



**Øyer  
kommune**

*...den beste  
kommunen  
å leve i...*

## Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

Underplan av  
Kommunedelplan for  
omsorgstjenester  
Øyer kommune  
2010-2030

Vedtatt i kommunestyret  
29.03.2012  
Sak 18/12

# **Plan for demensomsorgen i Øyer kommune**

Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

---

# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

## Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

---

### Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING .....	5
1.1 Bakgrunn for arbeidet .....	5
1.2 Prosjektet .....	5
1.3 Arbeidsgruppas forståelse av mandatet .....	5
2. ARBEIDSPROSESSEN .....	6
3. SAMMENDRAG OG KONKLUSJON .....	6
4. FAKTAGRUNNLAG.....	8
4.1 Hva er demens.....	8
4.2 Forekomst av demens .....	8
4.3 Faser .....	9
4.4 Personer med utviklingshemming og demens.....	10
4.4.1 Forekomst.....	10
4.4.2 Utredning av demens hos personer med utviklingshemming .....	10
4.4.3 Tilrettelegging av tjenester til personer med utviklingshemming. ....	10
4.5 Brukermedvirkning og samtykke .....	11
4.6 Pårørende .....	11
4.7 Etisk refleksjon/perspektiv .....	12
4.8 Diagnostisering av demens.....	12
4.9 Utfordringer og tiltak i demensomsorgen.....	13
4.9.1 Miljøbehandling.....	13
4.9.2 Nevropsykiatriske symptomer .....	14
4.9.3 Medikamentell behandling .....	14
4.9.4 Kosthold og ernærings situasjon .....	14
4.10 Hjelpemidler .....	15
5. STATUSBESKRIVELSE AV DEMENSOMSORGEN I ØYER KOMMUNE.....	16
5.1 Omsorgstrappa .....	16
5.2 Hjemmetjenester.....	16
5.3 Institusjon .....	17
5.4 Aktivitetstilbud .....	17

# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

## Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

---

5.5 Kompetanse, kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid.....	18
6.0 SATSNINGSOMRÅDER .....	18
6.1 Demensteam og demenskoordinator .....	18
6.1.1 Organisering og funksjon av demensteamet .....	18
6.1.2 Demenskoordinator .....	19
6.2 Dagtilbud .....	20
6.2.1 Etablering av kommunalt dagtilbud .....	20
6.2.2 Samarbeid med andre .....	20
6.3 Tilrettelagt botilbud.....	20
6.3.1 Botilbud i omsorgsbolig med utprøving av arbeidslagmodell/ambulerende team. ....	20
6.3.2 Bokollektiv .....	21
6.4 Yngre personer med demens .....	21
6.5 Samhandlingsreformen med prosjektet samhandling demens .....	22
7. FRAMTIDENS TJENESTER .....	23
8. HANDLINGSPLAN .....	24
9. HANDLINGSPROGRAM .....	27
10. REFERANSER .....	28

### 1. INNLEDNING

#### 1.1 Bakgrunn for arbeidet

I forbindelse med arbeidet med kommunedelplan for omsorgstjenester ble det bestemt å utarbeide en delplan for demensomsorg. Fagplanen skal bygge på allerede vedtatte mål og strategier i kommunedelplan for omsorgstjenester.

#### 1.2 Prosjektet

12.04.11 var det avsparksmøte for videre arbeid med planen, med overskrift

#### Demensplan 2015 «Den gode dagen»

Arbeidsgruppe har bestått av:

Brit Haaland, leder, psykiatrisk sykepleier, Fagteam psykisk helsearbeid

Solveig Fossum Nymo, kommuneergoterapeut

Liv Kristin Øverlie, hjelpepleier psykisk helse/miljøarbeider

Kristina Kvarberg, fagansvarlig vernepleier PLO bofellesskap

Liv Sissel Sørhage, fagansvarlig sykepleier PLO hjemmetjenester.

Kirsten Ekeberg, sykepleier PLO skjermet enhet.

Styringsgruppe har bestått av:

Karen Helene Nylund, virksomhetsleder PLO

Christian Hoff, avdelingsleder PLO hjemmetjenester

Ingrid Rugsveen, avdelingsleder PLO institusjon

Ragnhild Andersen, avdelingsleder PLO bofellesskap

Karen Marie Nordgård, fagutviklingspsykepleier

#### 1.3 Arbeidsgruppas forståelse av mandatet

Arbeidsgruppa skal utarbeide forslag til en praktisk rettet plan som gir et helhetlig bilde av dagens situasjon og udekkete behov i demensomsorgen. Videre skal arbeidsgruppa foreslå en strategi for oppnå en demensomsorg i Øyer kommune som gir befolkningen et tilbud som samsvarer med lover og forskrifter. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester som gjelder fra 2012 er sentral. Det samme er den reviderte Demensplan 2015 med nytt fireårig handlingsprogram 2012-2015. *Målet må være at pasient og pårørende opplever en kontinuitet i omsorgen og behandlingsskjeden fra den første mistanken om demenssykdom og helt til livets slutt.* Vi har handlingsplanen i kommunedelplan for omsorgstjenester, LEON prinsippet med lavest effektive omsorgsnivå og omsorgstrappa med i arbeidet. Vi benytter oss av fagkunnskap og materiale fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

## 2. ARBEIDSPROSESSEN

Arbeidsgruppa fikk utdelt et forslag til innholdsfortegnelse som var utarbeidet tidligere. Dette ble brukt som et utgangspunkt for arbeidet. Arbeidsgruppa har deltatt i demenskonferanse i Bergen. Gruppa har fordelt skriveoppgaver mellom møtene og hatt gode faglige diskusjoner underveis. Leder i arbeidsgruppa har hatt en dag i uka avsatt til planarbeidet og har hatt ansvaret for å sette det hele sammen. Styringsgruppa har gitt innspill underveis. Det endelige utkastet har vært til høring i brukerråd, eldreråd og FFO.

## 3. SAMMENDRAG OG KONKLUSJON

Gjennom demensplan 2015 har myndighetene satt klare mål for kommunenes utvikling mot en helhetlig demensomsorg. Pasienter med de hjerneorganiske sykdommene med samlebetegnelsen demens, vil trenge støtte og pleie etter hvert som sykdommen utvikler seg. Pasientene trenger utredning og oppfølging av denne etterfulgt av tiltak i omsorgstrappa etter individuelle behov. De pårørende vil trenge kunnskap, støtte og avlastning.

I det reviderte handlingsprogrammet i Demensplan 2015, satses det fortsatt på opprettelse av demensteam og demenskoordinatorer, pårørendeskole, dagtilbud og tilrettelagte botilbud. I Øyer kommune foregår endel utredning, men systematisk oppfølging av pasient og pårørende mangler. Kommunen har ikke tilrettelagt dagtilbud for hjemmeboende personer med demens, men dette er planlagt i omsorgsplanens handlingsdel. Det samme gjelder for pasientene med demens i omsorgsbolig. Kommunen mangler tilrettelagt tilbud som for eksempel bokollektiv. Det er utfordrende å blande denne pasientgruppen med andre type pasienter på dagsenter. Personer med demens trenger blant annet aktiviteter som erindringsarbeid, baking, snekring og forskjellig arbeid i sansehage, høytlesing av avis/dikt, bevegelse til musikk og allsang. Pasientgruppen trenger god tid og oppfølging i forhold til måltider og andre daglige aktiviteter. De trenger små enheter og noen trenger mer tilrettelegging grunnet psykologiske og atferdsmessige symptomer.

