

Demensplan for Rauma kommune 2020-2025



Trygghet, frihet og mestring i eget liv

Innholdsfortegnelse:

	Forord
	Mandat
	Arbeidsprosess
1.0	Innledning
2.0	Forebygging
3.0	Lavterskeltilbud
4.0	Diagnostisering og oppfølging etter diagnose
5.0	Velferdsteknologi
6.0	Hjemmebaserte tjenester
7.0	Dagaktivitetstilbud
8.0	Døgnbaserte tjenester
9.0	Brukergrupper med spesielle behov
10.0	Pårørendearbeid
11.0	Kunnskap og kompetanse
12.0	Avslutning

Litteraturliste:

1. Nasjonal faglig retningslinje om demens: <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2302>
2. Demensplan 2015, Helse og omsorgsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
3. Demensplan 2020, Helse- og omsorgsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
4. Meld. St. 15 (2017-2018) «Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre»: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
5. Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet»: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
6. Demensutredning i kommunehelsetjenesten, Aldring og helse/ Helsedirektoratet: <https://www.aldringoghelse.no/demens/utredning/>
7. Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021): https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf
8. REDIC- undersøkelsen; Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Kortversjon.pdf
9. Aktuelt lovverk:
 - Pasient- og brukerrettighetsloven
 - Helse- og omsorgstjenesteloven
 - Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
 - Kvalitetsforskriften
 - Helsepersonelloven
 - Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
10. Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenestene (2019): <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paorendeveileder>
11. Omsorgstrappa, Rauma kommune
12. Samarbeidsavtale mellom Rauma kommune og Alderspsykiatrisk seksjon, Helse Møre og Romsdal: [Samarbeidsavtale Rauma](#)

Vedlegg:

1. Sammensetning av arbeidsgruppene

Forord:

Vi står overfor en stor vekst i antall eldre i åra som kommer. Dette vil gi oss utfordringer både når det gjelder tilgjengelige ressurser og tilgjengelig kompetanse og kapasitet i pleie og omsorgstjenesten vår. Det er ventet at ca. 140 personer vil leve med demens i vår kommune i 2030. Intensjonen med «Demensplan for Rauma kommune 2020-2025» er at den skal bidra til å utvikle demensomsorgen i Rauma i tråd med den enkeltes behov.

At Rauma kommune nå får ei egen demensplan er et viktig skritt i arbeidet med å utvikle gode tilbud i hele omsorgstrappa vår. Plana tar for seg hele spekteret av tjenester fra forebygging, velferdsteknologi, hjemmebaserte tjenester, dagaktiviteter og døgnbaserte tjenester. Det å bygge kompetanse om hvordan vi skal møte personer med demenssykdom er også helt avgjørende for å kunne gi et godt tilbud. Denne plana vil hjelpe oss i arbeidet med videreutvikling av tjenestetilbudet og utvikling av nødvendig kompetanse.

Plana setter også fokus på hvordan pårørende og frivillige kan ha ei rolle i arbeidet med demente, og ikke minst hvordan kommunen gjennom opplæring og støtte kan legge til rette for det viktige arbeidet disse gruppene gjør.

I Borgerundersøkelsen 2019 ga våre innbyggere en score markert bedre enn landsgjennomsnittet når det gjelder eldreomsorg. Med denne plana vil Rauma kommune bli en enda bedre kommune leve i!

Toril Hovdenak
Rådmann

Mandat:

«Demens rammer de fleste, enten en selv eller som pårørende. Sykdommen er for mange et tabuområde og blir avdekket ofte sent i forløpet. Uansett grunn til sykdommen, får en stadig større problemer med å fungere i hverdagen. Dette er ofte svært tyngende for pårørende og ofte vet en heller ikke grunnen til funksjonssvikten. Mange venter nok alt for lenge før de går til lege.

Jeg ønsker at vi i Rauma kommune skal være fremoverlent og gi et godt tilbud i hele tjenestespekteret til personer med demens - fra gode lavterskeltilbud til å levere gode tjenester til de som er langtkomne demente. For at vi skal lykkes med dette, trenger vi en demensplan som tydeliggjør vår strategi og tiltak.»

Kristian Skålhavn, helse- og omsorgssjef

Arbeidsprosess:

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Synnøve Wenaas, virksomhetsleder Rauma Helsehus
- May-Grethe Gridset, demenskoordinator

Tekstdelen har i hovedsak blitt utarbeidet av arbeidsgruppa, med innspill fra øvrige tjenester. For at plana skulle treffe best mulig, var det viktig med involvering fra ulike perspektiv. Vi inviterte dermed til 7 ulike workshoper med tema fra planen, se vedlegg 1.

Resultatene fra workshopene ble tatt med i det videre arbeidet med plana.

1.0 Innledning

«Målet er et mer demensvennlig samfunn, og ikke egne samfunn for personer med demens» (Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn, Helse- og omsorgsdepartementet, s. 15).

I Demensplan 2020 står det at et demensvennlig samfunn er et samfunn som er bedre for alle, og at søkelyset derfor i like stor grad må rettes mot omgivelsene som mot egenskaper og ressurser ved den enkelte person.

Den største årsaken til demens er høy alder. Antall personer med demens vil totalt sett øke fordi vi blir flere eldre. Dette vil gi store samfunnsøkonomiske utfordringer. Det krever at demensomsorgen blir bygd ut både kvantitativt og kvalitativt med særlig fokus på de områder der de økonomiske gevinstene er størst. Dette betyr at innsatsen må settes inn slik at personer med demens kan bo hjemme så lenge som mulig og ønskelig. I dag bor rundt halvparten i eget hjem (Demensplan, 2015).

Redic-undersøkelsen (Bergh m.fl., 2015) viser at personer med demens ofte har tjenester i lite omfang i måneden før innleggelse i sykehjem. De har gjennomsnittlig 4 timer pr. uke med hjemmesykepleie, og 20% av pasientene har dagaktivitetstilbud svarende til 1,5-2 dager pr. uke. I samme tidsperiode bidrar pårørende med hjelp 60-160 timer pr. uke. Dette betyr at pasienten går fra nesten ingen kommunale tjenester i hjemmet til hjelp på døgnbasis. Her er det et hull i omsorgstrappen som må fylles for at personer med demens kan bo hjemme lenger, og for å hindre at pårørendebelastningen blir urimelig stor.

Dette krever at personer med demens får tidlig diagnose og at de får kontakt med hjelpeapparatet tidligst mulig i forløpet. Hjemmebaserte tjenester må styrkes med økt kompetanse, skreddersydd organisering og tilpasset velferdsteknologi. Det må satses på forebyggende arbeid, møteplasser og lavterskeltilbud i samarbeid med frivillige organisasjoner. Ikke minst må fleksible og differensierte dagaktivitetssentra bygges ut og tilpasses personer med demens.

Kommunen trenger også fleksible avlastningsordninger som kan imøtekomme de pårørendes varierte behov. I tillegg trenger både personen selv og pårørende kunnskap om sykdommen og hvordan de kan leve best mulig med den.

Det vil alltid være behov for en godt utbygd døgnbasert tjeneste til personer med demens. Selv omfattende støtte fra hjemmebaserte tjenester, dagaktivitetstilbud og pårørende vil ikke være tilstrekkelig når sykdommen øker på. Et faglig og kvalitativt godt tilbud i døgnnettet krever at kompetansen styrkes og at utformingen av botilbudet blir tilpasset de individuelle behovene vi ser hos personer med demens.

I Demensplan 2020, s. 9 står det at «*strategiene og tiltakene i Demensplan 2020 skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunenes ordinære planarbeid*». Det framheves i denne forbindelse seks strategiske grep:

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
2. Forebygging
3. Diagnose til rett tid og oppfølging etter diagnose
4. Aktivitet, mestring og avlastning
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud
6. Forskning, kunnskap og kompetanse

Disse seks grepene gjenspeiler seg som sentrale elementer i denne kommunale demensplanen. Den bygger også på Nasjonal faglig retningslinje om demens.

1.1 Hva er demens

Demens er et syndrom som er forårsaket av ulike organiske sykdommer eller skader i hjernen, der Alzheimers sykdom er den vanligste typen. Sykdommen kommer ofte snikende og utvikler seg gradvis.

I følge WHO's diagnostiske kriterier for demens må personen ha svekket hukommelse, især for nyere data. I tillegg må det foreligge svikt av andre kognitive funksjoner, som f.eks dømmekraft, orienteringsevne, planlegging eller logisk tenkning. Personen har klar bevissthet og kan ha svikt i følelsesmessig kontroll, motivasjon eller sosial adferd. Symptomene må ha vart i seks måneder eller lengre.

Sannsynligheten for å utvikle demens øker med økende alder, og over 40 % av 90-åringene rammes. Den rammer også helt ned i 30-40 års alder, selv om det er sjelden. I gruppen under 65 år er det rundt 5% som har demens. Det finnes per i dag ingen kurativ behandling mot demens.

1.2 Forekomst og kostnad

Studier viser at gjennomsnittlig varighet av demenssykdom er 8,1 år fra symptomdebut til død. Varigheten kan deles i tre: Symptomdebut til diagnosestilling (3,0 år), diagnosestilling til innleggelse i institusjon (3,0 år) og opphold i institusjon (2,1 år) (Bergh m.fl, 2015).

Den totale ressursbruken for en pasient med demens gjennom hele sykdomsforløpet beløper seg til 2,9 millioner kroner, dvs. 358.000 kroner pr. år (Helsedirektoratet, 2016).

Sykehusbehandling og hjemmesykepleie er de største utgiftspostene i starten av sykdommen, mens institusjonsopphold er mest ressurskrevende totalt sett. Kun 20 % av personer med demens deltar på dagaktivitetstilbud.

