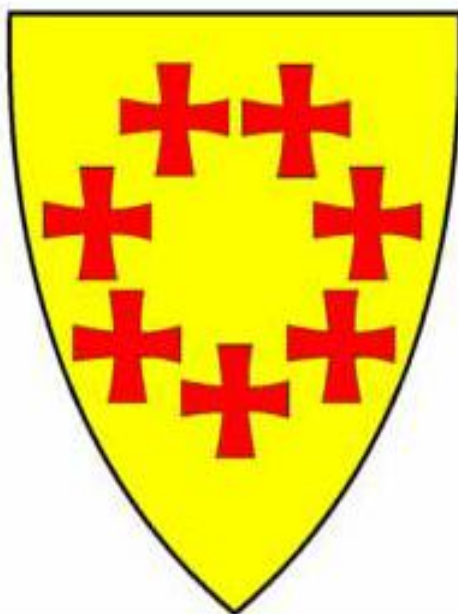


# Demensplan 2022 for Overhalla kommune



## Innhold

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
1.1	Ulike demenssykdommer	3
1.1.1	Vaskulær demens .....	3
1.1.2	Pannelappdemens.....	3
1.1.3	Parkinsons sykdom med demens .....	3
1.1.4	Lewy legeme sykdom .....	3
1.1.5	Alzheimer sykdom .....	3
1.1.6	Andre demenssykdommer.....	3
1.2	Antall personer med demens	4
1.3	Erfaringer fra demensplan 2015	4
1.3.1	Erfaringer fra demensplanen 2015 .....	4
1.3.2	Handlingsplan for demensplan 2015.....	4
<b>2</b>	<b>Fra demensplan 2015 til demensplan 2022 .....</b>	<b>5</b>
2.1	Mål	5
2.2	Hovedutfordringer for demensplan 2022	5
<b>3</b>	<b>Strategier for regjeringens demensplan 2020.....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Foreslåtte tiltak til hver strategi .....</b>	<b>6</b>
4.1	Selvbestemmelse, involvering og deltakelse	6
4.1.1	Dagens tiltak .....	6
4.1.2	Utfordringer .....	6
4.1.3	Nye tiltak.....	7
4.2	Forebygging	7
4.2.1	Dagens tiltak .....	7
4.2.2	Utfordringer .....	8
4.2.3	Nye tiltak.....	8
4.3	Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose	8
4.3.1	Dagens tiltak .....	8
4.3.2	Utfordringer .....	9
4.3.3	Nye tiltak.....	9
4.4	Aktivitet, mestring og avlastning	9
4.4.1	Dagens tiltak .....	9
4.4.2	Utfordringer .....	9
4.4.3	Nye tiltak.....	9
4.5	Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud	10
4.5.1	Dagens tiltak .....	10
4.5.2	Utfordringer .....	10
4.5.3	Nye tiltak.....	10
4.6	Forskning, kunnskap og kompetanse	11
4.6.1	Dagens tiltak .....	11
4.6.2	Utfordringer .....	11
4.6.3	Nye tiltak.....	11
<b>5</b>	<b>Handlingsplan 2018-2022.....</b>	<b>12</b>
<b>6</b>	<b>Vedlegg 1: Lovverk og sentrale føringer .....</b>	<b>13</b>

# 1 INNLEDNING

I årene fremover skal kommunen bidra til større åpenhet og kunnskap om demens. Det blir en viktig oppgave å utvikle modeller for gode, fleksible og tilpassede tjenester til personer med demens og deres pårørende. Alle som har demens skal bli møtt med forståelse og respekt. Det er viktig at personer med demens og deres pårørende får støtte og veiledning, tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, interesser og vaner.

## 1.1 Ulike demenssykdommer

Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen. Antall personer med ulike demenstilstander øker i samfunnet. Personer med demens er ingen ensartet gruppe og har som alle andre forskjellige behov og ulike interesser. Dette medfører at personer med demens må ha individuelt tilrettelagte tjenester basert på deres livshistorie og sykdomshistorie. Demenssykdom utvikles over tid og tjenestetilbudet må tilrettelegges og endres etter den enkeltes funksjonsnivå.

### 1.1.1 Vaskulær demens

Vaskulær demens skyldes hjerneslag eller hjerneblødning. Noen ganger kan det skyldes manglende blodtilførsel, og dermed surstoffmangel i hjernen.