Miljøbehandling skal foregå der pasienten er og være en naturlig del av et kommunalt botilbud. For pasienter som fortsatt bor i eget hjem, kan miljøbehandling også foregå i tilrettelagt dagtilbud.

I demensplanen foreslås opprettelse av demensteam med demenskoordinator. I tillegg til oppfølging av utredningsrutiner for hjemmeboende, vil demensteam/koordinator være ressurspersoner i forhold til støtte av pårørende og veiledning/opplæring av ansatte. Koordinator bør ha spesielt ansvar for å være pådriver i det helhetlige demensarbeidet i kommunen.

Det foreslås at kommunen deltar i planlegging og samarbeid i regionen for å opprette tilbud om pårørende skole.

Kommunestyret har vedtatt forprosjekt for utbygging av sykehjemmet, der tilrettelegging for pasienter med demens og kognitiv svikt er sentralt.

# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

## Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

---

Øyer kommune deltar i og viderefører prosjektet: Samhandling mellom Alderspsykiatrisk avdeling og kommunale sykehjem. Sam-Aks

Kommunen deltar i ”Demensprosjektet,” som er en del av «Tiltak for regional utvikling av samhandlingstjenester» TRUST.

Det skjer stadig utvikling i krav om tilbud til pasienter med demenssykdom. Dette skyldes endring i lovverk, teknologisk utvikling, samt forskning og utviklingsprosjekter fra helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Med de tiltak som er skissert i denne planen, vil Øyer kommune være godt rustet til å jobbe helhetlig med kravene til demensomsorgen i framtiden. Vi må jobbe med kontinuerlig kompetanseutvikling og ha en fleksibel organisasjon som er i stand til å utvikle seg i takt med framtidens utfordringer.

### **4. FAKTAGRUNNLAG**

#### ***4.1 Hva er demens***

Demens er en samlebetegnelse for flere hjerneorganiske sykdommer. Sykdommene kjennetegnes ved at personer med demens får en gradvis og varig svekkelse av hjernens funksjoner. Mentale evner som hukommelse, orienteringsevne og språk rammes først. Senere rammes praktiske ferdigheter, følelsesliv og sosial fungering. Personen vil etter hvert bli hjelpetrengende på alle områder i livet. Personen vil trenge tilrettelagte tilbud etter der han/hun er i sykdomsutviklingen. De forskjellige typene demens gir til dels ulike symptomer med behov for ulik behandlingstilnærming.

De vanligste typene av demens er Alzheimers sykdom, med ca.60 % og vaskulærdemens, med ca.25 % I høy alder forekommer ofte en kombinasjon av disse. Mer sjeldne tilstander er Lewy legeme demens, frontallappdemens og demens ved Parkinsons sykdom. Demens kan også oppstå etter alkoholmisbruk, ved Downs syndrom eller av andre årsaker.

#### ***4.2 Forekomst av demens***

Vi viser til framskrivning av demensforekomst i Øyers kommunedelplan for omsorgstjenester 2010-2030, tabell 11 s 19. Her er beregnet tall for personer fra 65 år og eldre. Antall personer med demens vil øke fra rundt 76 til rundt 87 fram til 2020. Økningen blir deretter større, slik at rundt 114 personer eldre enn 65 år vil ha demenssykdom i 2030. I tillegg forekommer demens sykdommer også hos yngre personer. På landsbasis regner en at rundt 70000 personer har demens.

I 2011 startet ansatte i hjemmetjenesten demensutredning utredning av ca. 15 personer. Vi vet at ca.80 % av pasientene på sykehjem har demenslidelser. Vi har ikke tall på reell forekomst i dag, men det vil vi få etter hvert som tiltakene i demensplanen gjennomføres.



# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

## Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

Menn	Demensforekomst	2010	2015	2020	2025	2030
65-69 år	0,8 %	1	1	1	1	1
70-74 år	2,0 %	2	2	3	3	3
75-79 år	6,0 %	5	5	5	7	8
80-84 år	13,7 %	8	8	9	9	13
85-89 år	28,4 %	9	11	10	12	12
90+	41,2 %	3	5	7	8	9
Sum menn		28	33	36	41	47
Kvinner	Demensforekomst	2010	2015	2020	2025	2030
65-69 år	1,0 %	1	2	1	2	2
70-74 år	2,1 %	2	2	3	3	3
75-79 år	6,2 %	5	6	6	8	8
80-84 år	19,3 %	15	12	14	16	21
85-89 år	32,7 %	17	17	13	17	20
90+	40,6 %	7	11	13	11	13
Sum kvinner		48	50	51	57	68
Sum samlet		76	82	87	97	114

### 4.3 Faser

Ved en demens sykdom er det i hovedtrekk 3 stadier i sykdommen.

#### 1. Mild grad.

Sykdommen virker inn på evnene til å klare seg i dagliglivet.

Her ser vi sviktende hukommelse i forhold til hendelser i nær fortid. Personen kan glemme å spise. Det kan være vanskelig å håndtere penger og regninger. Spesielt personer med Alzheimer sykdom kan ha problem med språket. Mange greier å skjule symptomer for omgivelsene når de ønsker det.

#### 2. Moderat grad.

Personen kan ikke klare seg uten hjelp fra andre. Dersom personen skal gjøre oppgaver eller foreta valg, bringes han lett ut av fatning. Noen har psykotiske symptomer som vrangforestillinger og synshallusinasjoner..

Hukommelse, språk og orienteringsevnen kan svekkes. Personlig hygiene, blir ofte vanskelig og det er vanlig at pasienten kommer i kontakt med helsevesenet.

#### 3. Alvorlig grad.

Her sees alvorlig handlingssvikt. Det er vanskelig å klare seg i egen bolig selv med hjelp av familie og hjemmebaserte tjenester. Personen kan ha sviktende kontroll på urin og avføring, balansesvikt, gangproblemer og problem med å styre bevegelser. I denne fasen blir de fleste avhengige av fysisk pleie. De fleste trenger heldøgnsomsorg i denne fasen.

### **4.4 Personer med utviklingshemming og demens**

#### **4.4.1 Forekomst**

Hos utviklingshemmede er forekomsten av demens tilnærmet lik normalbefolkningen, men den kan være noe høyere uten at det er bekreftet.

En gruppe utviklingshemmede som har et klart skille fra normalbefolkningen er personer med Downs syndrom. Down syndrom fører til økt risiko for å utvikle Alzheimers sykdom. Etter fylte 30 år ser man som regel forandringer i hjernen hos personer med Downs syndrom.

Tallene kan være unøyaktige da det regnes med underdiagnostisering fordi det er vanskelig å kartlegge utviklingshemmede.

#### **4.4.2 Utredning av demens hos personer med utviklingshemming**

Utredning av demens hos utviklingshemmede er vanskelig da miljøarbeidet rundt brukeren kan kamuflere tegn. Personalet kan likevel se symptomer på at brukere utvikler demens. Disse symptomene deles inn i 3 kategorier. Kognitive, atferdsmessige og nevrologiske symptomer. De kognitive symptomene kan være vanskelige å kartlegge. Symptomene kan være orienteringsvansker, ordleting og å miste tidligere innlærte ferdigheter.

