



Løten kommune

Delplan demenssykdom 2012 - 2025



Vedtatt i Løten kommunestyre den 20.06.2012, K-sak 38/12

Midtpunkt med
MANGFOLD

INNHOOLD

FORORD	3
1.0 INNLEDNING	4
1.1 ARBEIDSPROSESSEN	6
2.0 HVA ER DEMENSSYKDOM?	8
2.1 FASER	8
2.1.1 FASE 1: KOMPENSERINGSFASEN:	8
2.1.2 FASE 2: DEKOMPENSERINGSFASEN:	9
2.1.3 FASE 3: PLEIEFASEN:	9
3.0 BEHANDLINGSTILTAK VED DEMENSSYKDOM	10
3.1 DIAGNOSTISERING	10
3.2 MILJØBEHANDLING	10
3.3 AKTIVITET	10
3.4 TILTAK MOT ANGST, URO OG VANDRING	10
3.5 MEDIKAMENTELL BEHANDLING	11
3.6 HJEPEDLER	11
3.7 NÆRINGSINNTAK OG KOSTHOLD	11
3.8 PERSONLIG HYGIENE	12
3.9 SOSIALT NETTVERK FOR PERSONEN MED DEMENSSYKDOM OG FAMILIEN	12
3.10 BEHANDLINGSTRAPP	13
4.0 FOREKOMST OG STATISTIKK	14
5.0 MÅLSETTING FOR EN GOD OMSORG VED DEMENSSYKDOM	15
6.0 OVERSIKT OVER EKSISTERENDE TILBUD TIL PERSONER MED DEMENSSYKDOM I LØTEN KOMMUNE	16
6.1 LØTEN HELSETUN	16
6.2 HJEMMEBASERT OMSORG	16

6.3 "INN PÅ TUNET" FOR PERSONER MED DEMENSSYKDOM	17
6.4 DAGSENTER PÅ KVENNHaugEN	17
6.5 HELSESØSTER FOR ELDRE	17
6.6 KOMPETANSEUTVIKLING	17
6.7 MESTRINGSGRUPPE	17
6.8 "KULTURELL SPASERSTOKK"	17
6.9 SAMARBEID MED SPESIALHELSETJENESTEN	17
6.10 SAMARBEID MED NASJONALFORENINGEN FOR FOLKEHELSE, DEMENSFORENINGEN I HAMARREGIONEN	18
6.11 NASJONALFORENINGENS DEMENSLINJE	18
7.0 NYE TILTAK.....	18
7.1 KOORDINATOR DEMENSSYKDOM.....	18
7.2 TEAM FOR DEMENSSYKDOM.....	19
7.3 ARBEIDSGRUPPER/RESSURSGRUPPER I HJEMMEBASERT OMSORG.....	19
7.4 SYKEHJEMMET	20
7.4.1. SKJERMET ENHET	20
7.5 DAGAKTIVITETSTILBUD	21
7.6 AVLASTNING.....	22
7.7 PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING OG DEMENSSYKDOM.....	22
7.8 YNGRE PERSONER MED DEMENSSYKDOM.....	23
7.9 PERSONER MED MINORITETSSPRÅKLIG BAKGRUNN	23
7.10 INFORMASJON	23
7.11 KOMPETANSEUTVIKLING	24
7.12 PÅRØRENDESAMARBEID	24
7.13 SAMARBEID MED FRIVILLIGE ORGANISASJONER	25
8.0 AVSLUTNING	25
9.0 LITTERATURLISTE	28

FORORD

**”Glem aldri at de gamle trenger så lite,
men trenger det lille så veldig”.**

Margaret Willour

1.0 INNLEDNING

Forskning viser at det finnes 70000 eldre personer med demenssykdom i Norge i dag. Prognosene frem til 2050 tilsier at det vil bli mer enn dobbelt så mange eldre personer over 65 år sammenlignet med i dag, og antallet personer 80 år og eldre vil stige fra 200 000 til 500 000. Det vil si at vi i 2050 vil ha mer enn 160 000 personer med denne sykdommen i Norge.

Minst halvparten av alle personer med demenssykdom, ca. 30 000 personer, bor i eget hjem. Frem til år 2020 vil antallet øke til om lag 40 000. De fleste vil være avhengige av tilrettelagte omsorgstjenester. Det er et mål at alle skal gis mulighet for å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester. En forutsetning for dette er at kommunene har tilstrekkelig avlastnings- og dagtilbud ("Glemsk, men ikke glemt!", side 8).

Demensplan 2015 har fem hovedstrategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging.
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn.

(Demensplan 2015)

"Dagtilbudet er av mange omtalt som det manglende mellomledd i omsorgskjeden. Bare 4 % av de som bor hjemme med en demenslidelse har et tilbud å gå til på dagtid. Tilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon. Utbygging av hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud vil bli helt avgjørende for samspillet med familie og lokalsamfunn" (Demensplan 2015).

Dagtilbud er et meget viktig forebyggende tiltak i forhold til å utsette behovet for sykehjems plass. Nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at spesielt tilrettelagte dagaktivitetstilbud kan være kostnadseffektive og gi hensiktsmessig avlastning for familien. Dette er også erfaringer vi har gjort i Løten kommune.

Om vi regner med de nærmeste pårørende, er minst 250 000 mennesker berørt av demenssykdommer i Norge. Det er ofte de pårørende som observerer de første symptomene og blir konfrontert med den enkeltes angst og usikkerhet. Å være familieomsorgsgiver for en person med sykdommen, kan være svært belastende. Samarbeid med pårørende er grunnleggende både for å skape kvalitativt gode tjenestetilbud til den enkelte og for å avlaste pårørende (Demensplan 2015).

I følge en undersøkelse av Geir Selbæk som nylig er offentliggjort, har fire av fem pasienter på norske sykehjem en demenssykdom. Bare halvparten av dem har fått den diagnostisert. Undersøkelsen omfattet 1163 pasienter ved 26 sykehjem i 18 kommuner i Hedmark, Oppland og begge Agder-fylkene. Den viser at 80 % av

pasientene har sykdommen og 40 % av disse har psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner. Kun 3 % av pasientene er helt uten svikt i hukommelse og orienteringsevne. Mangel på diagnostisering har som konsekvens at mange eldre i sykehjemmene ikke får den behandlingen og det tilbudet de skal ha. Dette er alvorlig.

I følge Selbæk må funnene få konsekvenser for hvordan man i Norge organiserer sykehjemmene sine og hvordan og med hvem disse er bemannet ("Behavioral and Psychological of Symptoms of Dementia in Norwegian nursing homes – prevalence, course and association with psychotropic drug use", Selbæk 2008).

Det er ikke nytt at det innenfor eldreomsorgen er mangel på kvalifisert personale. Det er derfor nødvendig å sette fokus på kompetanseheving og utdanning av personale og tilrettelegging av tjenestene på alle nivå. Det er nødvendig å stille spørsmål om det i norske sykehjem er god nok kompetanse når det gjelder ikke-medikamentell behandling av atferdsforstyrrelser og demenssykdom og om dette er kompetanse som kommunene må tilegne seg.