### 1.1.2 Pannelappdemens

Frontallappdemens karakteriseres av typisk endringer i personlighet, atferd og språk, spesielt tidlig i forløpet. Tilstanden kalles også frontotemporal demens. Noen får også sosial ukritisk adferd (kler av seg klærne mens det er besøk tilstede), andre blir passive og kan virke deprimerte. De kan ha vansker med å komme i gang med aktiviteter, er passive og irritable. Etter hvert oppstår hukommelsesproblemer og språkvansker (ordforståelse).

### 1.1.3 Parkinsons sykdom med demens

Demens ved Parkinsons sykdom kjennetegnes av at tempoet i bevegelsene senkes, og at det tar lang tid å tenke, snakke og å utføre aktiviteter.

### 1.1.4 Lewy legeme sykdom

Demens med Lewy-legemer skyldes proteinansamlinger i hjernen. Typiske symptomer er stivhet i armer og ben, treghet i bevegelsene, synshallusinasjoner og vrangforestillinger, for eksempel mistenksomhet. Symptomene opptrer samtidig og er vekslende i styrke. Det er kort vei fra hysterisk latter til krampegråt.

### 1.1.5 Alzheimer sykdom

Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens. Sykdommen fører til skader og tap av hjerneceller, og utvikler seg som regel over mange år. Symptomer som manglende evne til å føre en samtale, problemer med å utføre praktiske oppgaver eller å finne fram på nye steder. Noen blir passive, urolige eller irritable, mens andre blir engstelige. De trenger små miljøer med trygge rammer.

### 1.1.6 Andre demenssykdommer

Det finnes en rekke sykdommer og tilstander som kan gi demenssymptomer.

Flere av disse tilstandene er det mulig å behandle, og det er derfor svært viktig å oppsøke lege for å få en korrekt diagnose

## **1.2 Antall personer med demens**

I Overhalla er det registrert 35 personer med en demenssykdom per 01.10.2017.

Av disse er 21 bosatt i institusjon og 14 er hjemmeboende. Dette er tall ut fra diagnose og behandling.

Nyere undersøkelser på landsbasis viser at det kan være mange personer med sikre tegn på demens, som ikke er blitt diagnostisert.

### Arbeidsgruppe

Marianne Øyesvold, sykepleier i hjemmetjenesten og dagtilbudet til demente

Anne Marit Rian, demenskoordinator

Tone Tømmerås, sykepleier i hjemmetjenesten og hukommelsesteamet

Lena Moa, fagleder demensavdelingen

Kirsten Svarliaunet, enhetsleder sykeheimen

Beate Galguften Aunet, enhetsleder hjemmetjenesten

Asbjørn Hagerup, brukerrepresentant fra eldrerådet

Bente Eidesmo, fagsjef helse og omsorg; leder

## **1.3 Erfaringer fra demensplan 2015**

### **1.3.1 Erfaringer fra demensplanen 2015**

Kommunens arbeid med demensplan 2015 hadde oppstart januar 2009 og ble vedtatt av kommunestyret september 2009.

Kommunens demensomsorg fikk et løft i denne perioden pga. en sentral satsing med at kommunene i hvert fylke ble invitert til å delta i et utviklingsprogram innen demens.

Overhalla kommune takket ja til å delta som en av modellkommunene innen demens i Nord-Trøndelag. I tillegg til Overhalla deltok 3 andre kommuner i Nord-Trøndelag (Snåsa, Verdal, og Flatanger). Prosjektet ble ledet av fylkesmannen med støtte av Nasjonalt kompetansesenter for aldring.

Modellkommunene hadde følgende utviklingsprogram:

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

Modellkommunene ble organisert slik at kommunene fikk hvert sitt hovedområde fra utviklingsprogrammet. Overhalla fikk område 1 med utredning og diagnostikk som sitt hovedområde. Modellkommuneprosjektet var samlingsbasert og kommunene fikk dermed også god innsikt i hele utviklingsprogrammet.

I tillegg til utviklingsprogrammet ble det gjort en del viktige grep innen kompetanseheving. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse startet opp med demensomsorgens ABC i juni 2009. Overhalla hadde over 30 deltakere i den første studiesirkelen.