Apati og isolasjon er de mest fremtredende symptomene og atferdsmessige endringer må kartlegges

Nevrologiske symptomer kan være balanseproblemer og dårligere motorikk.

Diagnosekriteriene som benyttes gjør det vanskelig å vurdere utviklingshemmede. De har allerede reduserte ferdigheter før en eventuell demens utvikling. Det er viktig at kartlegging er gjort før en eventuell demensutvikling. Kartlegging bør gjøres når personen er i tyveårene.

#### **4.4.3 Tilrettelegging av tjenester til personer med utviklingshemming.**

Ved mistanke om en demens diagnose kan brukeren få behov for økte ressurser for å kunne opprettholde sine funksjoner og rutiner.

Utviklingshemmede bør bo i egne boliger så lenge som praktisk mulig. Dette for å ha trygge kjente omgivelser, kjent personale, og for at de skal kunne opprettholde ferdighetene og rutinene sine så lenge som mulig.

Når brukeren har utviklet alvorlig demens og kun reagerer på sterk stimuli, kan det være aktuelt å vurdere et høyere omsorgsnivå.

### **4.5 Brukermedvirkning og samtykke**

Med brukermedvirkning menes at de som berøres av en beslutning, eller brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet (st. melding nr. 34:29). Tilpasning til individuelle behov fører til kvalitet i behandlingen. Pårørende og helsepersonell skal komme fram til løsninger som ivaretar verdigheten til pasienten på best mulig måte. Profesjonell refleksjonsarbeid og faglig skjønn hvor pasientens rettssikkerhet er ivaretatt, gir pasienten mer medvirkning. Faglige retningslinjer gir trygghet både for pasient og personale.

Lov om pasient – og brukerrettigheter § 3.1 omhandler rett til medvirkning ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Lov om pasient og brukerrettigheter kapittel 4 omhandler samtykke til helsehjelp. Som hovedregel skal helsehjelp gis med pasientens samtykke. «Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.»

I den praktiske hverdagen med personer med demens, vil loven regulere blant annet situasjoner der pasienten motsetter seg nødvendig helsehjelp.

Formålet er å gi sårbare grupper økt rettssikkerhet.

### **4.6 Pårørende**

Nære pårørende til personer med demenssykdom har en utfordrende livssituasjon.

Mange pårørende har et stort omsorgsansvar og omfanget av oppgavene vil preges av graden av demens og symptomer.

Pårørende er forskjellige og har ulike behov. Alder, egen helse, arbeidssituasjon og annet nettverk har betydning for hvordan de takler omsorgssituasjonen.

Pårørende kan oppleve at det blir vanskeligere å opprettholde kontakt med venner, at nettverket blir mindre etter hvert som den de har omsorg for blir sykere. Dette kan føre til isolasjon i en tid der det er ekstra viktig med sosial støtte.

I den reviderte demensplan 2015 inngår det i hovedsatsningsområdene at pårørende skoler og samtalegrupper skal være tilgjengelig i hele landet. En pårørendeskole vil vanligvis ha minimum 12 timer fordelt på 4-7 ganger. Innholdet vil være forelesning med mulighet for spørsmål og gruppesamtale. Pårørendeskoler kan arrangeres kommunalt eller interkommunalt. Kunnskap om hva som skjer ved en demensutvikling bidrar til at den pårørende kan nærme seg personen med demens på en bedre måte. Mulighet for å dele erfaringer med andre i samme situasjon er også verdifullt.

Avlastning kan gi pårørende ”egentid”, slik at de kan opprettholde kontakt med sin sosiale krets, komme seg på ferie eller få slappe av i sitt hjem uten å være bekymret for hva som skjer med den demente.

Avlastningsmuligheter kan være at personen med demens får:

- inn på tunet (grønn omsorg)
- avlastning i eget hjem ved hjelp av støttekontakt/frivillige
- dagsenter
- dagplass i sykehjem
- nattplass i sykehjem
- kortidsopphold i sykehjem

### 4.7 Etisk refleksjon/perspektiv

**Etikk som fag kan defineres som systematisk tenkning om moralske problemer og sammenhenger. Ordet etikk kommer fra det greske *ethos*, som betyr «sedvane» eller «skikk». Etikk er systematisk tenkning om hva som er moralsk godt, rett og rettferdig. (Eide og Aadland, Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester)**

For å løse etiske dilemma, er det viktig å være bevisst på at faglige og etiske refleksjoner er sterkt knyttet sammen. For å kunne håndtere slike konflikter, tror vi det er viktig å lære seg å analysere de ulike faglige og etiske forholdene rundt problemene. Både faglig og moralsk bevissthet er således begge viktige elementer for et godt faglig skjønn. Retten til å bestemme over seg selv og sitt eget liv er nedfelt i norsk lov, menneskerettserklæringer og internasjonale konvensjoner.

Personer med demens er en sårbar gruppe. Det er nødvendig med etisk refleksjon. Den etiske refleksjon i forhold til den demente i en pleiesituasjon, vil inneholde momenter som: Har pasienten forstått hva som skal skje? Er han redd? Kanskje har han smerter? Er det andre måter å gjøre dette på som kan gjøre situasjonen bedre for pasienten? Tilsvarende kan en reflektere om en pasient med avvikende atferd. Avvikende atferd har ofte en årsak som ikke er åpenbar ved første blick. Den etiske refleksjonen er med å sikre at personen med demens får riktig hjelp og ikke utsettes for overgrep.

### 4.8 Diagnostisering av demens

Helsedirektoratet og Aldring og helse, nasjonalt kompetansesenter har gitt ut utredningsverktøy for demensutredning i kommunehelsetjenesten. Dette består av kartlegging som etterfølges av legens diagnose og drøfting av tiltak. Utredningen skal følges opp minst årlig.

**Revidert demensplan 2015 sier om utredning og diagnostisering: «Demensteam eller demenskoordinatorer framholdes som mulige måter å følge opp det helhetlige demensarbeidet på, med fokus både på utredning og diagnostisering og planlegging, iverksetting og oppfølging av tiltak overfor personer med demens og deres pårørende»**

Satsingen på dette videreføres ut planperioden slik at den enkelte pasient skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens.

I Øyer kommune er rutinen at sykepleier og ergoterapeut reiser hjem for å ta demenstest. Dette skjer etter bekymringsmelding og er i samarbeid med lege og pårørende.

Det reiser 2 personer slik at den ene tar testene på bruker og den andre tar samtale med pårørende. Samtalen med pårørende er viktig for å kunne få et helhetlig bilde. Testene sendes til legen for vurdering i forhold til diagnose og medisinerings. Kopi av testene legges i brukers journal.

Det er ikke systematisert videre oppfølging i forhold til pasient og pårørende.

### **4.9 Utfordringer og tiltak i demensomsorgen**

#### **4.9.1 Miljøbehandling**

Miljøbehandling for personer med demens har som mål å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Å skape glede, trivsel, livskvalitet og derved redusere angst og uro er viktige mål. Bomiljøet legger grunnlaget for miljøbehandling av personer med demens. Der personen med demens fortsatt bor i eget hjem, vil tilrettelegging av boligen være av stor betydning.