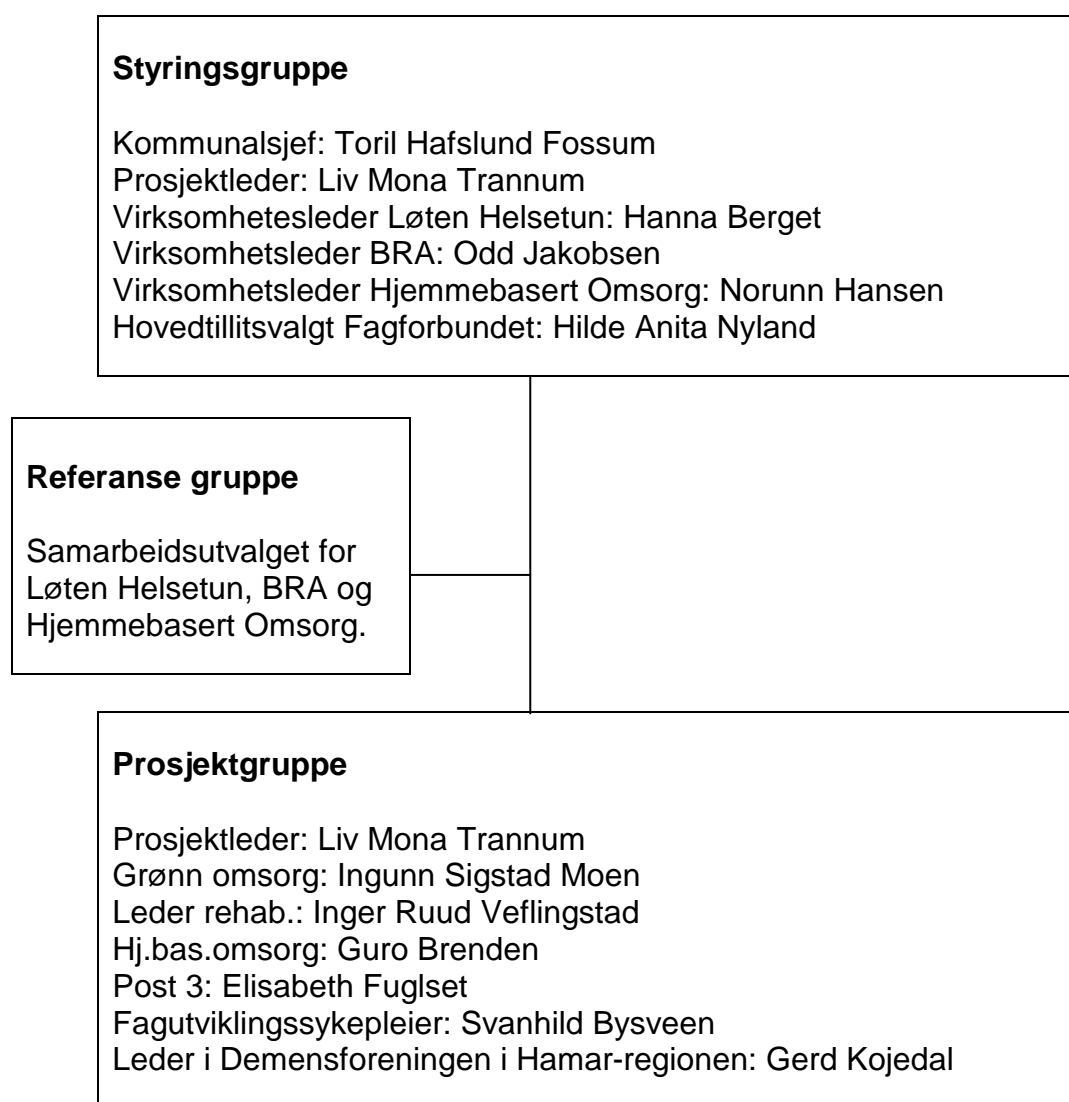
Forskerne påpeker at myndighetene må tenke nytt i planleggingen av fremtidens eldreomsorg. Sykehjemmene må inndeles i små enheter med en hjemlig atmosfære og rolige og trygge forhold. De må legge til rette for en organisasjon der miljøtiltak er en viktig del av omsorg og behandling.

Stortingsmelding nr. 25 "Mestring, muligheter og mening" peker på viktigheten av å styrke hele tiltakskjeden, fra hjemmetjenester og avlastning for pårørende til spesialisthelsetjenesten. "Det skal gis et helhetlig, koordinert og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuiteten i tjenesten" (Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, side 9).

1.1 ARBEIDSPROSESSEN

Arbeidet med planen startet 1. september da styringsgruppa på møte vedtok at det skulle utarbeides en plan for demenssykdom for Løten kommune. Planen utarbeides som følge av kvalitetsavtalen som er inngått mellom Regjeringen og KS og som skal bidra til at utfordringene ved sykdommen blir satt på dagsorden som en del av kommunenes ordinære planarbeid

Det er bestemt følgende prosjektorganisasjon:



Mandatet for prosjektgruppa ble vedtatt på møte med styringsgruppa 15.09.10.

”Prosjektgruppa skal lage en plan for organisering og styrking av tiltak for personer med demenssykdom i Løten kommune. En skal prioritere områder og ta hensyn til økonomiske konsekvenser.”

Arbeidet skal være fullført i løpet av 2010/2011. Planen er utarbeidet for perioden fram til år 2025. Det er en rullerende plan som skal bearbeides hvert 4. år.

Arbeidet med planen startet opp med et innledende møte i styringsgruppa hvor en oppsummerte hvilke tiltak Løten kommune har i dag og fortsatte som en idedugnad i forhold til nye tiltak. Forslagene til nye tiltak ble, gjennom arbeidet i prosjektgruppa, videreutviklet, gjennomarbeidet og endte opp som konkrete tiltak i "Plan for demenssykdom 2012-2025" for Løten kommune.

Det har i prosjektperioden vært gjennomført 16 møter i prosjektgruppa og totalt 7 møter i styringsgruppa.

Prosjektleder har deltatt i møte i Eldrerådet og i 2 møter i referansegruppa bestående av Samarbeidsutvalget for Løten Helsetun, BRA og hjemmebasert omsorg. På disse møtene har prosjektleder lagt fram de konkrete forslagene som etter hvert har blitt til tiltak i " Plan for demenssykdom 2012-2025".

Det har vært avholdt møte sammen med representanter for brukergruppa. Møtet ble avholdt for å høre brukerrepresentantenes erfaringer. Dette møtet foregikk som en samtale mellom deltagerne i prosjektgruppa og de fremmøtte brukerrepresentantene og essensen i samtalen er trukket inn i våre forslag.

5 av deltagerne i prosjektgruppa har vært på ekskursjon til Stange kommune. 2 av deltagerne i prosjektgruppa har deltatt under Demensdagene i Oslo 25. og 26.11.2010.

2.0 HVA ER DEMENSSYKDOM?

”Demens er fellesbetegnelse på organiske sykdommer som er kjennetegnet ved kronisk og irreversibel intellektuell og mental svikt, samt svikt i følelsesmessige og viljemessige funksjoner” (Engedal og Haugen, 2001, s. 13). Irreversibel vil si at sykdommen ikke kan kureres.

Sykdommen klassifiseres ved 3 hovedtyper:

- Primær degenerativ demenssykdom, hvorav den mest omtalte er av Alzheimer type. Denne formen utgjør 55-60 % av alle typene. Der sykdommen rammer frontallapp og Lewy-legeme utgjør hvert av tilfellene 3-5 %.
- Vaskulær demenssykdom, betegnelse som skyldes skader i hjernen forårsaket av blødninger eller blodpropper i hjernens årenett. Denne typen utgjør 20-25 %.
- Sekundær demenssykdom – tilstander som er forårsaket av årsaker som for eksempel forgiftningstilstander, for eksempel rusmisbruk, svulster eller andre bakenforliggende sykdommer.

2.1 FASER

Det er mange faktorer som spiller inn for symptom og sykdomsbildet ved demenssykdom. Det kan være ulike sykdommer som fører til demenssykdom. Personer som får sykdommen har ulike mestringsevner og personlighet. Stress og samtidig somatisk sykdom vil påvirke sykdomsbildet. Det finnes mange underdiagnoser av sykdommen og disse utvikler seg på forskjellig måter i startfasen. Derfor vil det kliniske bildet ofte være ulikt fra person til person. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil de ulike sykdommene presentere seg mer og mer likt.