### **1.3.2 Handlingsplan for demensplan 2015**

Modellkommuneprosjektet og utviklingsprogrammet hadde stor betydning for kommunens handlingsplan i demensplan 2015. Handlingsplanen inneholder alle elementene fra utviklingsprogrammet der kommunen gjennomførte alle tiltakene i perioden.

Se tabell nedenfor:

### Handlingsplan Overhalla kommune

	Tiltak	Ansvar	Evaluering
1	Hukommelsesteam /utredning	Enhetsleder hjemmetjeneste  Fagsjef helse	Opplæring vedr utredning i 2008 Oppstart utredning jan.2009 To sykepleiere fra hjemmetjenesten Fikk avsatt fast arbeidstid til utredning.  <b>2012-2013</b> utprøving av felles tilbud i MNS-kommunene. <i>Ikke vellykket!</i> 2013 gikk vi tilbake til kommunalt hukommelsesteam.
2	Dagtilbud for hjemmeboende demente	Fagsjef helse og omsorg i prosjektperioden  Enhetsleder hjemmetjenesten etter overgang til drift	Utlyste konkurranse vedr. dagtilbud. Utvalgelse tilbud på gård, med oppstart 1/1-2010. Januar 2016 oppsigelse fra gården, sluttdato juli.  Medio august 2016; avtale om nytt dagtilbud på Overhalla frivilligsentral til 7 brukere.
3	Øke antall plasser for demente på institusjon	Enhetsleder sykeheimen og Fagsjef helse	Planlegging vår/høst 2009 Oppstart høst 2010 Ombygging etter innflytting. Gikk fra 6 til 12 plasser. 1 plass spesielt skjermet. Mulighet for deling av avdelingen for å unngå at alle er med alle.
4	Pårørendegrupper	Enhetsleder hjemmetjenesten	Vinter 2010
5	Kompetanseutvikling: -Videreutdanning innen eldreomsorg (ansatte på sykeheimen) -Demensomsorgens ABC	Alle enhetsledere innen helse og omsorg og fagutviklingssykepl.	Kontinuerlig Demensomsorgens ABC-fra Juni -2009

## 2 Fra demensplan 2015 til demensplan 2022

Handlingsplanen fra demensplan 2015 viser at kommunen har gjennomført de tiltakene som ble bestemt, noe som er svært motiverende for videreføring og planlegging fram mot 2022.

### 2.1 Mål

Målet for kommunens demensplan 2022 er å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet.

### 2.2 Hovedutfordringer for demensplan 2022

- Det er lite oppmerksomhet på forebygging av risikofaktorer for å utvikle demens.
- Det mangler kunnskap og kompetanse om demens i samfunnet, i tjenestene og blant pårørende og personer som selv har demens.
- Mange får diagnose sent og det er lite oppfølging etter at diagnosen er satt.
- Manglende tilbud om aktivitet og for lite avlastning og støtte til pårørende.

- Tjenestetilbudet er for dårlig tilpasset personer med demens.
- Personer med demens og deres pårørende er for lite involvert i avgjørelser som angår dem.

### 3 Strategier for regjeringens demensplan 2020

Med bakgrunn i brukerens og pårørendes behov og uløste utfordringer fra dagens plan foreslår Helse –og omsorgsdepartementet følgende strategiske grep for demensplanen:

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse.
2. Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen.
3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose.
4. Aktivitet, mestring og avlastning
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud.
6. Forskning, kunnskap og kompetanse.

### 4 Foreslåtte tiltak til hver strategi

Demensplanen skal ha fokus på tiltak som skal settes inn før det er nødvendig med et heldøgns tilbud og som kan støtte og avlaste pårørende. det skal legges til rette for økt brukerinnflytelse og brukerinvolvering.

Utarbeidelsen av den kommunale demensplanen har analysert hver strategi med å se på dagens tilbud og dagens utfordringer for så å se hva som kan være aktuelle nye tilbud.

#### 4.1 *Selvbestemmelse, involvering og deltakelse*

Målet er å få et mer demensvennlig samfunn og sørge for brukernes deltakelse til tross for sykdom og funksjonstap. Personer med demens og deres pårørende skal involveres i beslutninger som angår dem og ha innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud.