Ifølge kommunens tall, beløper kostnadene for dagaktivitetstilbud seg til rundt 182.000 kroner årlig, mens en institusjonsplass er anslått til ca. 950.000 pr. år.

Alzheimer Europa anslår at det er over 78.000 mennesker med demens i Norge. (Bergh m.fl, 2015). Når man legger tall fra SSB til grunn, vil antall personer med demens øke til rundt 112 000 i 2030, tilsvarende 2% av befolkningen, og til 200 000 i 2060, tilsvarende 3 % av befolkningen. For Rauma vil da tilsvarende tall bli 142 personer i 2030 og 213 personer i 2060. Talene er imidlertid ganske usikre, da det ikke er gjennomført forskning på dette i Norge i senere tid.

1.3 Grunnsyn: Personsentrert demensomsorg

«*Virkksomheten skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenester som ytes er personsentrerte*» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Miljøtilnærming er den grunnleggende behandling i møte med personer med demens. Også ved atferdsutfordringer er det bred faglig enighet om at miljøbehandling er førstevalget. Utgangspunktet for all miljøbehandling er tilrettelegging av det psykososiale og fysiske miljøet slik at personen med demens får anvendt sine ressurser og opprettholdt sin selvstendighet lengst mulig. Legemidler kommer først til anvendelse når miljøtiltakene ikke har ønsket effekt eller det oppstår farlige situasjoner (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017). Selv om demens er en hjerneorganisk sykdom, har måten personen blir møtt på av omgivelsene betydning for livskvaliteten hans. Det hevdes at dette også har betydning for progresjonen av sykdommen (Kitwood, 1999).

Personsentrert demensomsorg er en overbyggende filosofi som alle miljøterapeutiske tilnærminger bør bygge på. Det er nå i større grad bevissthet rundt systematikken og innholdet i begrepet. Personsentrert omsorg handler om å ha *personen* i sentrum, istedenfor sykdommen. I dette ligger at det er viktig å vite hvem han er og hvem han har vært. Det er også viktig å gjøre seg kjent med personens opplevelse av seg selv og omgivelsene, og imøtekomme hans individuelle behov.

Det er ulike metoder for personsentrert omsorg, men for at personsentrert demensomsorg skal gjennomsyre måten Rauma kommune arbeider og tenker på i møtet med personer med demens uavhengig av omsorgsnivå, må den forankres i ledelsen. Implementering er avhengig av at organisasjonen legger til rette for det. Det krever opplæring av ressurspersoner og øvrige ansatte i metoder for å få den strukturerte tilnærmingen som er nødvendig for å oppnå resultater. Eksempler på metoder er VIPS praksismodell og Planverktøy i demensomsorgen.

Når man ved hjelp av dette verktøyet ikke klarer å møte behovene til enkeltpersoner med demens, kan man ta i bruk mer spissede verktøy som Marte Meo, Dementia Care Mapping (DCM) og Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID). Ved å utdanne Marte Meo-terapeuter eller TID- veiledere og/ eller skolere ansatte i DCM vil Rauma kommune ha nødvendig spisskompetanse innen det personsentrerte området.

1.4 Planens oppbygging

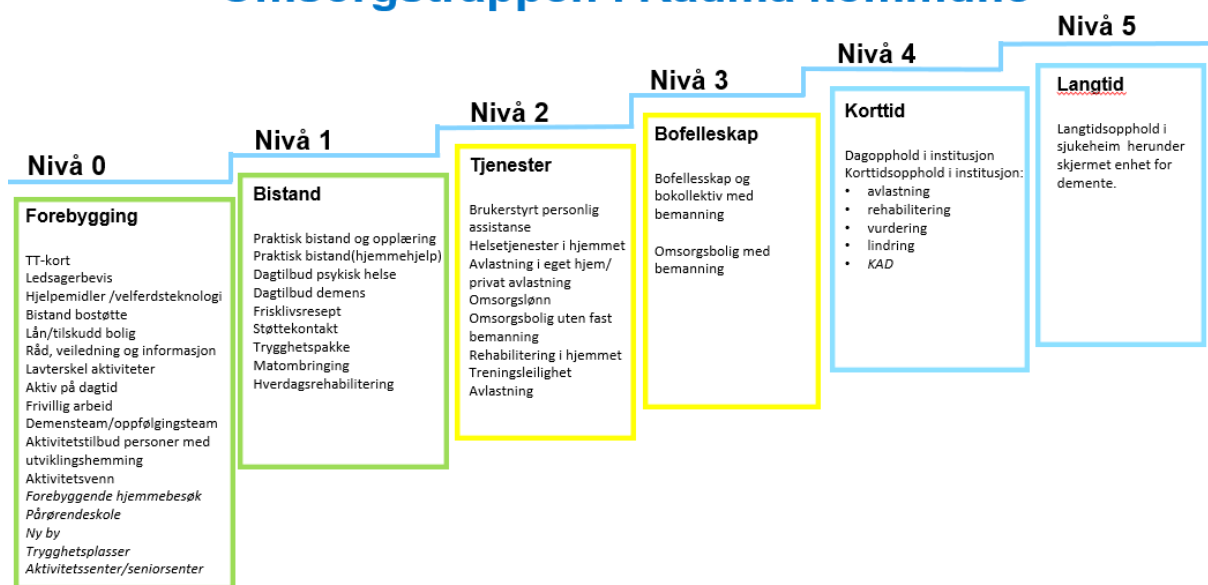
Det er et mål at personer med demens skal få den hjelp og støtte de trenger når de trenger det. Dette innebærer tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet. Berger skala viser et utviklingsforløp hos personer med Alzheimer demens, og angir hvilke tjenester som er aktuelle på de ulike trinnene.

Berger skala:



Denne planen er bygd opp etter dette utviklingsforløpet, fra forebygging gjennom tilbud i hjemmet til døgnbaserte tjenester for personer med demens. Rauma kommune har systematisert disse tilbudene i Omsorgstrappen:

Omsorgstrappen i Rauma kommune



Det er også egne kapitler om pårørendearbeid og kompetanse.

Tiltakene er samlet i en tiltaksplan med kvalitative og økonomiske konsekvenser i planperioden.

Gjennom innledende sitater i de ulike kapitler og underkapitler, viser vi til overordnede faglige planer og retningslinjer for å underbygge viktige punkter i planen.

Mål:

Når Demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Personsentrert omsorg være implementert i alle avdelinger i helse og omsorg

2.0 Forebygging

«Forebygging av demens (vil) i første rekke handle om å forskyve demensdebuten. Ved å forskyve demensdebuten, kan forekomsten av demens reduseres betydelig» (Demensplan 2020, s. 23).

Fordi flere blir eldre, er det forventet en stor økning av antall personer med demens. Dette utgjør en betydelig samfunnsmessig utfordring som må løses på ulike plan. Forebygging er sentralt. I demenssammenheng handler dette først og fremst om å ha en god og sunn livsstil, der formålet er å forskyve debuttidspunktet for demens lengst mulig.

2.1 Primærforebygging

«Det som er bra for hjertet, er bra for hjernen» (Alzheimers Disease International, 2014).

Man kan pr. i dag ikke hindre at demens oppstår; man vet for eksempel ikke årsaken til de hjerneforandringene man ser ved Alzheimer sykdom.

Sentralt i det demensforebyggende arbeidet er fysisk aktivitet, mental aktivitet, sosial kontakt, sunn kost, regulering av blodtrykk/kolesterol mv. Folkeopplysning, jevnlig legekontroll, møteplasser for eldre og tilbud i regi av frivilligsentralen er eksempler på viktige forebyggende arenaer. Også tilbud som demenscafé – som også er rettet mot pårørende – er sentrale primærforebyggende tiltak.

2.1.1 Ernæring

«Omsorgstjenestene må legge til rette for god ernæring og for at måltidet blir en god opplevelse, et fellesskap og en tradisjon. Mat har stor betydning for opplevelsen av livskvalitet, god helse og evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter» (Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021), s 73)

Mange personer med demens har ikke samme sultfølelse som tidligere, og noen glemmer å spise. Ensomhet og isolasjon kan føre til at enkelte mister matlyst. Noen kan i tillegg ha en dårlig tannstatus, fordi de ikke lenger husker eller klarer å ta hånd om tannhygien sin. Disse forholdene virker inn på ernæringsstatusen til den enkelte. Og ernæring er også nært knyttet til forebygging av andre sykdommer og fall.

Rett mat til rett tid krever kompetanse og samarbeid på flere nivåer og mellom flere sektorer. Godt tverrfaglig samarbeid og tydelig ansvarsfordeling er avgjørende for å lykkes med å få næringsrik mat og positive opplevelser rundt bordet.

Meld.St.15 «Leve hele livet» foreslår fem løsninger, der målet er å redusere underernæring og skape gode mat- og måltidsopplevelser for den enkelte:

- Det gode måltidet
- Måltidstider
- Valgfrihet og variasjon
- Systematisk ernæringsarbeid
- Kjøkken og kompetanse lokalt

2.2 Sekundærforebygging

«Demens og annen kognitiv svikt øker risikoen for fall og medfølgende brudd» (Demensplan 2020, s. 23).

De samme faktorene som bidrar til primærforebygging, er også viktige når det gjelder sekundærforebygging. I tillegg vil et tilpasset dagaktivitetssenter og en godt organisert hjemmebasert tjeneste virke sekundærforebyggende. Dagaktivitetssenter vil ha en spesielt viktig rolle her, da det er kjent at kognitiv svikt (demens), ensomhet, dårlig ernæring og fall hører sammen. Både dagaktivitetssenter og hjemmebaserte tjenester kan bidra til å sikre tilstrekkelig og variert ernæring. Dette har innvirkning på kognitiv svikt og på falltendens, og er et sentralt sekundærforebyggende tiltak.