Det er vanlig å dele utviklingen i 3 faser:

2.1.1 FASE 1: KOMPENSERINGSFASEN:

Her ser man de første tegn til mental svikt i form av sviktende hukommelse. Dette spesielt for hendelser i nær fortid. Det er vanskeligheter med å organisere hverdagen og tidsorienteringen svikter. I startfasen klarer de fleste å bruke sine vanlige mestrings- og forsvarsmekanismer. Personlighetstrekk er vanligvis ikke endret, men de kan bli forsterket. Eksempelvis kan de som har vært plaget med engstelse og hatt depressive trekk, reagere med angst, tilbaketrekking og depresjon.

2.1.2 FASE 2: DEKOMPENSERINGSFASEN:

Her har pasienten vansker med å bruke sine tillærte mestringsevner og de mister grepet på tilværelsen. De blir lett forvirret og bringes ut av fatning, spesielt ved stress. I denne fasen ses hyppige psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger, synshallusinasjoner og underlig, uforståelig atferd. I denne fasen svekkes hukommelsesevnen og hos noen også språkevnen. Det er i denne fasen de fleste kommer i kontakt med helsevesenet.

2.1.3 FASE 3: PLEIEFASEN:

Denne fasen er preget av motorisk svikt, inkontinens (manglende kontroll over blære og tarm), manglende motorisk styring, balansesvikt og gangproblemer. I denne fasen er de fleste personer med en demenssykdom totalt avhengig av fysisk pleie.

Gode tjenester for mennesker med demenssykdom er tjenester som er individuelt tilpasset den enkelte og tilpasset den fasen av sykdomsutviklingen den enkelte befinner seg i. Prinsippene er å bygge behandlingen og tilbud opp rundt det som finnes av pasientens egne funksjoner og tilrettelegge miljø og tjenester slik at det gir størst mulig grad av egen mestring ("Glemsk, men ikke glemt!", Sosial- og helsedirektoratet).

3.0 BEHANDLINGSTILTAK VED DEMENSSYKDOM

3.1 DIAGNOSTISERING

Å utrede med tanke på demenssykdom er viktig for å utelukke andre sykdommer eller tilstander som den kan forveksles med. Tidlig diagnostisering er viktig slik at man kan planlegge og iverksette gode tiltak i samarbeid med pasienten og pårørende. Medikamenter kan forsinke sykdomsutviklingen og bør vurderes i en tidlig fase av sykdommen. De ulike tilstandene ved demenssykdom krever også noe ulik behandling og det er derfor av betydning å få stilt riktig diagnose.

3.2 MILJØBEHANDLING

"Begrepet miljøbehandling brukes som et samlebegrep for summen av de forhold i omgivelsene som vi vet eller antar påvirker mennesker. Det gjelder både de fysiske og de menneskelige rammebetingelsene" (Glemsk, men ikke glemt!, side 57.).

"Miljøbehandling har som mål å redusere negative følger av sykdommen, og bidra til en kvalitativ bedre hverdag for de som er rammet" (Engedal og Haugen, 2004). God miljøbehandling krever tilstrekkelige ressurser, god organisering og nødvendig kunnskap. Bruk av sansehage eller sansekrok, musikkterapi, tilrettelegging av fysisk miljø er eksempler på gode behandlingstiltak.

3.3 AKTIVITET

Aktivitet skal bygge på kjente aktiviteter, det som er gjenkjennbart og som gir energi og glede. Det er viktig å tilrettelegge for aktivitet både av fysisk og mental art etter strategien "Aktiv omsorg" i Demensplan 2015. Aktiviteten skal ta utgangspunkt i det friske og skal gi gode mestringsopplevelser ("Huske med hendene"). Dette er viktig for å opprettholde identitet, funksjonsnivå og livskvalitet.

Det er viktig å tilrettelegge for fysisk aktivitet i alle faser av sykdommen og i denne sammenhengen fremheves betydningen av tverrfaglig samarbeid. Dette kan for eksempel være med fysioterapeut, musikkterapeut, aktivtør og samarbeid med personer innen kulturarbeid.

3.4 TILTAK MOT ANGST, URO OG VANDRING

Når man mister kontrollen på tilværelsen og ikke lenger har hukommelsens hjelp er omverdenen helt avgjørende for trygghet. Noen "godtar" en slik tilværelse bedre enn andre, og beholder tryggheten. Andre blir urolige, engstelige, aggressive og trenger tett oppfølging.

Bemanningen må være tilstrekkelig til at personalet kan følge denne pasienten tett opp og iverksette de tiltak som situasjonen til enhver tid krever. Eksempler på terapeutiske tiltak kan være musikkterapi, kulturelle aktiviteter, berøring og sansestimulering.

Tjenesteutøverne må være skolerte på å gi denne gruppen trygge tilbakemeldinger og bekreftelser slik at personen med sykdommen får tillit til den som kommer. Hvis ikke er det vanskelig å gi et godt tilbud og det vil også bli en utfordrende arbeidssituasjon for personalet.

3.5 MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Ingen medisiner kan helbrede demenssykdommen. Det er de senere årene kommet noen typer medisiner som kan forsinke utviklingen av Alzheimers sykdom. Det er viktig at den behandlingen kommer i gang tidlig i sykdomsforløpet for å gi flere gode år mens personen fortsatt har mye ressurser igjen.

Medikamentell behandling av angst, uro og adferdsendring krever tett og langvarig oppfølging og kan gi direkte uheldige virkninger for pasienten. Erfaringsmessig er tett omsorg og trygghet det som gir best resultat.

3.6 HJEPEMIDLER

Det finnes tekniske hjelpemidler som kan hjelpe til med å huske avtaler, angi dato, klokkeslett og tid på døgnet. Det kan installeres tidsinnstilt avkobling av strøm for å unngå komfyrrann eller at vannkoker/kaffetrakter tar fyr. Det er viktig med slike forebyggende tiltak for å kunne gi mulighet for å bo lengre hjemme.

Tekniske hjelpemidler for personer med kognitiv svikt blir mer og mer aktuelt. Den nye pasientrettighetsloven gir retningslinjer for hvordan dette kan benyttes i dag og det arbeides med nye retningslinjer for bruken av disse hjelpemidlene.

Pr. i dag er lovverket strengt for å ta i bruk en del hjelpemidler som for eksempel GPS, dørvarsler og andre "overvåkende" eller "beskyttende" tiltak. Kvalitetsforskriften tilsier at pasienter skal ha anledning til å få komme ut. Frihetsberøvelse er et brudd på menneskerettighetene og krever et formelt vedtak om bruk av tvang jf. Pasientrettighetsloven § 4 A. Slike vedtak kan ikke begrunnes med lav bemanning. Dette tilsier at vi i dag må ha personell til å følge pasienter, som det ikke er forsvarlig å la gå ut alene. Det kreves derfor god bemanning for å møte pasientens behov på en forsvarlig måte, i tråd med gjeldene lovverk og sentrale retningslinjer.

3.7 NÆRINGSINNTAK OG KOSTHOLD

Riktig ernæring tilpasset den enkeltes behov er viktig. Underernæring og for lavt væskeinntak er utbredt, og kan forverre den kognitive funksjon og den generelle helsetilstand. Sykdommen kan påvirke appetitten og kroppens forbrenning. Sykdommen kan i mange tilfeller føre til redusert oppmerksomhet og evne til å klare seg selv, man kan glemme å spise eller glemme at man har spist og spise for mye. Pasienten kan trenge hjelp til innkjøp, tilberedning og også hjelp til å få i seg mat.

3.8 PERSONLIG HYGIENE

Hjelp til personlig hygiene og hensiktsmessig påkledning er et grunnleggende behov, som pasienten trenger hjelp til i varierende grad gjennom hele sykdomsforløpet. Dette er ofte et av de første hjelpebehovene.

