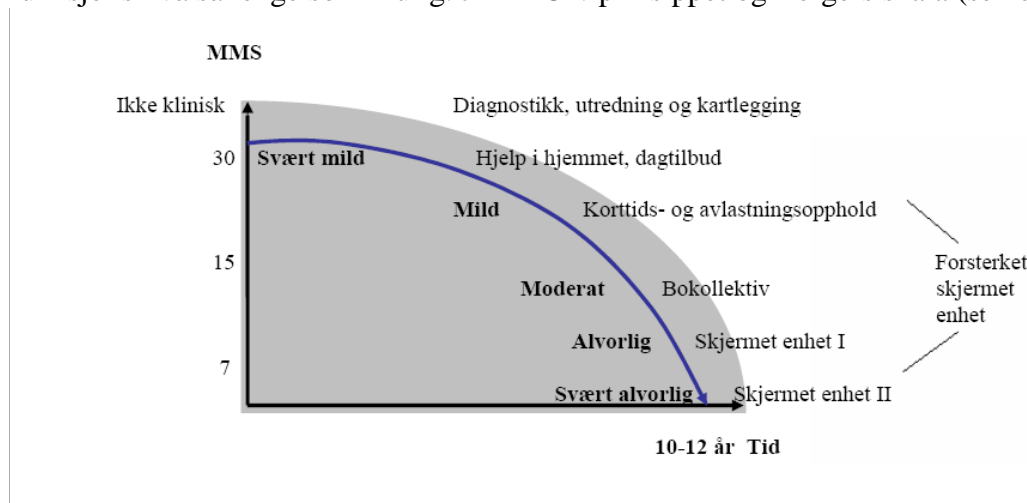
I lov om sosial tjenester § 4-2 skal kommunen gi følgende tjenester:

- avlastningstiltak for personer og familier som har særlig tyngende omsorgsarbeid
- støttekontakt for personer og familier som har behov pga av funksjonshemming, alder eller sosial problemer

Omsorgslønn er også ei tjeneste en kan gi ved særlig tyngende omsorgsarbeid.

Det er mye uvitenhet knyttet til demenslidelser. Det trengs derfor mye kunnskap- og opplysningsarbeid ute til befolkningen.

Det som er viktig er at kommunen har ei kjede av tiltak som er tilrettelagt for personer med demens i ulike faser av sykdommen og som er viktig for å ivareta pasientens optimale funksjonsnivå så lenge som mulig. Jfr LEON-prinsippet og Bergers skala (se nedenfor)



Tabell over: *Berger skala* som viser behandlingstiltak ved utvikling av demens
MMS= *minimal mental status*-er en test der pasienten får spørsmål etter en fast guide og skårer poeng ettersom hvor orientert vedkommende er.

Hvis vi går igjennom tabellen ser vi at det kan gå 10-12 år før en har utviklet en alvorlig demens. Nedenfor finnes en oversikt som beskriver de forskjellige fasene av sykdommen:

1. klarer seg selv, begynner å bli glemsk og avbryter ofte aktiviteter i dagliglivet
2. kan utføre vanlige aktiviteter, men personen blir ofte forvirret
3. kan klare seg i kjente omgivelser og situasjoner, men hukommelsesproblemene er store og personen trenger påminnelse og er ofte initiativløs
4. har handlingssvikt og språkvansker
5. kan ikke kommunisere verbalt på en meningsfull måte
6. motoriske funksjoner er betydelig nedsatt og personen må derfor sitte i en stol eller ligge til sengs

under trinn 1 og 2 kan personen klare seg selv, på trinn 3 kan det bli behov for dagtilbud , hjemmesykepleie og avlastning-kortidsopphold. Trinn 4 vil det bli behov for mer omfattende tilbud som omsorgsbolig og tettere oppfølging av hjemmesykepleie. på trinn 5 og 6 bør den demente ha døgkontinuerlig tilsyn i sykeheim og evt et skjermet tilbud.

5 INSTITUSJONSTILBUD TIL DEMENTE

5.1 Skjermet enhet for demente

Pasienter med demens som har adferdsmessige problemer, har behov for spesielt tilrettelagt tilbud i små forsterkede enheter.

I følge en undersøkelse av Geir Selbæk har fire av fem pasienter (80 %) på norske sykehjem en demenssykdom. Kun 3 % av pasientene er helt uten svikt i hukommelse og orienteringsevne.