##### 4.1.1 Dagens tiltak

- Brukere og pårørende som søker tjenester får informasjon om ulike tilbud i kommunen (dagtilbud, støttekontakt, avlastning, hjemmesykepleie, institusjon).
- Det arrangeres temakveld årlig der pårørende inviteres til kunnskapsdeling om demenssykdom og hvordan takle det.
- Helse og omsorg gjennomfører brukerundersøkelse annet hvert år. Kommunen bruker verktøyet til bedrekommune.no.
- Det er også opprettet et brukerråd i sykeheimen, som har ansvar for hele institusjonen, ikke bare for demente.
- Hjemmetjenesten kommer tidlig i kontakt med den demente og dens pårørende ved at hukommelsesteamet har et ansvar innen diagnostiseringen. Det skaper tidlig involvering og innflytelse på tjenestetilbudet.
- Organiserer tjenesten med primærteam, der egne rutiner sikrer ansvar for oppfølging og involvering.

##### 4.1.2 Utfordringer

- Sent igangsatt diagnostisering
- Hukommelsesteamet opplever det utfordrende å engasjere den demente i tidlig fase av sykdommen.

- Lite åpenhet og innsikt om sykdom og den demente med pårørende isolerer seg.
- Det kan utvikles tilleggs sykdommer som depresjon pga manglende mestringsfølelse.

### 4.1.3 Nye tiltak

- Utvikle bedre modell for større brukerinvolvering på både individ og systemnivå.
  - Utvidet bruk av individuell plan
  - Utvikle et system for helhetlig informasjon.
  - Primærhelseteam

## 4.2 Forebygging

*Primærforebygging er innsats som søker å forhindre at et problem, skade eller sykdom oppstår.*

Til tross for flere studier er det ingen klare svar på hvordan demens kan forebygges. Enkelte undersøkelser viser imidlertid sammenhenger mellom ulike risikofaktorer og utviklingen av demenssykdommer.

Det er derfor behov for økt oppmerksomhet om risikofaktorer, som livstil og levekår.

*Sekundærforebyggende tiltak er innsats for å begrense omfang og varighet av oppstått sykdom.*

Undersøkelser viser at livsstilssykdommer som høyt blodtrykk, diabetes og fedme gir økt forekomst av demens. Skal vi redusere forekomsten av demens i samfunnet, må det rettes innsats mot bakenforliggende forhold med sikte på utjevning av sosiale forskjeller i levekår og helse, og det må samtidig settes inn innsats for fremme sunn livstil ved å gjøre det lettere for den enkelte å ta sunne valg.

### 4.2.1 Dagens tiltak

*Primærforebygging:*

- Helsesøstertjeneste med fokus på sunn livstil
- Frisklivstilbud
  - Bra mat kurs
  - Fysisk aktivitet
  - Røykeslutt
  - Læring og mestringskurs
- Folkehelseiltak (gang og sykkelveier, trim, trening)

Men så vil det være grupper som utvikler demens, uavhengig av dette. Denne gruppen kan det være vanskelig å nå på ett tidlig tidspunkt. Det vil for denne gruppen være aktuelt med sekundærforebyggende tiltak, som vil være

*Sekundærforebygging:*

- Demensutredning for å komme i gang med tiltak i tidlig fase. Miljøtiltak, tekniske hjelpemidler, medisiner
- Forebyggende hjemmebesøk 75 +
- Hverdagsrehabilitering
- Hjemmetjeneste med fokus på ernæring og korrekt medisiner
- Frivillighetssentraler- aktivisering av eldre
- Dagtilbud 2 dager pr uke for hjemmeboende med kognitiv svikt
- Pensjonistforeninger/ sanitetsforening
- Hunt undersøkelser
- Informasjon

## 4.2.2 Utfordringer

- Genetiske disposisjoner
- Valg av livsstil
- Tilstrekkelige tilbud innen friskliv som gir varig endring
- God infrastruktur som fremmer fysisk aktivitet
- Tjenesten ser følgende utfordringer ved kognitiv svikt:
  - Enkelte brukere og pårørende ønsker ingen bistand av ulike årsaker (skam, ønske om å klare seg selv, mangler innsikt)
  - Ensomhet- lite nettverk, eller skyver bort nettverket man har pga. sykdommen. Selv om det finnes tilbud i både frivillighetsentraler og tilsvarende, er det utfordrende å få denne gruppen til å delta i ulike tilbud
  - Demens/ kognitiv svikt øker faren for fall og bruddskader. Inaktivitet svekker fysisk funksjon raskt, som øker risikoen for fall
  - Ernæringsstilstand - utsatt for underernæring pga. nedsatt matlyst, glemmer å lage mat/ spise. Enkelte kan ha nedsatt tannhelse
  - Medisinering- utfordringer med riktig medisinering. Problemer med å huske å ta medisiner. Tar ikke de medisinene de trenger.