3.9 SOSIALT NETTVERK FOR PERSONEN MED DEMENSSYKDOM OG FAMILIEN

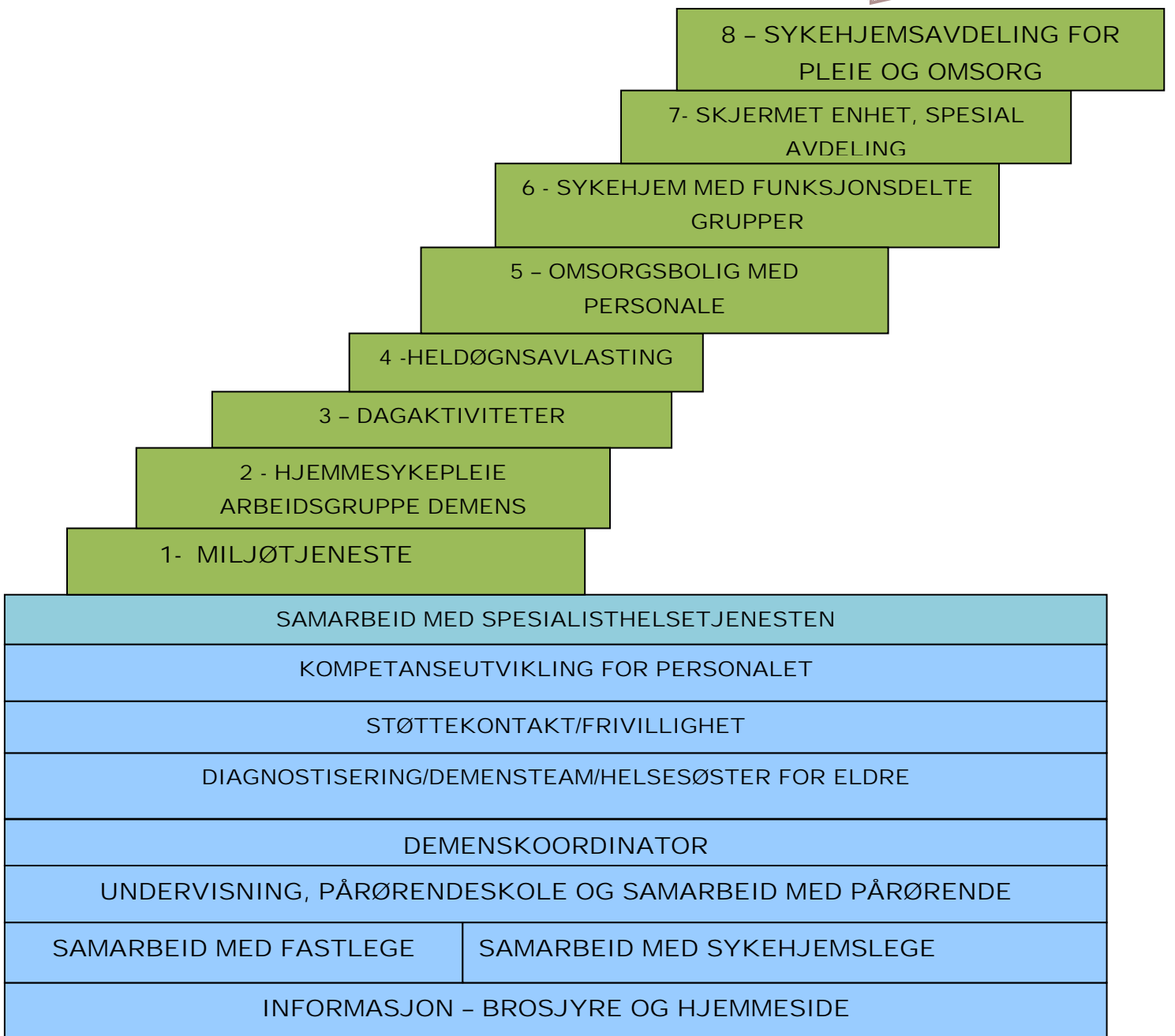
Det er viktig å informere og gi kunnskap til pårørende. For personer som får en demenssykdom og dennes familie er det viktig å holde på venner og naboer og være åpne på de forandringene som kan komme. Informasjon og kunnskapsformidling gjør det lettere for alle å fortsette relasjoner. Det trengs bistand / assistanse til å opprettholde et sosialt nettverk og ha kontakt med familie, venner, kollegaer og personer i nærmiljøet.

3.10 BEHANDLINGSTRAPP

TILTAKSTRAPP –
BRUKEREN KAN BEFINNE SEG PÅ
FLERE TRINN SAMTIDIG.
TRAPPA ER MENT SOM EN SKISSE
OVER TILTAKENE I PLANEN

FLEKSIBILITET
INDIVIDUALISERING
BRUKERSTYRING

TID OG OMSORGSTJENESTER



4.0 FOREKOMST OG STATISTIKK

Forskning viser at det finnes 70000 eldre personer med demenssykdom i Norge i dag. Prognosene frem til 2050 tilsier at det vil bli mer enn dobbelt så mange eldre personer over 65 år sammenlignet med i dag. Antall personer 80 år og eldre vil stige fra 200 000 til 500 000, det vil si at vi i 2050 vil ha mer enn 160 000 personer med sykdommen i Norge.

Tab. 1 Framskrivning av folkemengde og forekomst av demenssykdom for Løten kommune fordelt på kvinner og menn

Menn	Befolkning					Forekomst av demenssykdom i %					
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
65-69 år	204	244	241	272	227	0,8	2	2	2	2	2
70-74 år	121	186	221	222	251	2	2	4	4	4	5
75-79 år	110	102	160	191	192	6	7	6	10	11	12
80-84 år	92	82	79	123	150	13,7	13	11	11	17	21
85-89 år	43	53	50	49	80	28,4	12	15	14	14	23
90 år og eldre	16	19	24	24	26	41,2	7	8	10	10	11
80+ menn	151	154	153	196	256	Sum	42	46	51	59	72

Kvinner	Befolkning					Forekomst av demenssykdom i %					
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030	
65-69 år	203	238	234	263	279	1	2	2	2	3	3
70-74 år	149	190	225	222	251	2,1	3	4	5	5	5
75-79 år	103	133	170	203	201	6,2	6	8	11	13	12
80-84 år	107	82	108	141	171	19,3	21	16	21	27	33
85-89 år	98	70	56	74	100	32,7	32	23	18	24	33
90 år og eldre	40	54	45	39	50	40,6	16	22	18	16	20
80+ kvinner	245	206	209	254	321	Sum	80	75	75	87	107

Totalt kvinner og menn 80+	396	360	362	450	577	Totalt kvinner og menn med demenssykdom	123	121	126	146	179
Totalbefolkning	7272	7290	7359	7463	7566						

Kilde: Tabellene er hentet fra SSB-Statistikkbanken 03.07.08 og bygger på middeltallene MMMM (middels vekst etc.) Forekomsttallene for demens baseres på Rotterdamstudien, Ott et al. 1995. Tabellene er mottatt fra Arnfinn Eek, Daglig leder i Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Tab. 2. Framskrivning av folkemengde og forekomst av demenssykdom for Løten kommune for kvinner og menn samlet

	Befolkning					Forekomst av demens				
	2010	2015	2020	2025	2030	2010	2015	2020	2025	2030
65-69 år	407	482	475	535	506	4	4	4	5	5
70-74 år	270	376	446	444	502	6	8	9	9	10
75-79 år	213	235	330	394	393	13	14	20	24	24
80-84 år	199	164	187	264	321	33	27	32	44	54
85-89 år	141	123	106	123	180	44	38	33	38	55
90 år og eldre	56	73	69	63	76	23	30	28	26	31
Sum	1286	1453	1613	1823	1978	123	121	126	146	179
Totalbefolkning	7272	7290	7359	7463	7566					

Kilde: Tabellen er hentet fra SSB-Statistikkbanken 03.07.08 og bygger på middeltallene MMMM (middels vekst etc.) Forekomsttallene for demens baseres på Rotterdamstudien, Ott et al. 1995. Tabellen er mottatt fra Arnfinn Eek, Daglig leder i Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

5.0 MÅLSETTING FOR EN GOD OMSORG VED DEMENSSYKDOM

Personer med demenssykdom har rettigheter til helse- og omsorgstjenester i henhold til helse- og omsorgslovgivingen på lik linje med alle andre omsorgstrengende. Den enkelte persons rettigheter til slike tjenester kan være utformet skjønnsmessig, og den enkeltes sykdomsbilde og behov for tjenester står sentralt i forhold til de fleste av rettighetene.