For å leve et sunt og aktivt liv til tross for demenssykdommen, har personer med demens og deres pårørende behov for kunnskap om demens, og hvordan de best kan leve med sykdommen. Det finnes i dag pårørendeskole for pårørende i Rauma, men ingen tilsvarende tilbud til personer med demens. Det er derfor et mål at brukerskole kan etableres, gjerne i samarbeid med nærliggende kommuner. Det gis tilskudd både til pårørendeskole, samtalegruppe og brukerskole fra Helsedirektoratet.

2.3 Hverdagsrehabilitering/ hjemmerehabilitering

«Sammensatte behov må møtes med sammensatt kompetanse» (Demensplan 2020, s. 23).

Også personer med demens og de som har kognitiv svikt av andre årsaker, kan dra nytte av hverdagsrehabilitering. Det er pr. i dag litt usikkert hvordan hverdagsrehabilitering kan brukes opp mot hjemmeboende personer med demens. Det må vurderes om tiltaket for eksempel kan bidra til fallforebyggende arbeid og sette fokus på ernæringsstatus mv. Dette kan gjøres gjennom kartlegging, direkte intervensjon og opplæring av de ansatte i hjemmebaserte tjenester. Ressurspersonen innen demens og tjenesteyterne i sonen, samt fysio- og ergoterapitjenesten vil være viktige samarbeidspartnere.

Det er vist at fallforebygging og trening for eldre bidrar til å redusere fall med 40 % (Demensplan 2020, s. 24). Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» har gode tips om hvordan jobbe med fallforebygging. I forbindelse med hoftebrudd og påfølgende sykehusinnleggelse utvikler en stor del av pasienten delir (akutt forvirring), som igjen kan føre til demens.

2.4 Demensvennlig samfunn

«Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet» (Demensplan 2020, s. 7).

Nasjonalforeningen for folkehelsen har utarbeidet et kurs som retter seg mot ansatte i privat og offentlig servicenæring for å forme et mer demensvennlig samfunn. Kommuner inngår avtale med Nasjonalforeningen, og får kursmateriell. Formålet med kurset er å legge til rette for at kommunene skal arbeide for at mennesker med demens kan møte forståelse, respekt og støtte, ha mulighet til å være inkludert og delta i nødvendige hverdagsaktiviteter, som å handle, bruke offentlig transport, delta i kulturaktiviteter og lignende. Dette er i samsvar med Demensplan 2020.

Gjennom opplæring av handelsstanden, transportnæringen mv. bidrar «Sammen for et mer demensvennlig samfunn» til mer åpenhet og kunnskap slik at personer med demens kan inkluderes og delta på lik linje med andre mennesker i samfunnet.

2.5 Samarbeid med frivillige

Det må legges bedre til rette for at frivilligheten kan være et viktig supplement til det offentlige tjenestetilbudet til personer med demens» (Demensplan 2020, s. 31).

Demensomsorgen i Rauma kommune har allerede etablert et samarbeid med flere frivillige organisasjoner. Rauma demensforening (Nasjonalforeningen for folkehelsen) er en samarbeidende part på pårørendeskolen og i Aktivitetsvenn. Leder for Frivilligsentralen er med i arbeidsgruppa for Aktivitetsvenn, samt bidra til sosiale arrangementer for hjemmeboende personer med demens og personer i institusjon.

De frivillige er en uvurderlig og viktig ressurs som man i enda større grad vil ha behov for framover. Samtidig er det en begrenset ressurs, nettopp fordi den baserer seg på frivillighet. Mange ønsker å styre sin egen hverdag uten å binde seg opp for mye. Det kan bli en utfordring.

Erfaring viser at flere frivillige er usikre i møtet med personer med demens. I arbeidet med å rekruttere og beholde frivillige til denne brukergruppen, er det derfor viktig med kontinuerlig og spisset opplæring, samt god oppfølging og støtte underveis. Tilnærmingen med en «Aktivitetsvenn» som er lansert av Nasjonalforeningen for folkehelsen, har nettopp en slik spisset opplæring av frivillige som ønsker å gjøre en jobb for personer med demens.

Frivilligkoordinator vil være sentral med å koordinere frivilligarbeidet, også til personer med demens.

Mål:

Når Demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Informasjon om alle tilbud være lett tilgjengelig i ulike format
- Alle med kjent demenssykdom få vurdert ernæringsstatus og forebyggt underernæring/ ha ei ernæringsplan
- Alle med kjent demenssykdom få kartlagt og brukt sine ressurser
- Vi ha innført Demensvennlig samfunn
- Det være etablert gode samarbeidsformer med frivillige lag og organisasjoner

3.0 Lavterskeltilbud

«Det er behov for flere lavterskeltilbud som gir møteplasser for både personer med demens og deres pårørende» (Demensplan 2020, s. 25).

Demens er fremdeles tabubelagt for enkelte personer med demens og deres pårørende. For å nå fram til disse familiene, er det derfor viktig med tilbud som verken etterspør diagnose eller stiller krav til vedtak.

3.1 Møteplassen

Møteplassen er et tilbud til seniorer og eldre. Det er samlinger hver tirsdag i lokalene til dagsenter psykisk helse. Innholdet er variert, det kan være musikk, sang, hobbyer, temadager turer og annet, og alle samlingene har et godt måltid. Alle samlingene har en trimøkt. De som trenger transport kan ta kontakt med kontaktpersonen, og få skyss til og fra arrangementet.

Møteplassen er et populært arrangement, og en ser behovet for et lavterskel treffsted som dette. Også personer med demens i tidlig fase kan nytte seg av dette tilbudet.

3.2 Sterk og stødig

Sterk og stødig er lavterskel treningsgrupper der instruktørene deltar på frivillig basis. De har blitt kurset, og det drives egne Sterk og stødig-grupper i flere bygder i Rauma, i tillegg til på Helsehuset.

3.3 Aktiv på dagtid/ gågruppe

Hver torsdag er det tilbud om gågruppe. Dette har blitt et samarbeid mellom Aktiv på dagtid og dagsenter for personer med demens. De møtes, ofte på Setnesmoa, og går en tur. Etterpå samles de som vil på dagsenteret for kaffe, quiz eller musikk.

3.4 Aktivitetsvenn

Nasjonalforeningen for folkehelsen har introdusert begrepet «Aktivitetsvenn». Målet er å gi meningsfylte aktiviteter for personer med demens, på linje med støttekontakt. En aktivitetsvenn, som er en frivillig, skal ha gjennomgått et kurs om demens. Han/hun skal gjennom felles interesser koples opp mot personer med demens. I Rauma kommune har det vært arrangert tre kurs for aktivitetsvenner, og totalt 29 stykker er «sertifisert» til dette. Dette er et konsept som bør følges opp, enten gjennom Nasjonalforeningen eller som et selvstendig kommunalt tiltak.

3.5 Brukerskole

«Brukerskoler skal være en møteplass for utveksling av erfaringer og gjensidig støtte (...). Målet er å gi informasjon og kunnskap om demens» (Demensplan 2020, s. 39).

Demensplan 2020 har som målsetting at det skal etableres brukerskole i kommunene. Det er mange personer med demens som i en tidlig fase har behov for å lære om sykdommen. Aktuelle temaer kan være tilpasset informasjon om sykdommen, minnealbum, aktiviteter, viktigheten av å være fysisk aktiv, hjelpemidler, fremtidsfullmakt mv. Dette er et tilbud som med fordel kan etableres som et interkommunalt tiltak, etter modell av pårørendeskolen.

3.6 Pårørendeskole og samtalegruppe for pårørende

For omtale av disse vises det til kapittel 9.1

3.7 Hukommelsesteam/ koordinator

«Da tjenestene gitt av helse- og omsorgspersonell skal være helhetlige og koordinerte bør kommunene organisere deler av tjenestene som hukommelsesteam/koordinator» (Nasjonal faglig retningslinje om demens).

En føring i Meld. St. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet», s. 55 er at «*Team for brukere med sammensatte behov i kommunene bør baseres på funksjon og behov, ikke diagnose*». Både Helsedirektoratet og Aldring og helse har derfor gått bort fra begrepet «demensteam» og erstattet det med «hukommelsesteam». Det er kjent at flere med kognitiv svikt som utredes på hukommelsespoliklinikker vegrer seg for at det kommunale demensteamet blir kontaktet fordi de ikke vil forbindes med demens. Demens er fortsatt en tabubelagt sykdom for enkelte, og dette er noe vi må forholde oss til.

Hukommelsesteamet har som oppgave å:

- bistå fastlegen med diagnostisk utredning av personer med kognitiv svikt

- følge opp personer med demens og pårørende etter at diagnosen er satt
- vurdere omsorgsnivå
- undervise og veilede ansatte, pårørende og personer med demens
- bistå personer med demens og pårørende med kognitive hjelpemidler
- generelt være en ressursperson innen demensfeltet i kommunen

Hukommelsesteamet bør utvikle seg i samsvar med behovet til innbyggerne i kommunen. Oppfølgingen har tradisjonelt vært knyttet opp mot demens og demenslignende tilstander. I denne planen foreslås det at mandatet utvides til også å gjelde personer med mild kognitiv svikt (MCI)

Flere personer som utredes i spesialisthelsetjenesten får diagnosen mild kognitiv svikt. En stor andel av disse konverterer til demens i løpet av noen år. Det er derfor viktig at også denne gruppen får tilbud om en kontaktperson i hukommelsesteamet etter utredningen. Flere vil for eksempel være i jobb, med ønske om å stå i denne så lenge som mulig. Her kan hukommelsesteamet bidra med hjelp til å få tilrettelagt arbeidsplassen.