## 4.2.3 Nye tiltak

- Formidle kunnskap om primærforebyggende tiltak
- Bidra innen forskning av frisklivstilbud
- Tettere oppfølging etter utredning for å fremme sekundærforebyggende tiltak
- Fastlege "selger inn" oppfølging av demensteam overfor sine pasienter med kognitiv svikt. Understreke viktigheten med tidlig oppfølging i ett forebyggende perspektiv
- Utvidet tilbud om veiledning til pårørende
- Hjelpemidler- i tidlig fase for å fremme læring av hjelpemidler. Mer bruk av teknologiske løsninger/ velferdsteknologi. Tidligere kontakt med ergoterapeut
- Rekruttering av turvenner

## 4.3 Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

Kommunen har ansvar for utredning av pasienter 70+, yngre demente utredes av spesialisthelsetjenesten. Etter utredning i spesialisthelsetjenesten sendes epikrise til fastlegen. Hukommelsesteamet i kommunen består av 3 sykepleiere, det ble foretatt 14 nye kommunale utredninger i 2016.

### 4.3.1 Dagens tiltak

- Utredningsprosess
  - Lege henviser pasienten til hukommelsesteamet for utredning.
  - Lege henviser til MR av hodet etter første utredning, for å utelukke andre diagnoser.
  - Det gjennomføres 2 utredninger, den andre utredningen er etter 3-4 måneder og legen stiller en evt. diagnose ut fra begge utredningene.
  - Hvis pasienten får en demensdiagnose etter 2 utredninger og MR, får de et tilbud om oppfølging av hukommelsesteamet.
  - Hukommelsesteamet informerer om at de har et minimumstilbud der de ringer 1-2 ganger pr år for å høre hvordan det går.



Etterhvert blir det en glidende overgang til mer tjenester fra hjemmetjenesten, avlastning på sykeheimen og fast plass ved behov.

#### **4.3.2 utfordringer**

- Manglende og sen diagnostisering
- Det kan være vanskelig å diagnostisere demenssykdommer. Mange av de samme symptomene, finner en igjen hos personer som har en depresjon.
- Når pasienten får en diagnose tidlig, ønsker de som regel ingen oppfølging de første årene, utenom den faste telefonkontakten. Det er i tillegg vanskelig å aktivisere pasientene når de har kommet lengre ute i forløpet, pga. at de da har blitt enda mer avhengig av sine pårørende.

#### **4.3.3 Nye tiltak**

- Økt fokus på tidlig diagnostisering hos fastlege og hjemmetjeneste
- Skal være klarere dialog mellom hukommelsesteam og fastlege etter utredning, slik at demensteam får tilbakemelding om det foreligger diagnose og kan starte oppfølging av pasienten ut fra dette.
  - Utvikle bedre kartlegge av pasient og pårørendes for eventuelle behov for oppfølging
  - Motivasjonsarbeid for deltakelse på HUNT 4 (folkehelse, demensdiagnostisering)
  - Informasjonsarbeid om demenssykdom
  - Informasjon om tilbudet som finnes og veiledning/støtte i en vanskelig situasjon.

### **4.4 Aktivitet, mestring og avlastning**

Aktivitetstilbud gir mening, mestring og gode opplevelser for den enkelte og avlastning for pårørende.

#### **4.4.1 Dagens tiltak**

- Hverdagsrehabilitering, fokus på hverdagsmestring for brukere av hjemmetjenestene
- Dagtilbud 2 dager pr uke for hjemmeboende demente
- Avlastning på demensavdelingen ved behov.
  - Kartlegging av interesser
  - Ulike aktivitetstilbud som;
    - Turgåing
    - Trening med fysioterapeut i avdelinga
    - Aktiviteter i sansehagen
- Temakvelder årlig
- Ulike aktivitetstilbud på de 2 frivilligsentralene i bygda.
  - Turgruppe hver tirsdag
- Seniortrim med fysioterapeut