For å få til en helhetlig omsorg ved demenssykdom, må man involvere tjenesteytelse i forhold til flere arenaer og dermed også gjenspeiles i lover og retningslinjer for flere kommunale enheter. Tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud (Kommunehelsetjenesteloven, Verdighetsgarantien).

”Den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, til tross for alvorlig sykdom og funksjonssvikt” (Demensplan 2015 ”Den gode dagen).

Dette innebærer at vi i Løten kommune skal utvikle en helhetlig og sammenhengende tiltakskjede for personer med sykdommen og deres pårørende. Informasjon om kommunens tiltak og tjenester må være lett tilgjengelig for bruker og pårørende. De skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med tjenesteapparatet. Vi skal arbeide etter prinsippet om et helhetlig menneskesyn og med kontinuitet og samhandling mellom ulike tjenesteytere.

Det er viktig med fleksibilitet og individuell tilpasning i overgang mellom de forskjellige tiltakene, basert på brukerens og pårørendes behov.

Tjenesteyterne på ulike nivåer trekker inn kompetanse fra spesialisthelsetjenesten ved behov for å sikre optimal behandling og ivaretagelse av brukeren.

Vi skal utvikle en omsorgstjeneste preget av åpenhet og inkludering og legge til rette for en tjeneste bygget opp etter prinsippet "smått er godt", noe som vil gjøre tilværelsen trygg, stabil og forutsigbar for personer med sykdommen og deres pårørende.

Vi skal arbeide med kompetansebygging gjennom kunnskapsformidling, refleksjon, erfaringsutveksling og veiledning. Dette vil sikre faglig kompetente medarbeidere som gjennom sitt faglige og etiske ståsted vil møte den enkelte bruker med respekt og verdighet.

Det skal utvikles kvalitetsmål for omsorgen ved demenssykdom som helhet og denne skal anvendes i hver enkelt virksomhet. Det er viktig at kvalitetsmålene er politisk forankret jf. St. melding nr.25 Pkt.3.1.2. Kvalitetsmålene brukes som grunnlag for evaluering av egen tjeneste og det tverrfaglige samarbeidet.

Koordinator for demenssykdom er ansvarlig for å utvikle kvalitetsmålene. Gjennomføringen skjer på avdelingsnivå og rapporteres tjenestevei.

6.0 OVERSIKT OVER EKSISTERENDE TILBUD TIL PERSONER MED DEMENSSYKDOM I LØTEN KOMMUNE.

6.1 LØTEN HELSETUN

Sykehjemmet har, på en av sine langtidsavdelinger, en funksjonsdelt gruppe med åpen enhet tilrettelagt for personer med symptomer på demenssykdom (ikke nødvendigvis diagnostisert).

Skjermet enhet.

Skjermet enhet, Rosetten, som er en spesialavdeling for personer med demenssykdom, har 15 plasser for pasienter med denne diagnosen. Pasientene er fysisk aktive og har adferdsmessige utfall som nødvendiggjør opphold ved skjermet enhet. Det er egne kriterier for opphold ved skjermet enhet.

Avdelingen er delt i 2 grupper med henholdsvis 8 og 7 plasser. Pasientene skal være diagnostisert før innleggelse i skjermet enhet og skal der få "langvarig, bevisst og stabil oppfølging for å fungere så nært opp til den grense de hjerneorganiske skadene setter".

6.2 HJEMMEBASERT OMSORG

Hjemmebasert omsorg gir tilbud i hjemmet til personer med demenssykdom.

6.3 "INN PÅ TUNET" FOR PERSONER MED DEMENSSYKDOM

"Inn på tunet" – tilbudet for personer med demenssykdom, gir dagtilbud til hjemmeboende personer med symptomer på sykdommen. Det er åpent 2 dager i uken. Det gis tilbud til 6 personer pr. gang og det er egne kriterier for inntak. Kommunen kjøper denne tjenesten av en privat tilbyder.

6.4 DAGSENTER PÅ KVENNHAUGEN

Løten kommune har dagsenter for 22 hjemmeboende eldre på Kvennhaugen. Dagsenteret er åpent 3 dager i uken og det er ca 10 personer på dagsenteret hver dag.

6.5 HELSESØSTER FOR ELDRE

Løten kommune har en 50 % stilling som helsesøster for eldre, som gir tilbud til alle eldre i kommunen over 77 år. Gjennomfører helsesamtaler med alle gjennom hjemmebesøk med fokus på fall, sikkerhet i hjemmet, kosthold og andre forebyggende funksjoner. Helsesøster for eldre gir også gruppe tilbud på Løten Helsetun hv.14 dag i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut.

6.6 KOMPETANSEUTVIKLING

I tråd med kompetansereformen 2015 har Løten kommune gjennomført Demensomsorgens ABC for 24 av sine ansatte og er i gang med et ny 2-års opplæring for ytterligere 19 ansatte.

6.7 MESTRINGSGRUPPE

Løten kommune startet høsten 2010 opp med et tilbud om deltagelse i "mestringsgruppe" i regi av Folkeuniversitetet og med lokale fagpersoner som kursledere. Dette arrangeres som kurs en kveld hver 14. dag for hjemmeboende personer som er "glemske". Dette er et lavterskeltilbud med fleksibel tilpasning av meningsfulle aktiviteter.

6.8 "KULTURELL SPASERSTOKK"

Det er i høst gitt tilbud om deltagelse i malekurs for hjemmeboende brukere og pasienter ved Løten Helsetun. Det går over 6 kvelder og det er 2 kurs hver kveld med inntil 6 deltakere hver kveld og avholdes på Løten Helsetun.

6.9 SAMARBEID MED SPESIALHELSETJENESTEN

Løten kommune samarbeider med spesialisthelsetjenesten innen alderspsykiatri når situasjoner krever det. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt til kommunehelsetjenesten.

6.10 SAMARBEID MED NASJONALFORENINGEN FOR FOLKEHELSE, DEMENSFORENINGEN I HAMARREGIONEN

De gir tilbud til hjemmeboende personer med sykdommen og deres pårørende i Løten kommune. De arrangerer "demens-kafe" med faglig innhold, ferie med kursinnhold på Sjusjøen, samtalegrupper og pårørende-skole i samarbeid med Alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset Innlandet Sanderud.

6.11 NASJONALFORENINGENS DEMENSLINJE

Det er et tilbud for alle som har spørsmål om sykdommen. På Demenslinjen treffer du kvalifisert helsepersonell som har taushetsplikt. Her kan en få viktig informasjon om forskning, behandling og omsorg for personer med demenssykdom og deres pårørende. En kan få tilsendt informasjon om sykdommen samt få råd om hvor en kan henvende seg videre for å få hjelp og støtte. Demenslinja har telefonnummer: 815 33 032

7.0 NYE TILTAK

7.1 KOORDINATOR DEMENSSYKDOM

Det forslås opprettet en 60 % stilling som koordinator for demenssykdom i Løten kommune, organisatorisk underlagt hjemmebasert omsorg og med oppstart i 2013. Det vil bli stilt krav om høy kompetanse, relevant erfaring og personlig egnethet for stillingen.