Det er viktig at framtidens sykehjem blir tilrettelagt for pasienter med demens. Det forutsettes i demensplan 2015, at alt som bygges og moderniseres med finansiering gjennom Husbankens tilskuddsordning til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, skal tilpasses mennesker med demens og kognitiv svikt.

Demensomsorg skal bidra til at eldre med behov for pleie og omsorg kan fortsette å leve et trygt og mest mulig verdig og selvstendig liv. Boformer som er små (6-8) pasienter hvor den demente pasienten kan delta i vanlige aktiviteter i hverdagen kan hjelpe dem til lenger å opprettholde de restressurser hver enkelt har.

Andre tiltak kan være:

**Bruk av sansehager  
Erindringsgrupper eller bruk  
av erindringsrom  
Musikkterapi  
Stell av dyr  
Bruke naturen**

Miljøbehandling brukes like mye i dagtilbud som i heldøgns boformer.

### 4.9.2 Nevropsykiatriske symptomer

Nevropsykiatriske symptomer kan være psykologiske eller atferdsmessige.

Psykologiske symptomer kan være vrangforestillinger, hallusinasjoner, depresjon, angst eller oppstemthet.

Atferdsmessige symptomer kan være agitasjon/aggresjon, apati, manglende hemninger, irritabilitet eller kroppslig uro.

For bedre å forstå symptomer og reaksjoner må en kjenne til pasientens personlighet, bakgrunn, demenslidelse og somatisk sykdom/ plager. Dette kommer i tillegg til kartlegging av de nevropsykiatriske symptomene. Pasientens opplevelse av sin livssituasjon og miljøets innvirkning er også vesentlig faktorer når en skal finne tiltak som hjelper personer med demenssykdom.

Personer med store atferdsmessige og psykologiske tilleggsproblemer, vil i perioder gi behandlingsmessige utfordringer. Takling av utfordrende atferd krever spesialkunnskap og tiltak i tråd med kompetanse og bemanning innen psykisk helsevern. Kommunal eller interkommunal forsterket skjermet enhet, kan være et godt tilbud til denne pasientgruppen.

Ved å se på atferden som utfordrende istedenfor vanskelig og ved å rette oppmerksomheten mot faktorer i miljøet og samhandling, vil mye utfordrende atferd kunne forebygges.

På denne måten unngår man kanskje unødvendig medisiner.

Avpasset aktivitet er et godt virkemiddel både mot angst, depresjon og passivitet, som for mange kan være et hovedproblem. Andre kan trenge skjerming mot for mange inntrykk.

Tiltak kan være å definere enkelte rom på skjermet avdeling som spesielt skjermet rom. Dette er rom med lite stimuli, ingen unødvendige møbler eller bilder.

### 4.9.3 Medikamentell behandling

Det finnes ingen medikamenter som kan helbrede demens, men flere typer brukes for å behandle symptomene. De såkalte antidemensmedikamentene kan utsette progresjonen av sykdommen. Medisiner mot psykose, depresjon og epilepsi brukes også til personer med demens. Diagnostisering og godt samarbeid med behandlende lege er derfor svært viktig for en vellykket medikamentell behandling av personer med demenstilstander.

### 4.9.4 Kosthold og ernærings situasjon

Tilstrekkelig ernæring og væske er viktig. Dette kan forebygge delirium (akutt forvirring). Regelmessig veiing er et enkelt tiltak for å registrere vekt tap. En rekke legemidler påvirker appetitten, blant annet antidemensmidler.

Hos demente handler et måltid om mer enn å få i seg mat. Det er en daglig aktivitet som alle kjenner seg igjen i, og det er viktig at den demente får gjøre det han greier selv. Måltidene bør være en naturlig del av miljøbehandlingen i omsorg for personer med demens. Å bruke god tid til måltidene vil være en forutsetning, og gjøre det til noe hyggelig for pasienter og personale. Dette er en større utfordring når den demente bor hjemme alene.

### 4.10 Hjelpemidler

Tekniske hjelpemidler brukt ved kognitiv svikt er blitt mer og mer vanlig. Det er like viktig å tenke muligheten for å kompensere/støtte med hjelpemidler ved kognitiv svikt som ved fysiske funksjonshemminger.

Resultater i en stor Nordisk undersøkelse viser at bruk av kognitive hjelpemidler i demensomsorgen kan bidra til økt livskvalitet og mindre belastning for pårørende. **”Tekniske hjelpemidler kan støtte og bevare hverdagsaktiviteter og deltagelse hos personer med demens. Hjelpemidlene bidrar til bl.a. selvstendighet, trygghet, sikkerhet, bedre hjelp og pleie, økt aktivitet og opprettholdelse av sosiale kontakter. Slike hjelpemidler kan avlaste familie og hjelpere, og de kan skape glede og øke selvfølelse og mestring.”**

Teknologi og demens i Norden. En intervjuundersøkelse i Danmark, Finland, Island, Norge

Tekniske hjelpemidler for demente kan være alt fra enkle ting som en komfyrvakt til omfattende former for overvåking. Det er viktig at hjelpemidler ikke skal erstatte personlig kontakt og oppfølging. Pårørende vil alltid være viktige medspillere i valg, tilrettelegging og opplæring i bruk av hjelpemidler. Det er viktig å følge opp bruken av hjelpemidler og være klar over at behovene vil variere mye i løpet av sykdomsperioden og fra person til person.

De fleste vanlige hjelpemidler dekkes via NAV hjelpemiddelsentral (HMS) og det må søkes etter bestemte prosedyrer. I Norge dekkes ikke GPS til overvåking, av HMS. Det må dekkes av bruker selv eller kommunen. Det er viktig å avklare hvem som skal varsles og hvem har ansvar for hva ved bruk av GPS.

Det skjer mye på hjelpemiddelfronten og stadig nye muligheter kan benyttes. Det er viktig å holde seg oppdatert og være kritisk til hva som kan være til hjelp for den enkelte. Etter hvert som brukerne blir mer vant til data før de blir syke, vil også hjelpemidlene kunne bli mer avanserte. Med ergoterapeuter i teamet, slik som vi foreslår i Øyer, er grunnlaget lagt for å klare dette tilstede.