#### **4.4.2 utfordringer**

- Manglende tilbud om avlastning
- Brukerne har en redsel for ikke å mestre som bidrar til passivitet
- Ensomhet
- Manglende fysisk aktivitet

#### **4.4.3 Nye tiltak**

- Aktivitetstilbud som er tilpasset ulike behov og for begge kjønn
- Flere turgrupper tilpasset ulike behov

- Seniortrim når ikke alle- ekskluderes i forhold til transport.
- Bevisstgjøring av ansatte i forhold til fysisk aktivitet
- Mer aktiv bruk av velferdsteknologi, som GPS m.m.
- Styrke samarbeidet med frivillig sektor.
- Rekruttere turvenner
- Sanserom – aktivitetsrom, mulighet for tilbaketrekking for individuelle behov som for eksempel musikkstimulering
- Omstrukturering av dagtilbud

#### **4.5 Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud**

Det sies at gode tjenester for personer med demens er individuelt tilpasset den enkelte i den fasen av sykdomsutviklingen vedkommende befinner seg i. Det er viktig at behandlingen bygger på pasientens egne ressurser og funksjonsevne slik at det fører til mest mulig mestring. For å redusere tvang og skape trygghet i institusjon er det viktig med god kompetanse og veiledning av ansatte-slik at en har gode tillitsskapende tiltak som hindrer bruk av tvang. Viktig med tidlig informasjon.

##### **4.5.1 Dagens tiltak**

- Organisering med primærteam i hjemmetjenesten
- God samhandling mellom legetjeneste, hjemmetjeneste, psykisk helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Veiledning fra spesialisthelsetjenesten
- Pasientforløp med oppfølging i hjemmet til sykdommen er så alvorlig at pasienten trenger avlastning eller institusjonsplass på demensavdeling. Pasienten overflyttes fra demensavdeling til langtidsavdelingen når de fysiske og somatiske behovene forverres og pleiebehovet endrer seg.
- Ved innleggelse og avlastning er det viktig med livshistoriekartlegging og adferdskartlegging
- Gode miljøtiltak, stimuli og grensesetting for å skape trygghet og forebygge uro

##### **4.5.2 utfordringer**

- Legemiddelhåndtering og medisinerings
- Demente innlegges for tidlig i institusjon pga. at kommunen har for lite tilpassede omsorgsboliger.
- Demensavdelingen er for dårlig tilpasset alvorlige syke demente
- Noen ønsker ikke kontakt med helsetjenesten i tidlig fase
- God nok kompetanse innen tillitsskapende arbeid
- Involvering av pårørende når det gjelder oppfølging og behandling
- Trygging av pårørende, spesielt viktig for de som bor langt unna
- Bruker ikke individuell plan aktivt til denne brukergruppen
- Tettere samhandling innen pleie og omsorg om pasientforløp til demente

##### **4.5.3 Nye tiltak**

- Utvikle og prøve ut en god modell for tidlig diagnostisering og oppfølging av personer med demens
- Kompetanseheving i forhold til bruk av tvang og makt og legemiddelhåndtering

- Ta i bruk velferdsteknologi som GPS og ulike sensorer som gjør at demente kan mestre å bo hjemme
- Bygge omsorgsboliger på helsetomta som er godt tilpasset demente
- Ombygging av sykeheimen og tilpasse den til alvorlig syke demente
- Samarbeide om å lage gode pasientforløp for demente

## **4.6 Forskning, kunnskap og kompetanse**

Økt kunnskap om demenssykdommer er et av de viktigste elementene for å gjøre samfunnet mer demensvennlig. Målet er et samfunn som gir muligheter til samfunnsdeltakelse for alle, stiller krav til fysisk utforming, tenkemåte, holdninger og politiske prioriteringer. Det er viktig at mennesker med demens møter forståelse, respekt og støtte fra de gruppene i befolkningen de trenger hjelp fra (jfr [www.nasjonalforeningen.no](http://www.nasjonalforeningen.no)).

Det er viktig for de som lever med en demenssykdom å ha kunnskap om sykdommen. Befolkningen som helhet trenger informasjon og kunnskap for å tilrettelegge for personer med demens.

### **4.6.1 Dagens tiltak**

Helse og omsorg fikk økt kunnskap og kompetanse gjennom modellkommuneprosjektet.