Koordinatoren skal:

- være en faglig hovedressurs som skal koordinere og være et bindeledd innen fagfeltet demenssykdom i pleie og omsorg.
- bidra til fagutvikling, undervisning og veiledning overfor annet personale i kommunen.
- bistå med kartlegging, undervisning og veilede brukere og pårørende.
- tilrettelegge for og skape gode samarbeidsrutiner og tverrfaglig samarbeid, også med brukernes faste lege.
- planlegge og utvikle faget innen demenssykdom
- lede demensteamet i kommunen.
- være kontaktperson for den enkelte bruker og dens pårørende, jfr. Helsepersonellovens krav om individuell plan.
- utvikle samarbeid med frivillige organisasjoner.
- utvikle kvalitetsmål, koordinere utvikling og evaluering av tjenesten som gis ved sykdommen.
- Ansvar for at det utarbeides informasjonsbrosjyre og hjemmeside på nettet.

7.2 TEAM FOR DEMENSSYKDOM

Team for demenssykdom skal være tverrfaglig sammensatt med en koordinator som leder. I tillegg skal det være med en fra arbeidsgruppe for demenssykdom i hjemmesykepleien samt en ergoterapeut. Teamet skal samarbeide med brukernes faste lege. Teamet skal være tilgjengelig for pasient og pårørende. Det skal være bindeledd mellom pasient, pårørende og lege og skal bidra til utredning og diagnostisering, kartlegge behov og iverksette tiltak. Teamet skal følge opp, undervise og veilede pårørende og helsepersonell. Teamet anbefaler fordeling av dagaktivitetsplassene for personer med sykdommen.

7.3 ARBEIDSGRUPPER/RESSURSGRUPPER I HJEMMEBASERT OMSORG

Personer med sykdommen eller symptomer på denne er svært avhengig av trygghet og stabilitet i tilværelsen. Det er viktig med kontinuitet i tjenesten som ytes og at personen møter personale som kjenner dem og som vet hvilke behov personen har.

På denne bakgrunn skal det opprettes arbeidsgrupper/ressursgrupper i hjemmebasert omsorg. Gruppene skal, gjennom organisering innenfor eksisterende ramme, bemannes av personale med kunnskap om og interesse for å arbeide med denne pasientgruppen. Turnus må legges opp slik at dette personalet blir en stabil faktor i de situasjoner der pasienten trenger mest hjelp og at rammen rundt blir preget av stabilitet og kontinuitet. Organisering på denne måten skal starte opp på dagtid og videreutvikles til å omfatte også kveld og helg. Organisering på denne måten vil også sikre bedre medisinsk oppfølging da et kjent personale lettere vil kunne observere endringer i adferd og effekt av igangsatt medisinerings.

Det vil bli viktig med brukermedvirkning slik at en kan bli enig om faste tidspunkter for besøk og at personalet i disse arbeidsgruppene blir få men nære kontakter som sikrer faste holdpunkter med regelmessighet og tilgjengelighet for brukerne og deres pårørende.

Alle hjemmeboende skal ha tilbud om primærkontakt/koordinator og det kan utarbeides individuell plan. Denne måten å organisere på blir også en støtte og trygghet for pårørende. Målet er at hverdagen skal være forutsigbar og trygg for pasienter, pårørende og personale.

Ved behov for tverrfaglig kunnskap trekker arbeidsgruppen inn Teamet for demenssykdom og andre relevante fagpersoner.

Helsesøster for eldre vil være en viktig ressurs i forhold til tidlig å "fange opp" hjemmeboende som er i risikogruppen for å utvikle sykdommen.

Personalet i arbeidsgruppene gjennomfører undervisning for og oppfølging av pårørende etter utarbeidet modell, beskrevet i punkt 8.12.

Personalet har ansvar for å informere om rettigheter/ytelser som gis av det offentlige og de må bistå med å skrive søknadene eller henvise til andre fagpersoner.

Ved å organisere på denne måten, vil det tilbudet som gis i hjemmet være et godt forebyggende tiltak i forhold til å utsette behovet for sykehjemsplass.

7.4 SYKEHJEMMET

Statistikk viser at 80 % av pasientene på sykehjemmene har demenssykdom. Ifølge Geir Selbæk, psykiater og stipendiat ved Alderspsykiatrisk Kompetansesenter, Sykehuset Innlandet, har kun halvparten av pasientene en diagnose på denne sykdommen. Konsekvensen av manglende diagnostisering, er at de ikke får det tilbudet og den behandlingen de har rett på og trenger. En må derfor styrke kompetansen hos personalet og sikre at pasientene blir diagnostisert for å sikre optimal behandling.

Det er i den forbindelse også viktig å planlegge en styrking av legetjenesten på sykehjemmet for å ivareta forsvarlig behandling.

På langtidsavdelingene er det viktig at en har som mål å organisere funksjonsdelte grupper. Fysisk aktive personer med demenssykdommer må bo på gruppe som er på **bakkeplan** og en må sikre at det er **tilrettelagte uteområder**, noe som er svært viktig for å sikre optimal livskvalitet for denne pasientgruppen.

Pasienter med andre sammenfallende symptomer på sykdommen skal også bo på funksjonsdelte grupper. Ved å samle pasienter med samme diagnose og symptomer på samme grupper, vil en lettere kunne bygge opp god kompetanse og tilpasse tilbudet til pasientenes behov. Dette er en viktig forutsetning for en god omsorg.

Det er også viktig at det finnes avlastningsplasser for hjemmeboende personer med demenssykdom. Ved søknad/behov tilbys personer med sykdommen opphold for avlastning, tverrfaglig observasjon og kartlegging ved vurdering av omsorgsnivå. Det er viktig at personer som er inne på avlastningsopphold fortsatt kan benytte et eventuelt dagaktivitetstilbud. Det er også viktig at personer som blir tilbudt langtidsplass, i en overgangsperiode kan beholde eventuell plass ved dagaktivitet hvis dette er faglig anbefalt eller kan være av betydning for personens totale situasjon.

Et viktig begrep i omsorg ved demenssykdom er "smått er godt". De fysiske omgivelsene for denne pasientgruppen skal være tette og "nære" slik at pasientene føler trygghet og forutsigbarhet.

Personalet på gruppene har ansvar for å gjennomføre undervisning for og oppfølging av pårørende etter utarbeidet modell, se punkt 7.12.

I et lengre perspektiv kan det bli nødvendig å foreta omdisponering/ombygging/nybygging for å møte det økende behovet for plasser til denne pasientgruppen.

7.4.1. SKJERMET ENHET

Skjermet enhet skal bestå slik den er i dag og forbeholdes personer med diagnose på demenssykdom med spesielt utfordrende atferd. Slik adferd kan være aggresjon,

angst, vandring, utagering m.m. Dette krever tett oppfølging, høy kompetanse og GOD TID!

For å møte disse pasientenes behov, må en derfor **styrke bemanningsfaktoren og en må også øke andel høgskoleutdannede.**

Dette er en forutsetning for å gi tjenester i tråd med gjeldende lovverk og forskrifter. Dette er et klart arbeidsgiveransvar og en viser her spesielt til Helsepersonellovens § 16. *Forsvarlighet:*

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

7.5 DAGAKTIVITETSTILBUD

Dagaktivitetstilbud skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon.

Formålet er 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"* (rundskriv I-5/2007). Tjenesten er ikke lovpålagt og skjer etter Lov om sosiale tjenester, § 3 – 1. avsnitt 4 og § 4 – 2, punkt b.

"Inn på tunet" for personer med demenssykdom, legges organisatorisk under Hjemmebasert Omsorg.

Dagens "Inn på tunet", tilbud for personer med denne diagnosen, gir et godt dagaktivitetstilbud til en gruppe hjemmeboende og videreføres i sin nåværende form. I 2015 må en vurdere om det er behov for å øke åpningstiden på dette tilbudet til 3 dager i uken.