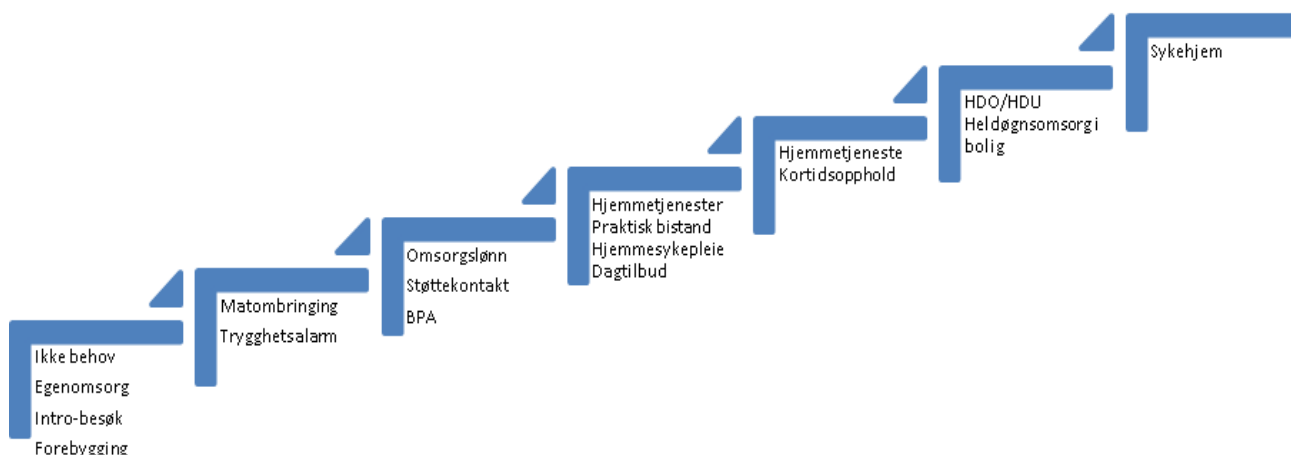
## 5. STATUSBESKRIVELSE AV DEMENSOMSORGEN I ØYER KOMMUNE

### 5.1 Omsorgstrappa

Omsorgstrappa er etter LEON prinsippet med laveste effektive omsorgsnivå.

Dette er politisk forankret som bærende prinsipp i all tjenesteutforming og tjeneste tildeling i Øyer kommune. (Kommunedelplan for omsorgstjenester s 22.)

Dagtilbud er her i demensplanen plassert under hjemmetjenester i omsorgstjenester.



### 5.2 Hjemmetjenester

Hjemmetjenesten er organisert som et distrikt med 2 arbeidslag, Øyer og Tretten.

Hjemmesykepleie er organisert som døgntjeneste. Omsorgsboligene på Tretten har tilbud fra hjemmetjenesten på samme måte som andre hjemmeboende. Eksempler på tiltak for personer med demens er tilsyn, personlig stell, hjelp til medisinbehandling og hjelp til å smøre eller varme mat. Kommunen har hjemmehjelpsordning og matombringing.

Bakketun bosenter i Øyer med 32 plasser har døgnbemanning. De pasientene som har behov for tilrettelagt bolig grunnet demens er i dag stort sett på Bakketun bosenter. De som har



demenstilstander ivaretas av samme personalet som ivaretar andre pasienter. Dette er utfordrende da personer med demens har behov for personale som har tid til å være sammen med dem. Personer som har demens som hovedproblem, får ikke tilstrekkelig ro rundt måltider, aktivisering eller tilrettelegging av dagliglivets aktiviteter. Kommunen har i dag ikke tilbud om plass i bokollektiv, men det er lagt inn i handlingsplanen i kommunedelplan for omsorgstjenester. Bokollektiv var tenkt i underetasjen Bakketun nord. I ettertid er utearealene blitt mindre egnet grunnet E6 utbyggingen. Den planlagte utbyggingen av sykehjemmet gjør at bokollektiv vil inngå i planene der. Imidlertid befinner personene med demens og behov for bokollektiv seg på Bakketun i dag og det synes uforsvarlig å vente med tiltak for denne pasient gruppen helt fram til en utbygging av sykehjemmet.

### **5.3 Institusjon**

Institusjonsplasser finnes på Tretten sjukeheim. Tilrettelagte plasser for personer med demenssykdom finnes i skjermet enhet med 8 plasser. Sykehjemmet tilbyr avlastningsopphold for demente og har ordning med fast rulling mellom hjem og korttidsavdelingen.

Sykehjemmet tilfredsstiller ikke dagens krav til areal for hver beboer. Kommunestyret har bevilget penger til forprosjekt i forhold til utbygging for framtidens behov. Bo kollektiv og tilrettelagte plasser for demente er tenkt som en del av løsningen her.

Dagaktivitet for hjemmeboende må også vurderes i denne løsningen.

Tretten sjukeheim deltar i prosjektet "Samhandling mellom alderspsykiatrisk avdeling og kommunale sykehjem" SAM-AKS. Denne avtalen er videreført fram til 30.06.2013.

Hovedmål for prosjektet er:

1. Bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem.
2. Utvikle og evaluere modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og sykehjemstjenesten med fokus på oppfølging av pasienter i sykehjem.

Dette innebærer kontakt med alderspsykiatrisk avdeling Sanderud, med egen prosjektsykepleier som veileder. Opplæring i utredning og diagnostisering med sertifisering av personalet i forhold til bruk av utredningsverktøy, inngår i dette prosjektet. Prosjektet har også en forskningsdel.

### **5.4 Aktivitetstilbud**

Kommunen mangler dagtilbud som er tilrettelagt for hjemmeboende personer med demens. Bakketun har i dag dagtilbud for eldre en dag i uken. I tillegg er det Herregruppe 2 timer i uken. Denne brukes også til enkelt personer med demens

Aktivitetstilbud for eldre finnes på Tretten sjukeheim 2 dager i uken fra 10.00-14.00. Tilbudet er ikke tilrettelagt for demente. Kulturskolen er samarbeidspartner i et musikkprosjekt for demente i institusjon.

På skjermet avdeling på Tretten sjukeheim utføres forskjellig dagaktiviteter på avdelingen, men plassmangel gir dessverre noen begrensninger.

### **5.5 Kompetanse, kompetanseutvikling og tverrfaglig samarbeid.**

I følge revidert demensplan 2015 vil en rekke tiltak for å styrke kompetanse og kunnskap om demens, geriatri og psykisk helse, bli videreført og igangsatt i demensplanens andre programperiode. Kompetanseløftet 2015 gir tilskudd til videre – og etterutdanning i geriatri og demens både på høgskole- og fagskolenivå. Opplæringsmaterieell er utarbeidet innenfor ulike temaområder i modellkommuneprogrammene for pårørende, dagtilbud og utredning og diagnostisering. Demensplan 2015 vektlegger også at kompetansetiltakene i planen må sees i sammenheng med omsorgsplanens tiltak for en styrket legetjeneste i sykehjem.

Alt dette er nyttige tiltak når Øyer kommune skal bygge videre på dagens kompetanse og tverrfaglighet. Tverrfaglig samarbeid benyttes, med blant annet faste tverrfaglige møter i hjemmetjeneste og i institusjon. I utredning av demens samarbeider i dag sykepleier og ergoterapeut både i hjemmetjenesten og på sykehjemmet. Vernepleiere og helsefagarbeider deltar også i Sam-Aks prosjektet. På demenskonferansen i Bergen i 2011 var det lagt vekt på at demensteamet i kommunen bør ha kompetanse på å søke om aktuelle hjelpemidler. Det er viktig at ergoterapeut som har god kompetanse på dette området er med i demensteamet. At utredningen skjer med lege, sykepleier og ergoterapeut sikrer god informasjon og gir mulighet til å informere bruker og pårørende om aktuelle hjelpemidler allerede ved første kontakt.