Mål:

Når Demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Det være et lavterskeltilbud for de fleste
- Det være etablert Hukommelsesteam
- Vi ha demenskoordinator i 100% stilling

4.0 Diagnostisering og oppfølging etter diagnose

Det er viktig at personer med demens får stilt diagnosen til rett tid. Dette har betydning for behandling, for sekundærforebygging, planlegging av framtiden og for å gi riktig informasjon, opplæring og støtte. Det er flere tilstander som ligner på demens, men som kan behandles. Lavt stoffskifte og depresjon er eksempler på dette. Utredning er viktig for å sikre at slike tilstander oppdages og behandles. De fleste personer med kognitiv svikt/demens forstår at noe er feil, og ønsker erfaringsmessig å bli utredet. Men *«utredning må baseres på frivillighet, bortsett fra tilfeller der pasienten mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp»* (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

4.1 Diagnostisering

«Utredning ved mistanke om demens bør vanligvis utføres av pasientens primærlege (fastlege eller sykehjemslege). Utredningen bør foregå i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten, gjerne hukommelsesteam/ koordinator, med kompetanse om demens» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Hensikten med diagnostisering er blant annet å:

- skille demens fra normal aldring
- skille demens fra somatisk sykdom
- skille demens fra psykiatrisk sykdom
- skille demens fra legemiddel- og ruspåvirkning
- skille mellom ulike typer demens

Demensplan 2020 slår fast at det er fastlegen som har hovedansvaret for diagnostiseringen, men at han/hun i visse tilfeller bør henvise til spesialisthelsetjenesten. Aldring og helse har utarbeidet verktøy til bruk for diagnostisering i kommunene.

4.1.1 Fastlegens ansvar og oppgaver

Fastlegen kan foreta hele utredningen selv, men ofte kan det være hensiktsmessig å samarbeide med hukommelsesteamet/ demenskoordinator om dette. Det er opp til fastlegen hvilke oppgaver han/hun evt. ønsker bistand til. Han/ hun må selv foreta medisinske undersøkelser og vurderinger, samt bestille nødvendige tilleggsundersøkelser. Det er også fastlegens ansvar å fastsette diagnosen.

4.1.2 Hukommelsesteamets/ koordinators ansvar og oppgaver

«Ved mistanke om demens kan hukommelsesteam/koordinator gjennomføre kartlegging av henholdsvis pasienten og pårørende, etter avtale med primærlege. Kartleggingen bør omfatte vurdering av kognitiv funksjon, ADL-funksjon, sikkerhet i bolig, psykisk funksjon, og pårørendes belastning» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Hukommelsesteamet/ koordinator besitter kompetanse som gjør at det kan foreta kognitive tester, ADL-vurderinger, adferds-kartlegginger, og andre vurderinger i hjemmet. Dersom fastlegen ønsker bistand, kan hukommelsesteamet/ koordinator gjennomføre slike kartlegginger. Teamet kan også på egen hånd foreta vurderinger dersom det oppdages situasjoner som krever videre utredninger. Hukommelsesteamet/ koordinator må i så fall melde dette til fastlegen som så iverksetter videre tiltak.

4.1.3 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

I det diagnostiske arbeidet kan fastlegen søke bistand hos ulike spesialister ved Sykehuset Nordmøre og Romsdal. Det kan være geriatrik, alderspsykiatrik eller nevrologisk avdeling/poliklinikk. Det er den individuelle problematikken som til enhver tid avgjør hvilken instans fastlegen bør henvise til.

Nasjonal faglig retningslinje om demens anbefaler at det henvises til spesialisthelsetjenesten i følgende situasjoner:

- Hos personer med kompliserte tilfeller av kognitiv svikt
- Hos yngre personer under 65 år (kun veiledende aldersgrense)
- Hos personer med psykisk utviklingshemming
- Hos personer med minoritetsspråklig bakgrunn
- Ved andre særlig kompliserte tilfeller

Fastlegen kan kontakte spesialisthelsetjenesten for råd og veiledning.

Det er etablert et fast samarbeid mellom demenskoordinator og spesialisthelsetjenesten. Hver 6. uke har Alderspsykiatrisk team møtetid i Rauma, der de har avtale med henviste pasienter. Demenskoordinator legger til rette med møterom og andre avtaler, samt deltar på møter der helse og omsorg har en rolle. Denne kjennskapen til hverandre gjør at samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerer på en bedre måte, og gjør det lettere å søke råd og veiledning.

4.2 Oppfølging etter diagnose

«Flere har omtalt perioden etter at diagnosen er satt som et stort hull» (Demensplan 2020). Selv om mange personer med demens og pårørende kan oppleve at det er godt å få et navn på det som har bekymret dem, er tiden etter diagnosen ofte en stor utfordring og påkjenning. Spesielt er den første tiden vanskelig for mange, i særlig grad når sykdommen rammer yngre personer. Da er behovet for informasjon og støtte stort.

4.2.1 Fastlegens ansvar og oppgaver

Etter at diagnosen er stilt og formidlet til personen med demens og pårørende, er fastlegens oppgave å følge pasienten opp med årlige kontroller, og hyppigere ved behov. Dersom medisiner er påbegynt, er det også nødvendig å kartlegge virkning/bivirkning og sikre doseøkning i de tilfellene dette er aktuelt. Hvis hukommelsesteamet ikke har deltatt på utredningen, kan fastlegen etter samtykke fra pasienten ta kontakt med hukommelsesteamet. Teamet kan være et kontaktpunkt videre for pasient og pårørende.

4.2.2 Hukommelsesteamets/ koordinators ansvar og oppgaver, og samarbeid med hjemmetjenesten

«Hukommelsesteam/koordinator bør ha hovedansvar for oppfølging i hjemmet for personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt, uavhengig om pasienten mottar hjemmetjenester eller ei. Der personen med demens mottar hjemmetjenester bør det etableres samarbeid mellom hukommelsesteam/ koordinator og hjemmetjenesten» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Etter at diagnosen er stilt, er det viktig at personen med demens og pårørende får en kontaktperson som de kan henvende seg til. Hukommelsesteamet/ koordinator vil være et naturlig kontaktpunkt når pasienten ikke mottar kommunale tjenester, men også i endel tilfeller der pasienten får kommunal hjelp. Hukommelsesteamets oppgave er å støtte, informere og være tilgjengelig. Oppgaven kan også bestå av årlige eller hyppigere kartlegginger. Å starte på en plan som sikrer at pasienten kan gi uttrykk for hva som er hans ønsker, bør starte tidlig i demensforløpet.

Når pasient og pårørende allerede ved diagnosetidspunktet er godt kjent av hjemmebaserte tjenester, vil det være naturlig at oppfølgingen av familien skjer i regi av disse. En organisering som innebærer en ressursperson i hver sone, et etablert arbeidslag og innføring av «Tiltakspakke demens» (se kap. 5.2) vil sikre kontinuitet i oppfølgingen. Oppgavene til de ansatte vil i likhet med hukommelsesteamet være å støtte, informere og være tilgjengelig. Arbeidet består også av halvårslige eller hyppigere kartlegginger. Etter hvert som flere tjenester kommer inn i bildet, er det aktuelt å vurdere om individuell plan er aktuelt.

4.2.3 Spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver

Spesialisthelsetjenesten har et lovfestet ansvar for å veilede ansatte i kommunehelsetjenesten ved behov. Bare unntaksvis har spesialisthelsetjenesten oppgaver knyttet til oppfølging etter diagnostisk utredning. For at ikke personen med demens skal bli værende i et vakuum, er det viktig at spesialisthelsetjenesten melder fra til hukommelsesteamet, så sant pasienten samtykker.

Mål:

Når Demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Tjenestene har etablert gode samhandlingsrutiner mht. utredning og oppfølging av personer med demens

5.0 Velferdsteknologi

«Kommunen bør vurdere om velferdsteknologi kan tilrettelegge for at personen med demens kan bo lengre hjemme i trygge omgivelser og samtidig mestre egen livssituasjon med

sykdom og redusert helse. Velferdsteknologi bør også vurderes i situasjoner hvor pårørende og omsorgspersoner har behov for avlastning»
(Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Velferdsteknologi er et viktig supplement i demensomsorgen, og velferdsteknologiske løsninger kan være til stor nytte både i hjemmet til personen med demens og i døgnbaserte enheter.

5.1 Velferdsteknologi i hjemmet

Individuelt tilpasset teknologi kan bidra til at personen kan bo lenger hjemme. Dersom velferdsteknologi introduseres i tidlig fase av sykdommen vil det kunne gi økt trygghet, frihet og mestring av daglige ferdigheter, og være til hjelp både for personen med demens og for dennes pårørende. Aktuelle teknologier er trygghetsalarm, elektronisk kalender med påminnelse om ulike hendelser, lys som automatisk slår seg på når han står opp om natten, medisindispensere som varsler når det er tid for å ta medisin, sensorer som gir varsel ved f.eks. fall eller at personen går ut av døra. GPS med mulighet for lokalisering og sporing vil kunne gi økt bevegelsesfrihet utenfor hjemmet.

Før det besluttes hvilken teknologi som skal tas i bruk er det viktig med individuell kartlegging, og for at bruk av velferdsteknologi skal lykkes er det også avgjørende med tilpasset opplæring og jevnlig oppfølging. Når det utvikles stadig flere teknologiske løsninger som personer med demens kan nyttiggjøre seg, øker også behovet for at dette følges opp på en forsvarlig måte. En suksessfaktor ved bruk av velferdsteknologi for personer med demens har vært å involvere de pårørende der dette er mulig.