Overhalla sykeheim har i dag bare 6 plasser til demente (skjermet enhet /gul gruppe). En kan vise til kostratall og se på kommunens sammenligningsgruppe, som er kommunegruppe 2. Denne kommunegruppen har 21,9 % andel skjermet plasser til demente, mens Overhallas har 6 plasser som utgjør en andel på 15,4% . For at vi skal komme opp i samme dekningsgrad som kommunegruppe 2 må vi øke antall plasser fra 6 til 8. Det er ingen utvidelsesmulighet på dagens skjermet gruppe som er Gul gruppe.

Arbeidsgruppen foreslår som tiltak:

å øke antall plasser til demente fra 6 til 12 og å flytte skjerma enhet til Rød gruppe. Rød gruppe har både flere rom og vil fungere bedre som skjermet enhet. Gruppen kan deles i 2 grupper en del for skjerming og en del for demente uten spesiell skjerming. Det vi mangler på Rød gruppe er et tilpasset uteareal (sansehage).

5.2 Når det kommunale tilbudet ikke strekker til

Personer med store atferdsmessige og psykologiske tilleggsproblemer til demens, vil i perioder by på betydelige behandlingsmessige utfordringer. Behovet for behandlingsinnsats og kompetanse vil ofte være større enn en kan mestre i en liten kommune. Takling av utfordrende atferd krever spesialkunnskaper og tiltak i tråd med kompetanse og bemanning innen psykiske helsevern. Kommunale eller interkommunale forsterkede skjermede enheter kan være en løsning.

Arbeidsgruppens forslag til tiltak:

Arbeidsgruppen som skal detaljplanlegge den nye demensgruppen på sykeheimen må vurdere nøye hvor mange av 12 plasser skal være skjermet plasser og om vi skal definere et rom som spesiell skjermet. Det bør være en bred debatt på om Overhalla skal ha en spesielt skjermet plass eller om det skal være et interkommunalt tilbud?

6 KOMPETANSEUTVIKLING

6.1 Kompetansetiltak

Fagutdanning bidrar til at personellet blir dyktigere til å forstå den eldres situasjon og problemer og blir bedre i stand til å yte kvalifisert hjelp.

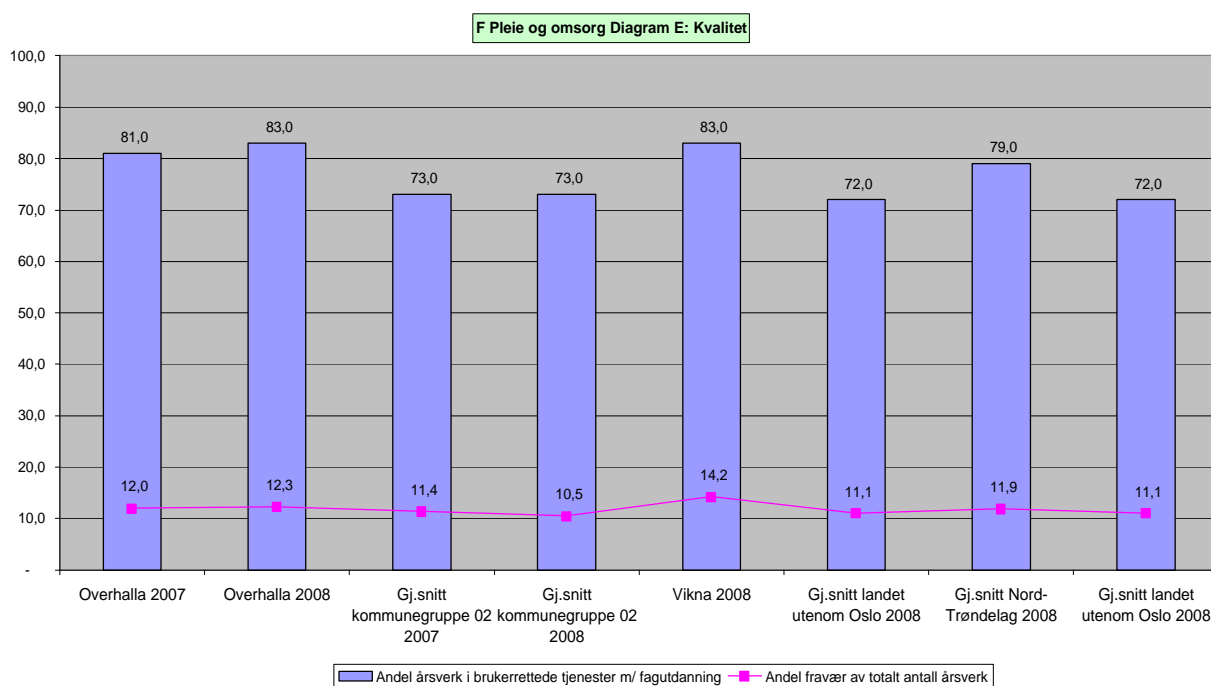
Det er også en stor utfordring å beholde det personell som allerede jobber i omsorgstjenestene. Det er svært viktig med tilbud om etter og videreutdanning, god ledelse, godt arbeidsmiljø, godt faglig miljø, tilstrekkelig bemanning og utfordrende arbeidsoppgaver. Demensomsorgens ABC er et opplæringsprogram som er utarbeidet i regi av kompetansesenteret for aldring og helse. Studiematerialet består av studiehefter samlet i permer etter tema og blir en fin anledning til å øke den generelle kompetansen blant faglærte og ufaglærte.