Når behovet for antall dagaktivitetsplasser for personer med demenssykdom øker, foreslås å bygge opp et fleksibelt dagaktivitetstilbud på Kvennhaugen, eks. til personer med nedsatt gangfunksjon. På denne måten ivaretas individuelle behov og ønsker, og det totale dagaktivitetstilbudet blir bredt og godt. I overgangsperioden fra hjem til institusjonsplass, må det tilrettelegges for at dagaktivitetsplassen kan benyttes.

Teamet for demenssykdom skal anbefale fordeling av dagaktivitetsplasser.

Kommunen må ordne skyss for brukerne. Dette må gjøres med egen buss og personalet på dagaktivitetssentrene må være med bussen for å hente og følge hjem. På denne måten blir tryggheten god for brukerne og dette vil føre til at plassene blir fylt opp hver dag.

7.6 AVLASTNING

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

Avlastning kan gis både i eget hjem og som opphold i institusjon. Tilbudet må være fleksibelt, brukerstyrt og må være rettet mot pårørendes behov. Dette vil si tilbud på timebasis, heldøgns, dagtid/kveldstid, helg, ferie, høytid etc.

Avlastningstilbud er i dag gratis for brukeren. Avlastning skal gjøre det mulig å opprettholde gode familierelasjoner og bevare sosiale nettverk.

Tjenesten skal hindre utmatting hos omsorgsgiveren og skal gi pårørende nødvendig og regelmessig fritid og ferie. Avlastning erstatter ikke, men ytes i tillegg til tjenester til den omsorgstrengende, for eksempel som et dagaktivitetstilbud i hjemmet. Det er av stor betydning at avlastningstilbudet gir trygghet og kontinuitet.

Avlastning på institusjon er beskrevet under "Sykehjemmet".

I møte med brukerrepresentantene ble det ytret ønske om et lavterskeltilbud for avlastning. Dette kan tilrettelegges i brukerens hjem med kjent personale. Det kan i noen tilfelle være hensiktsmessig å unngå bruk av sykehjemmet for avlastning da store og fremmede omgivelser kan virke svært skremmende for brukeren.

Avlastning i hjemmet må tilrettelegges slik at den som skal gi avlastning i hjemmet har kunnskap om sykdommen og blir godt kjent med personen med demenssykdom, slik at de sammen kan utføre meningsfulle aktiviteter. Hjemmehjelp, støttekontakt, avlaster og brukerstyrte personlig assistenter kan også utføre slike tjenester.

Eksempler på aktiviteter ved avlastning i hjem er huslige/hjemlige gjøremål, delta på arrangementer, turer i skog og mark, samtale om gamle dager og lignende.

7.7 PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING OG DEMENSSYKDOM

"Utviklingshemming kan defineres slik: "psykisk utviklingshemming er en funksjonshemming karakterisert ved omfattende begrensning både i intellektuell fungering og i å klare seg i samfunnet. Dette kommer til uttrykk både begrepsmessig, sosialt og praktiske ferdigheter" (Berentsen, 2008, perm 1, hefte 8, side 3).

Personer med utviklingshemming eldes raskere og utvikler alderskognitive forandringer, som demenssykdom, tidligere enn hos mennesker generelt. Mange har store og sammensatte behov som krever tverrfaglig kompetanse.

I åra som kommer vil det derfor bli nødvendig å styrke kompetansen for personer med utviklingshemming med demenssykdom. Veiledning fra koordinator for demenssykdom, team for demenssykdom og arbeidsgruppa i hjemmebasert omsorg bidrar som ekstern ressurs gjennom sine besøk i personens bolig.

Det er også viktig med tilpassede dagaktivitetstilbud med personale med kompetanse om sykdommen for denne gruppen. En vil måtte påregne øket bemanning og kompetanse for å møte disse utfordringene.

7.8 YNGRE PERSONER MED DEMENSSYKDOM

Dette defineres som personer under 65 år.

Dette er en gruppe som i særskilt grad trenger et tilrettelagt tilbud, både den som er rammet av sykdommen og dens pårørende. Det er viktig å jobbe bevisst med differensiering av dagtilbudet for denne aldersgruppen.

Ved innleggelse i institusjon, må en tilstrebe å gi et tilbud som i størst mulig grad ivaretar pasientens integritet. Dette gjøres ved å ta hensyn til pasientens ønsker, interesser og behov.

Dette vil kreve større fleksibilitet i forhold til å opprettholde pasientens "vanlige" liv; arbeidstilknytning, personlig assistent, støttekontakt, fritidsaktiviteter og sosialt nettverk. Dette er et område hvor det kan bli aktuelt med interkommunalt samarbeid.

7.9 PERSONER MED MINORITETSSPRÅKLIG BAKGRUNN

Personer med minoritetsspråklig bakgrunn kan representere en fremtidig utfordring for kommunen. Forskning fra Danmark viser at forekomsten av personer med demenssykdom i denne gruppen er minst like høy som i resten av befolkningen, men at denne gruppen er underrepresentert i utredning og behandling for sin sykdom. Årsakene til dette er at innvandrere har begrenset kunnskap om sykdommen og det er språklige og kulturelle barrierer bl.a. fordi familiene tar seg av sine egne.

Misforståelser grunnet samfunnsmessige forhold kan også vanskeliggjøre arbeidet. De kartleggingsverktøyene som er utarbeidet for å diagnostisere demenssykdom, er tilpasset vår kultur og få er lite anvendbare overfor denne gruppen. Tilbudet til denne gruppen må tilpasses etter behov.

7.10 INFORMASJON

Koordinator for demenssykdom får ansvar for at det utarbeides en informasjonsbrosjyre om sykdommen, og de tilbudene Løten kommune har for de som er rammet av denne samt deres pårørende. Denne brosjyren gjøres tilgjengelig og kjent for Løtens innbyggere.

Informasjonsbrosjyren "legges" også ut på hjemmesiden på nettet. Koordinatoren skal også ha ansvar for at det utarbeides en egen side om sykdommen på Løten kommunes hjemmeside.

7.11 KOMPETANSEUTVIKLING

Erfaringsmessig vet vi at manglende kompetanse hos personalet kan medføre misforståelser, nederlagsfølelse og utfordrende atferd blant pasienter med demenssykdom.

Dyktiggjøring av personalet og fagutvikling må prioriteres høyt i planen. Dette vil være en kontinuerlig prosess. Kunnskap innenfor eldreomsorg generelt og demenssykdom spesielt er avgjørende for å kunne lykkes.

Videreutdanning av personalet på videregående og høgskolenivå er derfor nødvendig. Det er også viktig å øke kompetansen blant ufaglærte assistenter og hjemmehjelpere slik at disse er trygge i sitt virke.

Tiltak i forhold til kompetanse er viktig for alle ledd i planen og bør igangsettes så raskt som mulig.

”Studier har vist at undervisning og veiledning gir gode resultater i form av mindre bruk av tvang og mindre uro og er et kostnadseffektivt tiltak. Obligatorisk veiledning for alle ansatte i sykehjem vil være et enkelt og effektivt tiltak for en leder å innføre i arbeidet med å skape en bedre hverdag for pasienter og personell” (Er det ledere det kommer an på? Artikkel av Ingelin Testad, Ph.d.leder, Senter for Eldremedisin, Stavanger universitetssykehus, Helse Stavanger).

Det må avsettes midler for videreutdanning innen geriatri/demenssykdom for sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og helsefagarbeidere. Midlene må dekke permisjon med lønn, innleid vikar og dekket utgifter.

Demensomsorgens ABC må videreføres.

Det må avsettes midler for fagpersoner innen demenssykdom til å reise på kurs og konferanser om denne. Dette er viktig for å holde seg faglig oppdatert.

Koordinator for demenssykdom og fagutviklingssykepleier skal igangsette intern kompetanseoppbygging gjennom å tilrettelegge for veiledning, refleksjonsgrupper, erfaringsutvekslinger med andre og også bidra til hospiteringsordninger og ekskursjoner til interessante samarbeidspartnere.