Etter som sykdommen utvikler seg, kan det i mindre grad forventes at personen med demens er aktivt medvirkende. Han kan likevel i ha nytte av velferdsteknologiske løsninger, da spesielt de som gir varsling til andre ved uønskede hendelser (passiv varsling).

5.2 Velferdsteknologi i institusjon og heldøgns bemannet bolig

Ved Rauma helsehus og Måndalen omsorgssenter er det installert pasientvarslingsanlegg med ulike muligheter for aktiv og passiv varsling. Målsetting for beboere er som for heimeboende størst mulig grad av trygghet, frihet og mestring, samt at teknologien tilpasses behovene til den enkelte beboer. Selv om demenssjukdommen ofte er mer framtreddende, er det ønskelig at bevegelsesfriheten skal være størst mulig innen trygge rammer. Velferdsteknologi som kan bidra til dette er: Vandrealarm når beboer beveger seg i ulike soner, døralarm, bevegelsessensorer som varsler om ulike hendelser på rommet, mulighet for dørstyring (låsing), og GPS for beboere som beveger seg utenfor institusjonen.

All bruk av velferdsteknologi i institusjon settes opp individuelt etter kartlegging av behov og evalueres jevnlig. Da flere med demenssjukdom ikke har forståelse for bruk av teknologien (mangler samtykke), vil det være behov for å fatte formelle vedtak før teknologi (gjelder passiv varsling) kan tas i bruk. I slike tilfeller blir nærmeste pårørende involvert.

5.3 Organisering og implementering

Rauma kommune deltar i «Spredningsprosjektet for velferdsteknologi i Romsdal, 2018-2021». Innenfor denne satsingen har Rauma kommune arbeidet med å innføre flere av de anbefalte velferdsteknologiske løsningene.

Det vises til Rauma kommune sin plan for innføring av velferdsteknologi. Planen inneholder mål om implementering av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene, generelle prinsipper for velferdsteknologi som tjeneste, samt handlingsplan for 2020.

Mål:

Når demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Velferdsteknologiske løsninger bidra til å skape en tryggere og enklere hverdag for både brukere, pårørende og omsorgspersonell.
- Velferdsteknologiske løsninger bidra til økt mestring i hverdagen

6.0 Hjemmebaserte tjenester

Utfordringen knyttet til det økende antall personer med demens tilsier at det må settes inn store ressurser for at pasientene kan bo hjemme så lenge som mulig. Dette er samfunnsøkonomisk lønnsomt, og erfaring viser at de fleste personer med demens ønsker å bo hjemme så lenge de føler seg trygge og ivaretatt. Forebygging, lavterskeltilbud, gode dagaktivitetssentra, fleksible avlastningsordninger, velferdsteknologiske løsninger samt en faglig og godt organisert hjemmesykepleie er helt sentralt i dette.

I Helse- og omsorgstjenesteloven § 3.1 første ledd står det at «*Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester*». For at personer med demens skal få nødvendige helse- og omsorgstjenester i form av tilpasset hjelp, er det en forutsetning at de først har blitt utredet for sin kognitive svikt. Det er derfor viktig at ansatte i hjemmebaserte tjenester er i stand til å avdekke en mulig demenstilstand, slik at pasienten kan få tilbud om utredning.

Forskning (Bergh et al., 2015) viser at personer med demens mottar rundt 4 timer hjemmesykepleie i måneden rett før tidspunktet for innleggelse i sykehjem eller bofellesskap. Det store hjelpebehovet i denne fasen kommer ikke fram på grunn av pårørendes innsats, som svarer til om lag 160 timer siste måneden (ibid). Tall fra Rauma kommune (2019) viser at personer med demens mottok i gjennomsnitt 8,41 timer med hjemmesykepleie rett før innleggelse i sykehjem. 19 % hadde tilbud på dagaktivitetssenteret for personer med demens.

6.1 Fokus på utredning

De som yter hjemmetjeneste kan fange opp mistanke om demens hos pasientene hvis de vet hva de skal se etter. Dersom ansatte er jevnlig hos samme pasient, gjerne over tid, øker sannsynligheten for å oppdage endringer i pasientens kognitive og atferdsmessige funksjon, samt i hans evne til å mestre dagliglivets gjøremål. De som yter praktisk bistand er sammen med pasienten over lenger tid, og kan lettere oppdage slike endringer. Det er nødvendig at også helsefagarbeidere og høgskoleutdannede har en arbeidssituasjon som muliggjør dette. Det kan gjøres ved de organisatoriske forslagene som er beskrevet nedenfor.

Ofte er det pårørende som oppdager endringer hos pasienten først, og de vil i mange tilfeller melde bekymring til hjemmesykepleien. Det er viktig at bekymringene blir tatt på alvor, og med pasientens samtykke meldt videre til fastlegen. En evt. utredning kan resultere i at pasienten får en demensdiagnose. Like viktig er det å sikre at pasienten får adekvat behandling for tilstander som kan ligne på demens og som det er mulig å behandle.

6.2 Organisering

Personer med demens som bor hjemme, spesielt de som bor alene, er ekstra sårbare for det ukjente og uforutsigbare. Dette skyldes hovedsakelig at de i liten grad har mennesker rundt

seg som hjelper dem med å huske avtaler, vedtak og personer. For å sikre at pasientene kan bo hjemme så lenge som mulig og ønskelig, er det viktig at hjemmebaserte tjenester tilrettelegges på en måte som er tilpasset behovene til personer med demens. De fire nedenstående tiltakene bidrar til dette. De utfyller hverandre og kan gjennomføres parallelt.

6.2.1 Arbeidslag

«Forutsetninger for å trygge hverdagen for personer med demens er at tjenesteyterne har kunnskap om demens, kjenner mottakers bakgrunn og situasjon, at tjenestemottakeren har få personer å forholde seg til og at tjenestene gis regelmessig» (Demensplan 2020, s. 33).

Selv om personer med demens har vansker med hukommelsen, er det lettere for dem å gjenkjenne personer enn å gjenkalle dem. Derfor er det viktig at så få mennesker som mulig har med pasienten å gjøre. Da kan han lettere kjenne igjen de som kommer hjem til ham. Den ansatte gis også muligheten for å ta opp igjen tråden fra forrige gang. Dette styrker gjenkjenningen for pasienten. Gjenkjenning bidrar til trygghet, og gjør det lettere å gjennomføre helsetjenesten. Færre personer sikrer kontinuitet i tjenestetilbudet.

I Hamar har de hatt såkalte arbeidslag i lang tid med godt resultat. Dette innebærer at en liten gruppe fagpersoner har ansvar for en definert gruppe pasienter med demens. De er organisert slik at vedtaksfatter sitter nær arbeidslaget og kan justere vedtakene fortløpende i tråd med den enkeltes behov. Dette gjør det mulig å legge inn ekstra tid til å bli kjent med pasienten når han for eksempel får vedtak om hjelp til stell. Etter hvert som pasienten har blitt trygg, kan tidsbruken justeres ned. I Rauma er det Tjenestekontoret som fatter vedtak. Dette kan vanskeliggjøre den samme fleksibiliteten, men med et tettere samarbeid vil dette likevel kunne gjennomføres. Et alternativ for å sikre at pasienten blir trygg, er å gi pasienter med særlige utfordringer timebaserte vedtak.

6.2.2 Timebaserte vedtak

«For å redusere tvang og skape trygghet og samarbeid, er det av stor betydning å etablere tillitsfulle relasjoner til pasienter med demens» (Demensplan 2020, s. 48).

Mange personer med demens forstår ikke at de trenger hjelp, kanskje fordi de tror de mestrer selv, eller fordi de mener at de allerede har dusjet, spist eller lignende. Ofte klarer de ansatte likevel å få «lirket» det til. Men enkelte pasienter er mer utfordrende enn andre. I slike tilfeller kan timebaserte istedenfor oppgavebaserte vedtak bidra til at pasienten tar imot nødvendig hjelp. Ved timebaserte vedtak, kan den ansatte starte med *relasjonell oppvarming* i form av småprat rundt interesser mv. Et slikt tillitsskapende rom gjør at det i langt større grad er mulig å gjennomføre nødvendige tiltak som for eksempel stell, administrering av medisiner og tilrettelegging for at pasienten får i seg tilstrekkelig ernæring. Dette vil i mange tilfelle forebygge bruk av tvang etter pasrl., kap. 4 A. I rundskrivet til pasrl., kap. 4 er nettopp *tid* en av de tillitsskapende tiltakene som nevnes spesifikt for å forebygge bruk av tvang. Ved å etablere gode relasjoner gis pasienten mulighet til å mestre hverdagen og leve et selvstendig liv, og dermed kunne bo hjemme lengst mulig. En kan utsette innleggelse i sjukeheim, og dermed spare både pasient og samfunn for store omkostninger.

Mange hjemmeboende personer med demens og kognitiv svikt utvikler feil- og/eller underernæring. Dette kan føre til fall og andre sykdommer. Forskning (Rognstad m.fl., 2013) viser at dersom pasientene selv er med og handler inn mat, øker sannsynligheten for at de spiser maten sin. Dette dreier seg om gjenkjenning, og er et viktig forebyggende tiltak som kan bidra til at personer med demens kan bo lenger hjemme. Samspising er et annet viktig tiltak. Både samspising og «medhandling» krever at det er avsatt tid, for eksempel i form at timebaserte vedtak.

6.2.3 Tiltakspakke demens

«Tiltakspakke demens» er et tilbud til personer med demens eller personer som er under utredning av demens. Det er en standardisert og systematisk oppfølging fra hjemmesykepleien, som innebærer hjemmebesøk og samtaler. Tiltaket blir vurdert individuelt, men innebærer minimum 6 kartleggingsbesøk i året, der ernæring, medikamenthåndtering, hygiene, atferd, sikkerhet, velferdsteknologi, demensvennlige omgivelser mv. vurderes i samarbeid med pasient og pårørende. Samtaler og vurdering foregår etter oppsatt prosedyre.