6.2 Mål for kompetansetiltakene

- Styrke kompetansen i geriatri, alderspsykiatri og demenssykdommer (se tabell)
- Beholde, rekruttere og kvalifisere personell
- Demensomsorgens ABC juni-09, 30 deltakere fra pleie og omsorg, oppstart uke 23
- Eldreomsorgens ABC, 30 ansatte er påmeldt, usikkert tidspunkt for oppstart
- delta i forskningprosjekt i Nord Trøndelag med Senter for omsorgsforskning

6.3 Status og plan for kompetanse innen kommunens eldreomsorg

Andel fagutdanna personell ligger rimelig høyt i Overhalla (83 %) se tabell nedenfor. Det er en stor andel med fagutdanning innen pleie og omsorg på institusjon og i hjemmesykepleien. Andel ansatte med videreutdanning innen eldreomsorg /geriatri er pr i dag tilfredstillende innen hjemmetjenesten, men den er altfor lav på sykeheimen. På sykeheimen er det 2 hjelpepleiere med etterutdanning innen eldreomsorg, men det er ingen sykepleiere med samme viderutdanning. Det er derfor viktig at videre-og etteutdanning innen eldreomsorg prioriteres høyt på sykeheimen.



Arbeidsgruppen foreslår som tiltak innen 2015:

Å øke antall sykepleiere med videreutdanning innen eldreomsorg med 4

Å øke andel hjelpepleiere med etterutdanning innen eldreomsorg med 2 (blir 4 til sammen)

7 HANDLINGSPLAN FOR DEMENSOMSORGEN 2015

	Tiltak	Ansvar	Dato oppstart
1	Modellkommuneprosjekt Hukommelsesteam /utredning	Enhetsledere pleie og omsorg Fagsjef helse og omsorg	Opplæring vedr utredning i 2008 og Oppstart utredning jan.2009
2	Dagtilbud inn på tunet	Fagsjef helse og omsorg	1/1-2010
3	Øke antall plasser for demente på institusjon	Enhetsleder sykeheimen	Planlegging vår/høst 2009 Oppstart høst 2010
4	Pårørendegrupper	Enhetsleder Hjemmetjenesten	Vinter 2010
5	Kompetanseutvikling: -Videreutdanning innen eldreomsorg (ansatte på sykeheimen) -Demensomsorgens ABC	Alle ledere innen helse og omsorg Og fagutviklingssyke pleier	Juni -2009

8 Vedlegg 1: Lovverk og sentrale føringer

Lovverk

- Lov om helsetjenesten i kommunene
- Lov om sosiale tjenester mv
- Pasientrettighetsloven
- Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Sentrale føringer

- St.melding nr. 25 (2005- 2006) ” Mestring, muligheter og mening”
- St.melding nr. 20 (2006-2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller”
- Sh.dir (2006) ”Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren”
- St.prp. Nr. 1 (2007-2008) ”Omsorgsplan 2015”
- ”Demensplan 2015, Den gode dagen”
- Sh.dir. (2007) Rapport ”Glemsk men ikke glemt!”
- Regjeringens rundskriv 1-5/2007: Aktiv omsorg