En av de fem hovedstrategiene i Demensplan 2015 er kvalitetsutvikling, forskning og planlegging. Forskning som omhandler kommunale helse- og omsorgstjenester med et særskilt fokus på denne sykdommen, er et prioritert område. Det er viktig at Løten kommune deltar i forskning og prosjekter både gjennom samarbeid med FoU – sentra, andre kommuner og på eget initiativ (FoU – Forskning og utvikling).

7.12 PÅRØRENDESAMARBEID

Overlege Sigrid Botne Sando sa i sitt foredrag i ”Hjerneuka 2010” i Trondheim, at ”kunnskap om demenssykdommer er nøkkelen til å mestre den. Det gjelder både pasientene og pårørende”.

Myndighetene peker på den store gruppen med pårørende som i ulik grad berøres av sykdommen. Denne gruppen vil i 2040 være over en halv million nordmenn.

Dette er en sykdom som rammer hele familien og mange pårørende gjør en stor innsats for at deres syke skal ha det best mulig. Samtidig er det en sykdom som fører til at pårørende føler at de mister sin kjære bit for bit og det fører til en vond prosess for de som rammes.

Det er derfor viktig at det utarbeides rutiner som sikrer god ivaretagelse av pårørende. Det bør utarbeides og gjennomføres en enkel undervisning om sykdommen som gis der brukeren får tilbud. Dette gjøres når pasienten kommer til sykehjemmet eller meldes opp til hjemmesykepleien.

En skal gjennomføre årlig oppfølgingssamtale hvor en gjennomgår hvordan situasjonen er for pasienten/brukeren på det aktuelle tidspunktet og eventuelt foretar endringer i tiltakene for vedkommende.

En skal kontinuerlig informere pårørende om endringer i brukerens/pasientens tilstand, eks. infeksjoner, fall osv. En skal utvikle en varhet overfor pårørendes behov og følge opp dette. Dette arbeidet vil gi pårørende en større forståelse for sykdommen og en trygghet i forhold til det tilbudet og den behandlingen som gis.

Pårørendesamarbeid skal gjennomføres både i hjemmesykepleien, Løten Helsetun og på dagaktivitetstilbudet.

7.13 SAMARBEID MED FRIVILLIGE ORGANISASJONER

Samarbeide med Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Demensforeningen i Hamar-regionen, er i gang og dette samarbeidet videreføres i sin nåværende form. En tar også sikte på å videreutvikle samarbeidet med Frivilligsentralen og andre aktuelle samarbeidspartnere.

Frivillig arbeid kan fungere som et supplement til hjemmebasert omsorg og bidra til avlastning for pårørende og til aktivitet for personen med demenssykdom.

8.0 AVSLUTNING

”Prosjektgruppa skal lage en plan for organisering og styrking av tiltak for personer med demenssykdom i Løten kommune. En skal prioritere områder og ta hensyn til økonomiske konsekvenser.”

Den demografiske utviklingen tilsier at antallet eldre stiger og dermed også antall personer med demenssykdom mot år 2050. For Løten kommune tilsier statistikken at vi kan forvente en liten økning fram til år 2020. Mellom 2020-2030 kommer de store utfordringene, med ca. 50 % økning i antall personer med sykdommen i Løten.

”Demenssykdom er ikke en sykdom som det ikke er noe å gjøre noe med” (Lege Lorentz Nitter, Moss kommune). Det avgjørende er en tidlig diagnose, funksjonsvurdering og regelmessig oppfølging slik at pasienten får rett tilbud til rett tid.

Det er viktig å beholde blikket på enkeltmennesket og den etiske fordring det er å møte den enkelte med verdighet og respekt. I stor grad handler dette om å legge til rette for en meningsfull hverdag med gode øyeblikk, på tross av sykdom og funksjonssvikt

”Eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom” (Verdighetsgarantien 2010).

Demensplan 2015 sine fem hovedstrategier har vært førende for vårt arbeid med Delplan demenssykdom 2012-2025:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging.
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn.

Dette forutsetter en kapasitetsvekst og kompetanseheving i hele tiltakskjeden. Dette krever ny organisering av arbeidsgrupper for personer med sykdommen i hjemmebaserte tjenester. Fleksible avlastingstilbud og økning i tilrettelagte dagaktivitetstilbud, er nødvendig forebyggende tiltak for å utsette behovet for sykehjems plass. Nyopprettet stilling som koordinator for demenssykdom og oppstart av team for demenssykdom skal koordinere dette arbeidet.

Pasienter med symptomer på sykdommen/ diagnose skal bo i små grupper med tett oppfølging og høy kompetanse. Det trengs en omdisponering og tilrettelegging av boarealet på Løten Helsetun for personer med demenssykdom.

Fra 2020 må kommunen påregne en utbygging av heldøgns plasser for å kunne imøtekomme den store økningen av personer med denne sykdommen i kommunen.

Et nært og godt pårørendearbeid skal gjennomføres i alle deler av Løten kommunes omsorg ved demenssykdom.

Generelt for all omsorg ved sykdommen gjelder at tilbudene må tilpasses brukernes behov og ikke motsatt.

Vi i prosjektgruppa har hatt mange og bevisstgjørende refleksjoner knyttet til dagens og fremtidens tilbud til personer med demenssykdom i Løten kommune. Takk være engasjerte og dyktige medarbeidere, mener vi at denne brukergruppen og deres familier blir godt ivaretatt gjennom dagens tilbud. Imidlertid er mange av forslagene våre både omfattende og kostnadskrevenende. Noe av forklaringen er vårt ”etterlep” i forhold til implementering av lovpålagte oppgaver og tilbudsutforming i tråd med sentrale retningslinjer.

I våre tilgrensende kommuner er mange av våre forslag godt innarbeidede, eks koordinator for demenssykdom, team for demenssykdom, arbeidsgrupper i hjemmebasert omsorg, flere sykehjemsenheter tilpasset denne pasientgruppa, gode videreutdanningsmuligheter for de ansatte og høyere bemanningsfaktor.

Denne langsiktige planen, som en del av Løten kommunes ” Plan for Helse- og omsorg 2012-2025”, viser hvordan tilbudet trinnvis kan utbygges for å møte fremtidens utfordringer i kommunen.

Målet er, i tråd med sentrale føringer, å ha en helhetlig og kontinuerlig tiltakskjede med tiltak for personer med demenssykdom og deres pårørende basert på fleksibilitet, individualisering og brukerstyring.

”Fra toppen av pyramiden
føres han sakte ned
trinn for trinn
gradvis retrett mot tåkedis og ensomhet
i en lukket verden
der slekt og venner
blir diffuse elementer
mellom differensierte minner
fra barndommen”

Tor M. Solvang 2008

9.0 LITTERATURLISTE

- St.melding nr.25 "Mestring, muligheter og mening" – omsorgsplan 2015
- Delplan til Omsorgsplan 2015 – "Demensplan 2015" – "Den gode dagen"
- Sosial- og helsedirektoratet – IS-1486 - "Glemsk, men ikke glem!"
- Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian" Aldersdemens – fakta og utfordringer", 2001
- Sosial- og helsedirektoratet– IS 1201 - "Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene"
- "Aktiv omsorg" Rundskriv 1-5/2007
- Lov om Helsepersonell (Helsepersonelloven) m.v. 1999
- Lov om sosiale tjenester 2010
- "Er det lederen det kommer an på?" artikkel i fagtidsskriftet "Demens og alderspsykiatri" av Ingelin Testad, Ph.d, leder, Senter for eldremedisin, Stavanger universitetssykehus, Helse Stavanger.
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien) 2010
- Selbæk, Geir - "International journal of geriatric psychiatry"(2007)
- Berentsen, 2008, perm 1, hefte 8.
- Lov om helsetjenesten i kommunen.