Molde kommune har hatt tilbud om Tiltak demens siden januar 2015 og har pr i dag 18 ansatte, fordelt på alle distrikt, som er opplært i oppstart og oppfølging av Tiltak demens. Disse er ressurspersoner i demens i sine hjemmetjenestedistrikt. Tiltak demens gis i vedtaks form. Pr. april 2018 er det 32 personer som har vedtak.

Ved å innføre verktøyet «Tiltakspakke demens» vil personer med demens og deres pårørende være involvert i beslutninger som angår dem, og ha innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud.

6.2.4 Ressursperson i hver sone

Fra høsten 2019 er det avsatt 10% stilling i hjemmebaserte tjenester til ressursperson innen demens. Formålet er å gi bedre oppfølging hos personer med demens samt bidra til økt kontinuitet i tjenestene.

Ressurspersonen jobber tett sammen med primærkontakter i HBO og bidrar til å knytte tjenestene sammen. Demenskoordinator har veilednings- og oppfølgingsansvar.

En tenker at dette skal utvides til en ressursperson innen demens i hver sone i hjemmetjenesten.

En stor problematikk i demensomsorgen er at mange pasienter ikke vil ta imot tjenester. Kontinuitet i form av at samme person kommer på besøk, kan være en portåpner for hjemmetjenesten og/eller dagaktivitetssenteret. Når pasienten blir tryggere, er det lettere å komme til med andre tjenester. Dette gir økonomisk gevinst på sikt.

Mål:

Når demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Ansatte i tjenesten ha fått kompetanse på avdekking av tegn på kognitiv svikt
- Ansatte i tjenesten ha kompetanse på tillitsskapende arbeid for å forebygge/unngå bruk av tvang og makt
- Tjenester til personer med demens organiseres ut fra prinsippet om kontinuitet
- Det være en ressursperson for demens i hver sone

7.0 Dagaktivitetstilbud

«Kommunene bør tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til personer med demens. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske aktiviteter» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Aktivitet – fysisk, kognitivt og sosialt – er viktig for alle personer med demens. Det kan gi mening, tilhørighet og kvalitet i hverdagen, og det kan også bidra til at konsekvensene av demenssykdommen blir mindre. Fysisk aktivitet vil for eksempel redusere fallrisikoen og bedre ADL-funksjonen, sosialt samvær vil stimulere appetitten mv. Målsettingen for dagaktivitetssenter er dels rettet mot personer med demens, dels mot pårørende.

Pasientgruppen er sammensatt, både i alder og funksjonsnivå. Dette krever fleksibilitet. Fra 2020 blir dagaktivitetssenter for personer med demens lovpålagt. Rauma har hatt dagaktivitetstilbud siden 2015. Dagsenteret har vært gjennom en gradvis oppbygging, slik at det nå har plass til 10 samtidige brukere tirsdag og torsdag, og 12-14 samtidige brukere mandag, onsdag og fredag. Fokus er å støtte opp under brukernes egne ressurser og interesser slik at de opplever mestring og trivsel. Aktiviteter kan være sang og musikk, gåturer og trening, lesing og spill. Tilbudet kan også brukes som avlastning for pårørende. Dagsenteret er åpent hverdager, mandag, onsdag og fredag fra kl 08-16 og tirsdag og torsdag fra kl 10-18. Transport er en del av tilbudet.

Ut fra antatt økning i antall personer med demens i Rauma, vil behovet for dagtilbud øke betydelig i de neste 10-12 år. Det betyr at man trenger flere tilpassede dagaktivitetstilbud. Dagaktivitetssenter er en viktig del av tiltakskjeden til personer med demens, og opphold her gir rikelig anledning for å observere pasientenes funksjonsnivå over tid. For å sikre rett omsorgsnivå framover, er det viktig at de ansatte benytter standardiserte kartleggingsskjemaer, og skriver jevnlig statusrapporter på bakgrunn av denne kartleggingen.

7.1 Fleksibel åpningstid

Etter som flere yngre personer med demens får diagnose, er det flere ektefeller som fortsatt er i arbeid. Et dagaktivitetssenter med ordinær åpningstid fra 9-15, imøtekommer i mange tilfeller ikke deres behov. Fleksible åpningstider kan bidra til at ektefeller fortsatt kan stå i jobb, fordi personen med demens kan ivaretas på dagaktivitetssenteret fra 9-17.

Det er mange av de eldste pasientene som synes det er for tungt å stå opp tidlig. For dem vil tilbud om dagaktivitetssenter fra kl. 11 være i tråd med deres behov. Dette vil også avhjelpe morgenpresset på hjemmebaserte tjenester.

7.2 Fleksibel organisering

Noen ganger kan det være krevende å få med en pasient på dagaktivitetssenteret selv om behovet er stort. Dersom pasienten blir møtt av en kjent person som representerer kontinuitet og trygghet for ham, kan dette avhjelpe situasjonen. I særlig utfordrende situasjoner kan det unntaksvis være påkrevd at en ansatt på dagaktivitetssenteret starter arbeidsdagen sin hjemme hos pasienten. Dette vil ofte gi den nødvendige trygghet som gjør at personen klarer å benytte seg av tilbudet.

7.3 Grønn omsorg/Inn på tunet

«Inn på tunet er et eksempel på varierte og tilpassede aktivitetstilbud» (Demensplan 2020, s. 31).

Inn på tunet er et dagaktivitetstilbud lagt til en gård. Det er et samarbeid mellom bonden på gården og kommunen, og er egnet for fysisk spreke personer med demens som har glede av og interesse for å være med på ulike gårdsaktiviteter. Dette kan være kvisting, bærplukking, husdyrhold, safting mv. Det bør være et mål for Rauma kommune å etablere et slikt tilbud.

7.4 Dagaktivitetssenter for yngre personer med demens

Det vises til kap. 9.3

Mål:

Når demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- En kunne tilby differensierte dagtilbud ut fra behov, interesser og funksjonsnivå

8.0 Døgnbaserte tjenester

«Optimale rammebetingelser for personer med demens defineres i Demensplan 2015 som små bogrupper i et oversiktlig fysisk miljø med få beboere (fire til åtte personer) og et stabilt personale med nødvendig kompetanse (...) Oppsummering av nyere forskning på området viser at smått fortsatt er godt» (Demensplan 2020, s. 33).

8.1 Opphold av kortere varighet

Mange personer med kognitiv svikt og demens har i løpet av sitt sykdomsforløp behov for døgnbasert opphold over en kortere periode. I tillegg kan pårørende ha behov for avlastning.

8.1.1 Utrednings- og vurderingsopphold i institusjon

«Om mulig bør utredning/kartlegging på korttidsavdelinger på sykehjem unngås, med unntak av tilfeller der personen skal vurderes for høyere omsorgsnivå» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Nesten all diagnostisk utredning bør foregå poliklinisk hos fastlegen eller ved et samarbeid mellom fastlegen og hukommelsesteamet. Når pasienten utredes i sitt hjemmemiljø, gir det i større grad trygghet for ham. Unntaksvis kan det likevel bli nødvendig med opphold i kommunal institusjon for å få gjennomført en diagnostisk utredning. Dette kan for eksempel være aktuelt når pasienten er ukjent for tjenesteapparatet og det skjer en hendelse som krever innleggelse. Det kan også være tilfelle når pasienten ikke har personer rundt seg til å gi tilstrekkelige opplysninger.

Forutsetningen for å få gjennomført en grundig diagnostisk utredning på institusjon, er at pasienten har falt til ro i miljøet og at de ansatte har blitt kjent med ham. Det er også en forutsetning at medisiner som kan virke inn på kognitive funksjoner har blitt fjernet og fått tid til å bli borte fra kroppen. Dette krever tid, og det er derfor nødvendig med vedtak som varer anslagsvis 6 uker for å gjennomføre utredningsarbeidet på en forsvarlig måte. All diagnostisk utredning bør være lagt til én avdeling slik at de ansatte kan tilegne seg kompetanse på området. På forespørsel kan hukommelsesteamet bistå i utredningen. Aldring og helse har utarbeidet egne verktøy for utredning på sykehjem.

Det er ikke alltid nødvendig med døgnopphold for å vurdere omsorgsnivå, men i mange tilfeller er dette påkrevd. Dette kan blant annet være aktuelt når pasienten bor alene, når han har et sykdomsforløp som svinger mye gjennom døgnet eller når pårørende og helsearbeidere er uenige om behovet for tilpassede tjenester. På samme måte som ved

diagnostisk utredning, krever vurdering av omsorgsnivå tid. Det skal observeres og kartlegges, og det kan være nødvendig at pasienten slutter med medisiner (eller starter opp med nye) før man kan vurdere pasienten. I mange tilfeller må man foreta et hjemmebesøk. Også ved vurdering av omsorgsnivå vil det derfor ofte være nødvendig med 6 ukers opphold for at sikre god nok kvalitet. På sikt vil dette kunne gi innsparing ved at pasienten får hjelp på rett omsorgsnivå.

Det foreslås at begrepet «utredning» forbeholdes diagnostisk utredning, og at «vurdering» blir brukt når man snakker om kartlegging av omsorgsnivå. Bruk av OBS-demensskjema og statusrapport på bakgrunn av denne kartleggingen, er nyttige redskap både i utredning og vurdering av omsorgsnivå.