Det er ønskelig med demenskoordinator for å kunne gi bedre oppfølging etter utredning. Samarbeidet med legene må utvikles videre. Den ene stillingen for psykiatrisk sykepleier i pleie og omsorg vil brukes mer mot alderspsykiatri/demens fra 2012. Psykiatrisk sykepleier deltar i tverrfaglig møte i hjemmetjenesten. Fysioterapeuten har trimgrupper, blant annet «gå gruppe» i skjermet enhet for demente. Fysioterapeut deltar i det tverrfaglige teamet og er i gang med demensomsorgens ABC.

Det er ca.35 personer gjennomfører/har gjennomført opplæring i demensomsorgens ABC. Det skjer mye utvikling i demensomsorgen og vi trenger å jobbe med kompetanseheving til enhver tid. Dette må legges inn i handlingsplanen både på høgskolenivå og på fagskolenivå og er vesentlig for å kunne møte framtidens behov. Videreutdanning i geriatri og demens for sykepleier er et eksempel her.

## **6.0 SATSNINGSOMRÅDER**

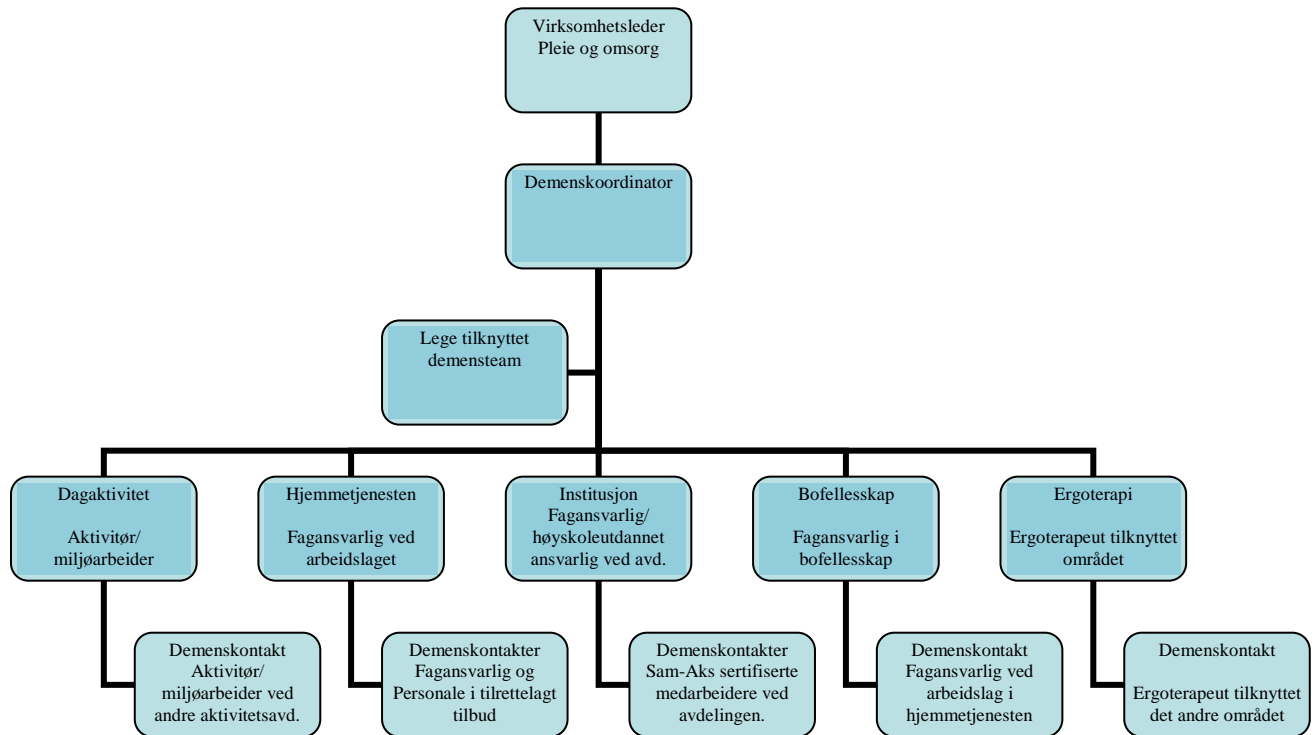
### **6.1 Demensteam og demenskoordinator**

#### **6.1.1 Organisering og funksjon av demensteamet**

Arbeidsgruppa tenker det som gunstig at demensteamet skal bygge på arbeidet som allerede er i gang og at det skal være integrert i de forskjellige enhetene.

# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

## Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030



I tillegg bør enhetene ha demenskontakter. En lege bør være fast tilknyttet teamet. Det er etablert rutiner der fagansvarlig i hjemmetjenesten og ergoterapeut foretar sin del av utredningen ved hjemmebesøk. Dette skjer etter henvisning fra lege. Planen er å utvikle rutinene og etablere samarbeidsrutiner med legene slik at utredningen skjer etter retningslinjene fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Dette vil også sikre at de som trenger utredning i spesialisthelsetjenesten får dette. Det vil sikre at de som er førstegangs utredet får sin halvårige oppfølging etterpå.

I sykehjem kvalitetssikres utredning gjennom Sam-Aks prosjektet.

Utredning av personer med utviklingshemming.

Fagansvarlig i bofellesskap, som også er medlem av demensteamet, vil være ansvarlig for utredning her. Permen "Tidlige tegn" som nasjonalt kompetansesenter for utviklingshemming og aldring har utviklet er et hjelpemiddel i kartleggingen av demens hos utviklingshemmede.

Demensteamet vil ha oppgaver i forhold til veiledning av pårørende, veiledning og opplæring av helsepersonell.

### 6.1.2 Demenskoordinator

Demenskoordinator er tenkt å være leder av demensteamet og koordinere oppfølging etter utredning av hjemmeboende demente. Koordinator vil kunne bistå i utredning, men hovedsakelig ha oppgaver i forhold til veiledning/opplæring. Det er ønskelig at koordinator er helsefaglig høgskoleutdannet med videreutdanning i psykiatri/demens/geriatri. Koordinator vil ha oppgaver i oppfølging av pårørende, både med koordinering av tilbud som pårørendeskole og med samtaletilbud der denne kompetansen er nødvendig. Koordinator vil ha oppgaver i planlegging og gjennomføring av dagtilbud og tilrettelagt botilbud. Koordinator

er kommunens representant i prosjekt samhandling demens. Demensteamet fungerer som ressursgruppe for koordinator. Det er vesentlig at demensteamets kompetanse blir brukt i planleggingsfasen for utbygging av sykehjemmet, med tanke på den høye forekomsten av demenssykdom.

## **6.2 Dagtilbud**

### **6.2.1 Etablering av kommunalt dagtilbud**

Handlingsplanen i kommunens omsorgsplan planlegger oppstart av dagtilbud for demente i 2012. Ut fra framskrivning av antall personer med demenssykdom, starter vi med 6-8 plasser 2 dager i uken i år. Dette gir også mulighet for å gjøre noen erfaringer før senere utvidelse. Nasjonal kartlegging av tilbud for demente viser at minimum 3 dager i uken gir best effekt, særlig i forhold til avlastning av pårørende. Praktiske forhold med en planlagt utbygging av sykehjemmet gjør det formålstjenlig å starte opp på aktiviteten på TS på 2 ledige ukedager. Kjernerom for det tilrettelagte tilbudet blir kjøkkenet i aktivitetsdelen. Vi vil ha oppe 5 timer hver dag og transportordning er nødvendig. Det bemannes med to personer, hvorav en skal ha helsefaglig høgskoleutdanning. Midler til oppstart og drift av dagtilbud søkes. Det gis inntil 65 000 kr for en plass av 5 timer 5 dager i uken i 2012.