- stor deltakelse i demensomsorgens ABC
- demensavdelingen er såpass stor at det bidrar til at flere ansatte opparbeider seg god kompetanse innen demensomsorg
- hukommelsesteamet har i dag mange flere utredninger og samarbeider tettere med fastlegene enn tidligere
- anskaffelsesprosess med nytt pasientvarslingsanlegg i sykeheim og omsorgsboliger og nye trygghetsalarmer i heimene. Adgangskontroll, nye E-lås, aktive og passive sensorer
- samarbeider med senter for omsorgsforskning om flere utviklingsprosjekter

### **4.6.2 Utfordringer**

- Rekruttering av kompetent og kvalifisert personalet
- Det er lite påvirkning fra Utviklingssentret i fylket (Verdal). Senteret har en rolle innen utviklingsprosjekter og skal være en link inn i samarbeidet med forskermiljøene
- Har flere alvorlige demente med stort behov for skjerming, lokaliteten på demensavdelingen er dårlig tilpasset for fremtidens behov for skjerming
- Bruk av ny trygghetsskapende teknologi som aktive og passive sensorer, GPS-teknologi m.m., noe som vil trygge brukeren og skape mestring
- Samarbeid med forskermiljø
- Wifi og nettilgang

### **4.6.3 Nye tiltak**

- Opprette tettere kontakt med utviklingssentret i fylket, som skal være pådriver for kunnskap, fagutvikling og forskning.
- Tettere samarbeid med forskermiljøene og delta på erfaringsbasert forskningsprosjekt (følgeforskning) ved anledning.
- Være aktiv i forhold til deltakelse innen ny ABC innen demensomsorg
- Tiltak som bidrar til en mer demensvennlig kommune, der en bidrar med kunnskap om demens innen arbeidslivet og samfunnet som helhet og etter behov, som igjen bidrar til en mer inkluderende kommune.

## 5 Handlingsplan 2018-2022

Strategi	Tiltak	Ansvar	Dato oppstart
<b>1</b> Involvering og deltakelse	Utvikle en modell for større brukerinvolvering (primærhelseteam, brukerskole, informasjon, pårørendemøter)  Informasjon til innbyggerne via OverhallaTV, nettsiden, facebook	Enhetsleder hjemmetjenesten  Informasjonsmedarbeider	2018
<b>2</b> Forebygging	Tildele hjelpemidler i tidlig fase for å fremme læring av hjelpemidler. Mer bruk av teknologiske løsninger/ velferdsteknologi (GPS, Sensorer, E-lås..)	Enhetsleder hjemmetjenesten	Medio 2018
<b>3</b> Tidlig utredning og diagnose	Dialog mellom hukommelsesteam og fastlege for å oppnå diagnose til rett tid og tidlig oppfølging etter diagnose.	Enhetsleder hjemmetjenesten Hukommelsesteamet og legetjenesten	2018
<b>4</b> Aktivitet	Skrive en frivilligstrategi som et tiltak for å styrke samarbeidet med frivillig sektor (for å rekruttere aktivitetsvenner, m.m) Dagtilbud hjemmeboende demente Planlegge bygging av aktivitetssenter på helsetomta	Fagsjef helse og omsorg i samarbeid med kultursjef og enhetsledere helse og omsorg	2019
<b>5</b> Pasientforløp og tilpassede tjenestetilbud	Demensvennlige omsorgsboliger med uteområde  Ombygging av demensavdelingen	Enhetsleder sykeheim I samarbeid med fagsjef helse og enhetsleder hjemmetjenesten	2018
<b>6</b> Kunnskap	Øke kompetansen på miljøterapi, musikk (ny ABC). Delta på forskningsbaserte prosjekter	Enhetsleder sykeheimen	2018

## 6 Vedlegg 1: Lovverk og sentrale føringer

### Lovverk

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Folkehelseloven
- Pasientrettighetsloven
- Likestillings- og diskrimineringsloven

### Sentrale føringer

- Meld.st. 25 (2005- 2006) ”Mestring, muligheter og mening”
- Meld.st. 20 (2006-2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller”
- Meld.st.10 (2012-2013) God kvalitet-trygge tjenester (beskriver en mer aktiv pasient-brukerrolle)
- Sh.dir (2006) ”Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren”
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg
- 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
- Demensplan 2020
- Meld.st.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet (primærhelsemeldingen, omhandler bl.a primærhelseteam)