8.1.2 Korttidsopphold

Noen personer med demens trenger korttidsopphold blant annet for å få stimulans, få trening og komme i ernæringsmessig balanse. Det er mer snakk om et stabiliserende opphold for den enkelte. På grunn av demenssykdommen, er det viktig at pasienten kommer i små og oversiktlige omgivelser dersom han har svikt i romorienteringssansen eller på andre måter har vansker med store omgivelser og mange mennesker. Hvis det er gjentakende korttidsopphold, er det også viktig at pasienten kommer samme sted hver gang.

8.1.3 Avlastningsopphold

«Både aktivitetstilbud og avlastningstilbud må være fleksible og innholdet i tilbudet må tilrettelegges ut fra den enkeltes preferanser og behov» (Demensplan 2020, s. 30).

Det er dokumentert at pårørende til personer med demens i stor grad opplever stress og utvikler depressive symptomer, spesielt når pasienten har utfordringer knyttet til atferd (Ullstein, 2007). For at pårørende skal klare å stå i slike situasjoner, er det nødvendig med avlastningstilbud som er tilpasset den enkelte. Noen pårørende har behov døgnavlastning, noen bare for nattavlastning, og noen har behov for avlastning en kveld innimellom.

8.1.4 Dagopphold

Det er ikke alle som kan nyttiggjøre seg dagaktivitetssenter. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil behovet endre seg og noen personer med demens vil trenge et roligere og mer skjermet tilbud på dagtid, mens de fortsatt er hjemmeboende; eller de er regelmessig på avlastnings/korttidsopphold i institusjon. Et skifte mellom hjem, institusjon og dagaktivitetssenter kan være uheldig, da det blir for mange steder og personer å forholde seg til. For personer i denne gruppen kan det være hensiktsmessig at dagtilbudet lokaliseres ved avlastnings/korttidsavdelingen de er kjent på.

8.2 Langtidsopphold

«Kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens som har behov for heldøgns omsorgstjenester, får tilpassede omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudene skal også legges til rette for og gi plass til pårørende» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Når pasienten ikke lenger kan bo i eget hjem til tross for omfattende tjenester og tilpassede hjelpemidler, er det nødvendig med døgnbasert omsorg i tilrettelagte demensvennlige omgivelser.

Døgnbaserte tjenester består av bofellesskap og sykehjem. Bofellesskap bør være for de som kan ivareta egenomsorg med veiledning, mens sykehjem bør være for de som har kommet svært langt i demenssykdommen sin.

8.2.1 Bokollektiv/ bofellesskap

«Små, tilrettelagte boenheter med hjemlig miljø og få beboere har gunstig effekt på personer med demens» (Demensplan 2020, s. 16).

Bofellesskap for personer med demens bør forbeholdes pasienter som har glede og nytte av gjensidige sosiale relasjoner og som kan delta aktivt i fellesskapet.

Det er i dag et tilbud tilrettelagt for personer med demens ved Måndalen Omsorgssenter. Omsorgssenteret er bygd i tråd med anbefalinger knyttet til målgruppen, og er en kombinasjon av bokollektiv og bofellesskap. Viktige anbefalinger knyttet til boliger for målgruppen ble fulgt under planlegging. Eksempler på dette er direkte tilgang til uteareal, velferdsteknologiske grunnløsninger og en bolig som generelt er oversiktlig og lett å orientere seg i. Bofellesskapet har målgruppene eldre med fysiske funksjonsnedsettelse, eldre personer med demens og boenheter tilrettelagt for ektepar. Det er lagt stor vekt på fellesskap med sosiale aktiviteter, måltider og andre naturlige fellesfunksjoner.

Lokalene i Snarveien 5 er vurdert tatt i bruk som bokollektiv til personer som har et trykksbehov som ikke dekkes i eget hjem. Tilsynet vil bli i regi av personale fra hjemmebasert helse og omsorg, og det vil bli tilgjengelig nattevakt(?) Personer som skal bo her må klare seg selv i stor grad, men ha behov for trygghet og mer rammer enn de kan gis i hjemmet. For at dette kan være et alternativ for personer med demens, er det viktig at flytting skjer på et tidlig tidspunkt.

8.2.2 Sykehjem

«Virksomheten skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Legemiddelbehandling bør først forsøkes ved alvorlig symptombelastning der psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, eller dersom det foreligger en akutt risiko for skade» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Sykehjem er øverste trinn i omsorgstrappa. Personer med demens på sykehjem lever i gjennomsnitt litt over to år (Bergh et al, 2015). Pasientene er gjennomgående svært dårlige kognitivt, de har vansker med å selv igangsette aktiviteter, og de har også problemer med å initiere sosiale handlinger. Mange har alvorlige APSD-symptomer som man vet øker med økende grad av demens (Selbæk, 2007). Kompliserende somatiske sykdommer som mange får med alderen, virker inn på demenstilstanden og gir spesielle utfordringer.

Rauma Helsehus har en demensavdeling som består av 30 beboere fordelt på 4 grupper. En gruppe består av 7-8 beboere og har felles stue og kjøkken. Beboeren har eget rom med tilhørende bad.

Demensavdelingens mål er å ivareta og opprettholde hver enkeltes mestringsevne, ferdigheter og god livskvalitet og gi pasientene en verdig avslutning på livet.

8.3 Aktiviteter i døgnbaserte enheter

«Virksomheten skal legge til rette for psykososiale aktiviteter som tar utgangspunkt i personen med demens sine egne interesser og funksjonsnivå» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Aktiviteter for personer med demens, bør styres etter prinsippet «smått er godt». Personer i tidlig fase av demenssykdommen sin, kan ofte tåle miljøer som er mindre oversiktlige. Når personen har kommet i en fase av sykdommen der det er nødvendig med døgnbaserte tjenester, spesielt sykehjem, er imidlertid både oppmerksomhet og romorientering ofte svekket. Aktivitetene er like viktige som tidligere, men tilbudene må tilpasses pasientens behov, enten det dreier seg om fysisk, sosial eller kognitiv stimulans. Det er ofte enkle og forståelige aktiviteter som ikke stiller store krav til konsentrasjon, hukommelse eller oppmerksomhet som etter hvert er det beste.

Gruppestørrelsen er ideell når 6-8 personer er sammen, men i mange tilfeller må gruppene være enda mindre. Musikk, bilder og gode rammer rundt måltider, er aktiviteter som personer med langtkommen demens kan ha stor glede av når språk, oppmerksomhet og hukommelse svikter. Fordi personer med demens har det best i trygge omgivelser, er utgangspunktet at aktivitetene bør finne sted der pasientene er, istedenfor at de flyttes til et aktivitetsrom eller lignende. Her er det individuelle variasjoner, avhengig av den enkeltes demenstilstand og om han for eksempel har en person sammen med seg.

For å sikre gode og tilpassede aktiviteter, bør aktivitør eller tilsvarende person i alle døgnbaserte enheter organisere dette. Målet må dels være å selv drive aktiviteter, dels å lære opp andre ansatte. Det bør også være en musikkterapeut som kan bidra på de ulike sykehjem og bofellesskap. Vedkommende kan utøve musikkterapi selv, men vel så viktig er det å sette ansatte i stand til å videreføre et tilpasset program. I Nasjonal faglig retningslinje om demens står det at pasientene skal ha tilbud om tilrettelagt fysisk aktivitet i minst 30 minutter daglig, og at det er virksomheten som har ansvar for dette. Det betyr at det trengs fysioterapeuter som kan lære opp ansatte og som selv kan utøve fysioterapi i bofellesskapene og på sykehjemmene.

8.4 Palliasjon

«Det er behov for mer kunnskap om hva som er god omsorg ved livets slutt for personer med demens» (Demensplan 2020, s. 34).

Det er vel kjent at personer med demens får mindre smertelindring enn andre. En av forklaringene kan være at pasienten har vansker med å uttrykke og lokalisere smerten, og at smerten i stedet kommer til syne gjennom endret atferd.

Palliasjonsbegrepet er ikke lenger forbeholdt den aller siste levetid, men kan settes inn i alle faser av sykdommens forløp, også parallelt med aktiv (lindrende) behandling (Jarlbæk, L. m.fl., 2014). For personer med demens kan fasen for palliativ behandling vare i flere måneder, og mange er allerede i en palliativ fase når de innlegges på sykehjem. Det er med andre ord en stor andel pasienter på sykehjem som har behov for lindrende behandling.

Så langt mulig, bør pasienten få palliativ behandling der han bor (Sintefrapport: «Evaluerings av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg», 2017). Dette krever at det er kompetanse på området. Det må være et mål at sykehjem og bofellesskap selv besitter spesialkompetanse innen dette fagfeltet.

Mål:

Når demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Personer med demens kunne tilbys botilbud tilpasset den enkeltes behov for trygghet og bistand
- Tjenesten som blir tilbudt skal være på et høyt faglig nivå

9.0 Brukergrupper med spesielle behov

Denne demensplanen gjelder for alle personer med demens. Likevel er det grupper som krever spesielle tiltak på enkelte områder.

9.1 Personer med utviklingshemming

«Personer med utviklingshemming med mistanke om demens skal som hovedregel utredes i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis habiliteringstjenesten» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Mange personer med psykisk utviklingshemming har Downs syndrom. De har en sterk genetisk disposisjon for å utvikle Alzheimer demens. Utredning av disse pasientene er som hovedregel en oppgave for spesialisthelsetjenesten (Habiliteringstjenesten). Prinsippene for den miljørettede demensomsorgen er som for alle andre personsentrert. «Smått er godt» gjelder også her, både når det gjelder omsorgsmiljø og aktiviteter. Mange personer med utviklingshemming bor i små tilrettelagte boenheter. Ut fra kunnskap om denne gruppen bør omsorgen og bistanden som tilbys fortrinnsvis kunne gis i eget hjem så lenge som mulig. Dette er en svært sårbar gruppe, og flytting kan gi svært uheldige konsekvenser for den enkelte. En må likevel vurdere hver person individuelt.