På lengre sikt må en økning i dagtilbud beregnes. Personer med demens har ulike behov og en vurdering av dagtilbud innenfor «Inn på tunet» ordningen, må også vurderes, enten dette skal være for enkeltpersoner eller for større grupper. Støttekontakt ordning for personer med demens kan også fungere som en form for dagtilbud i hjemmet.

### **6.2.2 Samarbeid med andre**

Fortsettelse av samarbeidet med kulturskolen i forhold til musikk og demens. Videre samarbeid med frivillighetssentralen og pårørendeforeningen ved sykehjemmet og Bakketuns venner.

## **6.3 Tilrettelagt botilbud**

### **6.3.1 Botilbud i omsorgsbolig med utprøving av arbeidslagmodell/ambulerende team.**

Vi har to forslag til kortsiktige løsninger i påvente av utbygging:

1. Midlertidig bokollektiv/bofelleskap på Bakketun. Dette er fortsatt aktuelt som en kortsiktig løsning og kan gjennomføres uten særlige bygningsmessige grep. På lengre sikt må bokollektivet legges inn i planene for utbygging av sjukeheimen.

2. Fordeling av beboere på Bakketun etter funksjon. Fysisk oppegående personer med demens kan få leilighet nede i Bakketun nord. Personalgruppa må økes slik at eget personale kan

# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

## Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

følge opp disse beboerne. Dette kan inngå som en utprøving av modell for bruk av egne arbeidslag til grupper med behov for tett oppfølging fra få personer. Inntaks kriterier for personer som skal inngå i ordningen kan være:

**-Er hjemmeboende, har en demensdiagnose eller er under utredning.**

**-Kan ha nytte og glede av sosial stimulering og aktivitet i felleskap med andre.**

**-Har et funksjonsnivå som gjør at vedkommende kan fungere med lett tilrettelegging i daglige gjøremål, kunne spise selv, eventuelt med tilrettelegging, fysisk mobil med eller uten hjelpemidler, kunne gå på toalettet selv.**

Disse kriteriene er tatt fra eksempel på inntakskriterier for tilrettelagt dagtilbud til personer med demens i «Mellom hjem og institusjon». Det er nettopp mellom hjem og institusjon disse personene er og de trenger et tilbud som dekker deres behov for tjenester. I et tilrettelagt botilbud for demente vil den daglige miljøbehandlingen tilsvare det den hjemmeboende får i et tilrettelagt dagtilbud for demente. Styrking av personalgruppa på Bakketun vil gi mulighet for slike tjenester til denne gruppa i påvente av utbygging.

### 6.3.2 Bokollektiv

På landsbasis er det de senere år rapportert økning i antall plasser i bokollektiv i omsorgsbolig. Det er nedgang i andre typer bokollektiv. Økningen er i tilbud der det gis investeringsstøtte. I 2008 hadde bokollektiv gjennomsnittlig lik bemanning som skjermete enheter. I 2011 var bemanningen i bokollektiv noe lavere.

Andelen sykepleier/vernepleier var 22 % mot 28 % i skjermet enhet. Det var også noe lavere andel av disse med videreutdanning i demens, psykiatri eller geriatri. Derimot var andelen hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider noe høyere i bokollektiv. 64 mot 60 %.

Antall beboere per ansatt på ulike vakter på bokollektiv i omsorgsboliger, gjennomsnittsverdier. (tabell 7.10 fra Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011).

Vakt	2004-2005	2008	2010-2011
Dagvakt ukedag	3,3	3,2	3,6
Kveldsvakt ukedag	4,2	3,8	3,6
Dagvakt helg	4,0	3,8	4,4
Kveldsvakt helg	4,3	4,1	4,3

204 bokollektiv ga opplysning om nattevakt. 36 % av bokollektivene hadde egen nattevakt, mens 64 % delte nattevakt med annen enhet.

### 6.4 Yngre personer med demens

I en kommune på Øyers størrelse kan det være ingen eller noen få yngre personer med demenstilstander. Dette vil være personer som ennå er i yrkesaktiv alder. De kan være i

## Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

### Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

---

familiesammenheng med mindreårige barn. Disse familiene vil trenge individuell oppfølging og ressurser når behovet melder seg.

#### ***6.5 Samhandlingsreformen med prosjektet samhandling demens***

Det er nedsatt en gruppe med representanter fra kommunene Lillehammer, Ringebu, Gausdal og Øyer og fra Sykehuset innlandet. Oppstartsmøte var i desember 2011 og gruppa vil se på muligheter for interkommunalt samarbeid innenfor demensomsorgen og samarbeidet med sykehuset. Noen aktuelle temaer for vurdering er pårørendeskole, tilbud til yngre personer med demens og skjermet enhet ved store atferdsproblemer. Innovasjon i omsorg er også stikkord her.

### **7. FRAMTIDENS TJENESTER**

Revidert demensplan 2015 har flere forsknings og utviklingstiltak for perioden som starter nå. Noen viktige temaer er tilbud til yngre personer med demens, behandling og håndtering av personer med demens med utfordrende atferd, miljøbehandling og miljøterapi.

”Fokus i programperioden vil være å sikre spredning og implementering av kunnskap som fremkommer i de ulike utviklingsprosjektene.”

I tillegg har helsedirektoratet flere prosjekter som videreføres. Nevnes her kan: Personer med innvandrerbakgrunn som utvikler demens, videreutvikling av IPLOS for å gi økt kunnskap om personer med demens, bruk av individuell plan for personer med demens og bruk og nytteverdi av tekniske hjelpemidler.

Vi tenker at modellen med demenskoordinator og demensteam som er skissert i denne planen vil gi Øyer kommune et godt utgangspunkt for å ha en kontinuerlig prosess med implementering av ny og aktuell kunnskap til beste for denne pasientgruppen. Dette vil skje i nært samarbeid med fagutviklingssykepleier og ledelsen. Sam-Aks prosjektet og prosjekt samhandling demens er også viktige premissleverandører i forhold til framtidens tjenester.

# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

## Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

### 8. HANDLINGSPLAN

Handlingsplanen tar utgangspunkt i handlingsplanen fra kommunedelplan for omsorgstjenester 2010-2030. Foreslåtte tiltak i plan for demensomsorg relateres til fokusområder og mål i omsorgsplanen.

#### 8.1 Generelt

	Fokusområde	Mål	Kortsiktig tiltak	Langsiktig tiltak
8.1.1	Individuelle planer	Utarbeide individuelle planer til alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.		Implementere resultatet av helsedirektoratets prosjekt: Bruk av individuell plan for personer med demens.

#### 8.2 Forebyggende arbeid

	Fokusområde	Mål	Kortsiktig tiltak	Langsiktig tiltak
8.2.1	Helsefremmende og forebyggende arbeid	Satsing på tidlig intervensjon i alle pasient/brukerforløp	Demensteam med demenskoordinator foreslås opprettet, slik at pasient og pårørende sikres oppfølging helt fra mistanke om demenssykdom.	
8.2.2	Frivillig innsats og Frivillighetssentralen	Involvere aktuelle aktører i det frivillige arbeidet		1. Jobbe aktivt for å involvere frivillige organisasjoner i demensomsorgen. 2. Videreutvikle samarbeid med Bygdekvinnelaget og arbeidsgruppe i forhold til sansehagen.
8.2.4	Trygghetsalarm			Ta i bruk ny omsorgsteknologi som er egnet i forhold til demenssykdom.



## Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

### Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

8.2.5	Dagsentertilbud		Etablere dagtilbud for hjemmeboende personer med demens.	Vurdere utvidelse av dagtilbud for personer med demens.
8.2.6	Psykisk helsearbeid		Stilling som psykiatrisk sykepleier i PLO brukes mot alderspsykiatri	
8.2.8	Matombringning		Videreføre tilbud om matombringning	Vurdere muligheten for utvidelse av tilbudet, spesielt i forhold til personer med demens.

### 8.3 Hjemmebaserte tjenester

	Fokusområde	Mål	Kortsiktig tiltak	Langsiktig tiltak
8.3.1	Hjemmesykepleie	Foreta omstillinger i tjenesten for å møte framtidens utfordringer	Vurdere arbeidslagsmodell i forhold til personer med demenssykdommer	Som omsorgsplanen  Økende behov for ressurser utfra befolkningsutviklingen
8.3.2	Praktisk bistand	Vurdere denne tjenesten som mer aktiv del av det forebyggende arbeidet.	Vurdere denne tjenesten også i forhold til arbeidslagsmodell	Vurdere ressurstildeling ut fra økt satsing på hjembaserte tjenester
8.3.3	Brukerstyrt personlig assistent	Brukere som oppfyller kriteriene bør tilbys denne type tjenester		Personer med demenssykdom vurderes i forhold til denne tjenesten.
8.3.4	Omsorgslønn			Som omsorgsplanen
8.3.5	Avlastning	Ha et godt utbygd tilbud til pasienter som fyller kriteriene til tjenesten.		Opprettholde tilstrekkelig tilbud til personer med demenssykdom
8.3.6	Støttekontakt	Sikre samordning på tvers av virksomhetsgrenser	Vurdere bruk av støttekontakt for demente, individuelt og i gruppe. Sikre god veiledning	

# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

## Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

### 8.5 Boformer

	Fokusområde	Mål	Kortsiktige tiltak	Langsiktige tiltak
8.5.4	Bofellesskap	Etablere tilbud om bofellesskap for demente	Vurderes i sammenheng med utbyggingsprosess av T.S. 1. Etablere bofellesskap på Bakketun eller 2. Vurdere funksjonsinndeling på Bakketun med eget forsterket arbeidslag for personer med demens.	Vurdere løsning for bofellesskap/bokollektiv ved utbygging av sykehjemmet.

### 8.6 Institusjonsbaserte tjenester

	Fokusområde	Mål	Kortsiktige tiltak	Langsiktige tiltak
8.6.1	Institusjonstilbud i framtida	Definere framtidig bruk av sykehjem	Vurdere bruk av demensteamets kompetanse i planleggingsfasen.	Sykehjemmet tilrettelegges for personer med demenssykdom.
8.6.2	Sykehjemmets framtidige funksjoner	Avklare sykehjemmets rolle som aktivt behandlingssted.	Utarbeide framdriftsplan for å tilrettelegge et funksjonelt tilbud for rehabilitering, somatisk sykdom og demens.	Samhandlingsreformen Trust, herunder ”Regionalt prosjekt Samhandling demens”

### 8.7 Legetjenester

	Fokusområde	Mål	Kortsiktige tiltak	Langsiktige tiltak
8.7.1	Legetjenester	Tilpasse legetjenesten i Øyer kommune for å møte framtidens utfordringer i pasientforløpet	Legetilknytning til demensteam	Avtale om fast legetilknytning vurderes ved opprettelse av bokollektiv for demente

### 8.8 Omsorgstjenestene som attraktive arbeidsplasser

	Fokusområde	Mål	Kortsiktig tiltak	Langsiktig tiltak
8.8.1	Rekruttering til PLO	Sikre kvalifisert arbeidskraft	Avsette årlige ressurser til kompetanse heving i virksomheten	Utarbeide kompetanseplaner med satsningsområder. 1. Videreutdanning innen aktuelle områder, som demens, geriatri og psykiatri. 2. Videreføre satsningen på demensomsorgens ABC

## 9. HANDLINGSPROGRAM

Tiltak	2012	2013	2014	2015- 2018	2019- 2022	2023- 2026	2027- 2030
Etablering av demensteam og demenskoordinator							
Planlegging og utbygging av sykehjemmet med alle nye og moderniserte plasser tilrettelagt for personer med kognitiv svikt og demens. Demensteamet trekkes inn i planleggingsprosessen.							
Utarbeide og innføre rutiner for utredning og oppfølging av hjemmeboende personer med demens. Strukturert samarbeid med legetjenesten er en del av dette.							
Videreføring av Sam-Aks prosjektet.							
Deltakelse i regionalt prosjekt samhandling demens							
Dagtilbud for hjemmeboende personer med demens 2 dager i uken i aktivitetsdelen Tretten sjukeheim							
Vurdere utvidelse av dagtilbudet og inkludering i utbyggingen.							
Samarbeide med kulturskolen i musikkprosjektet for demente.							
Tilbud om pårørendeskole og pårørende grupper, gjerne i interkommunalt samarbeid							
Videreføre kompetansetiltak som demensomsorgen ABC							
Tilby videreutdanning i demens/geriatri for sykepleiere og andre høyskolegrupper							
Tilrettelegging av botilbud for personer med demens på Bakketun bosenter							
Demensteamets kompetanse brukes i internundervisning i samarbeid med fagutviklings sykepleier							
Videreutvikling av samarbeid med frivillige							

## 10. REFERANSER

### Litteratur:

- Teknologi og demens i Norden. En intervjuundersøkelse i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. Aldring.
- og Helse 2008, ISBN 978-82-8061-098-0.
- Gudbrandsdølen Dagningen 31.08.11: ”Ny overvakingsteknologi....”.
- Tom Eide og Einar Aadland: Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Fra Aldring og helse.

Nasjonalt kompetansesenter.

Etablering og drift av demensteam.  
(Demensutredning i primærhelsetjenesten).

Etablering og drift av pårørendeskole.

Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens (2010-2011).

Mellom hjem og institusjon.  
(Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens).

### Aktuelt lovverk:

LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.(helse- og omsorgstjenesteloven).

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter(pasient- og brukerrettighetsloven).

Ny vergemålslov.

Helsepersonell loven.

Demensplan 2015 «Den gode dagen» med nytt fireårig handlingsprogram for 2012-2015.

### Internett:

Internett adresser: [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)  
[www.demensinfo.no](http://www.demensinfo.no)

# **Plan for demensomsorgen i Øyer kommune**

Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

---

# Plan for demensomsorgen i Øyer kommune

Underplan av kommunedelplan for omsorgstjenester Øyer kommune 2010-2030

---



2636 ØYER • Tlf: 61 26 81 00 • Fax: 61 26 81 50 • [www.oyer.kommune.no](http://www.oyer.kommune.no)