Det finnes etter hvert både litteratur, kurs og utredningsverktøy knyttet til demens og psykisk utviklingshemming. I Nasjonal faglig retningslinje om demens er det skrevet et eget kapittel om denne gruppen.

9.2 Personer med minoritetsbakgrunn

«Personer med minoritetsbakgrunn med mistanke om demens bør utredes i spesialisthelsetjenesten når språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen. (...) Etter endt utredning, diagnostikk og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten skal primærhelsetjenesten overta videre oppfølging gjerne ved definert hukommelsesteam/koordinator» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Utredning av personer med minoritetsbakgrunn og kognitiv svikt krever egne utredningsverktøy, og ofte er det behov for tolk. Dette er derfor som regel en oppgave for spesialisthelsetjenesten. Oppfølgingen etter at diagnosen er satt, er imidlertid et kommunalt anliggende. Man må etter hvert regne med at flere personer med minoritetsbakgrunn og demens vil ha behov for både hjemmesykepleie og døgnbaserte tjenester. Det er vanskelig å si noe generelt om hvilke tilbud som dekker deres behov, fordi de representerer en sammensatt gruppe når gjelder nasjonalitet, religion og språk. Det er imidlertid viktig at tjenestetilbudet tilpasses den enkelte og at man skaffer seg nødvendig kompetanse.

9.3 Yngre personer med demens

«Yngre personer med demens (under 65 år) har behov for andre tilbud, annen tilrettelegging og annen oppfølging enn de som er eldre» (Horndalsveen, 2016).

Yngre personer med demens utgjør tallmessig en relativt liten gruppe. De har på flere måter forskjellige behov enn andre personer med demens. For det første har de en ung kropp og er ofte fysisk spreke. Dernest er de «midt i livet» når sykdommen rammer. Mange har ektefelle i jobb og rundt 1/3 har barn under 18 år.

Dette er årsaken til at Nasjonal faglig retningslinje om demens er tydelig på at *«kommunene bør (derfor) legge opp til å gi yngre personer med demens et tilbud som er tilpasset denne aldersgruppen»*. I og med at pasientene ofte er fysisk spreke, passer de dårlig inn i ordinære tilbud for personer med demens.

Man bør ha et tilbud om dagaktiviteter som er tilpasset yngre personer med demens. Videre bør man også vurdere et eget botilbud til yngre personer med demens, i tråd med Nasjonal faglig retningslinje om demens: *«Innleggelse i et vanlig somatisk sykehjem uten tilrettelegging for yngre, vil kunne være svært uheldig»*.

Skillet på yngre personer med demens, er vanligvis satt ved 65 år. Denne alderen er det viktig å ha en pragmatisk og individuell tilnærming til. Pasienter som er langt over 65 år kan være unge både i kropp og sinn, mens personer under 65 år funksjonelt sett kan være mye eldre.

Mål:

Når demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Kunnskap om utviklingshemming og demens være økt
- Det være utviklet rutiner for utredning og oppfølging av brukergrupper med spesielle behov

10.0 Pårørendearbeid

«Det er primært kommunen som har ansvar for oppfølging av pårørende til personer med demens» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Pårørende er svært viktige i demensomsorgen. Det er de som kjenner pasienten best og vet om hans styrker og sårbare sider. De innehar kunnskap som er uunnværlig for ansatte i omsorgssektoren i møtet med personen med demens, og de kjenner den enkeltes «røde tråd» og livshistorie. Å lytte til og ta vare på pårørende betyr å ta vare på personen med demens.

10.1 Pårørendeskole

For at personer med demens og pårørende skal kunne involvere seg og delta aktivt i beslutninger som angår dem selv, trenger de kompetanse om demens- og demenssykdommer. For pårørendes del er det viktig å ha kunnskap om hvordan de best kan leve med en person med demens. Målet for pårørendeskolen er:

- Å gi åpenhet og forståelse for demenssykdommen
- Å gi grunnlag for at pårørende bedre kan håndtere sin situasjon i forhold til familie og venner
- Å bedre kvaliteten på samværet med den syke i både hjemmesituasjon og på institusjon
- Å bedre pårørendes kunnskap om rettigheter

Stikkord her er blant annet hjelpeapparatet, kommunikasjon/samhandling og forventede reaksjoner. Ikke minst er det viktig at pårørende får hjelp til å forstå hvordan det kan oppleves for den demensrammede selv å leve med sin sykdom.

Rauma kommune hadde sin første pårørendeskole i 2018. Pårørendeskolen kombinerer forelesninger med gruppesamtaler, og tar for seg viktige temaer relatert til demens. Det kan nevnes sykdomslære, kommunikasjon, lovverket, tjenestetilbudet, hjelpemidler, pårørendeerfaringer og sorgreaksjoner. Tilbakemeldingene fra pårørende er entydig positive, og flere har uttrykt ønske om et oppfølgingskurs over én dag i etterkant. Pårørendeskolen får driftstilskudd fra helsedirektoratet.

10.2 Avlastningstilbud

Det er helt nødvendig at pårørende får avlastning fra omsorgen for personen med demens. Det er allerede nevnt mange typer avlastning som kan være til hjelp. Det er viktig at de er fleksible og så langt mulig dekker pårørendes behov. Noen ganger er det nødvendig å kombinere ulike typer avlastning. Avlastning kan foregå på dagaktivitetssenter, i form av døgnopphold og som tiltak i hjemmet. Det som betyr aktivitet for personen med demens, kan bety avlastning for den pårørende.

10.3 Individuell støtte og oppfølging

Helse og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å tilby nødvendig pårørendestøtte, blant annet i form av opplæring og veiledning, §3-6. Mange pårørende trenger en person å snakke med. For noen er det viktig å få satt ord på sterke følelser som sinne, sorg, skam og skyld. For andre er det godt å snakke med noen om hvordan de kan løse dagliglivets utfordringer sammen med personen med demens. Atter andre ønsker å vite om sykdomsforløpet og tjenestetilbudet. Hukommelsesteamet har en svært sentral funksjon i å støtte pårørende, og dette prioriteres høyt. Enkelte «klarar» seg med én samtale, mens andre sliter med så vanskelige følelser at det er snakk om en prosess over tid.

Også ansatte på tildelingskontoret (KE), i hjemmebaserte tjenester, demenskoordinator, på dagsentrene og i de døgnbaserte boligene skal kunne gi veiledning og opplæring til pårørende når de trenger det. Det viktigste er at pårørende har et navn og et telefonnummer å forholde seg til.

Mål:

Når demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Pårørende vite hvor de kan henvende seg for informasjon, råd og veiledning
- Pårørende involveres i utforming av tjenestene til personen med demens i familien
- Pårørende bli sett og tatt på alvor, slik at belastning fanges opp på et tidlig tidspunkt
- Skal det være utarbeidet rutiner for systematisk dialog med pårørende

11.0 Kunnskap og kompetanse

Det har etter hvert blitt et mer nøkternt syn på at løsningen på selve «demensgåten» er nært forestående. I stedet rettes fokus i større grad mot forebygging gjennom livsstilsendringer, og hvordan man kan skape gode arenaer og miljøer for personer med demens og deres pårørende. Dette krever at samfunnet og den enkelte får kunnskap om hvordan man kan

møte personer med demens i dagliglivet, enten som nær venn og pårørende, eller i servicenæringen. Det handler også om hvordan ansatte i virksomhetene møter og håndterer de individuelle personene med demens.

11.1 Opplysnings- og informasjonsarbeid

Opplysnings- og informasjonsarbeid dreier seg i stor grad om hvordan forebygge demenssykdommer og følgene av denne. Demensvennlig samfunn, pårørendeskole, samtalegruppe for pårørende og brukerskole for personer med demens bidrar til å spre kunnskap. Også arrangementer i regi av Aldring og helse, som helgesamlinger for ektepar, ukesamlinger for ungdommer og barnegrupper, bidrar til dette. Rauma demensforening arrangerer årlige informasjonsmøter/ temakvelder om demens.

11.2 Kompetanse i helse- og omsorgstjenestene

«Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid faglig forsvarlig. Kompetanse på demens innebærer blant annet gode kunnskaper om demenssykdommer, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, ernæring, miljøarbeid, legemiddelbehandling samt etikk og lovhjemler for bruk av tvang. I tillegg er det nødvendig med god kjennskap til relevante tilbud i egen kommune» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

Demens er et samlebegrep på mange forskjellige sykdommer som krever ulik tilnærming av medisinsk og miljømessig art. De fleste personer med demens har også utfordringer knyttet til APSD, og de er ekstra sårbare for å utvikle delirium (akutt forvirring). Komplekse tilstander som dette stiller særlig høye krav til faglig kompetanse. For å møte morgendagens behov må derfor kompetanseutvikling være et satsningsområde. Satsningen må gjenspeiles i den enkelte virksomhets kompetanseplaner. Dette omfatter både ressurser, organisering og fag.

11.2.1 Nåværende kompetanse

Til sammen 70 ansatte har gjennomført Demensomsorgens ABC i tidligere runder, og 36 ansatte startet opp i vår. Noen få sykepleiere og helsefagarbeidere har videreutdanning i demens og geriatri.

Mange ansatte har erfaringskompetanse gjennom lang fartstid i feltet. Dette er bra, men det er langt fra tilstrekkelig i et vanskelig og ofte uoversiktlig fagområde.

11.2.2 Behovet for framtidig kompetanse

For å møte nåværende og framtidig utfordring, er det nødvendig med et betydelig kompetanseløft. Kompetansehevingen må både være formell og erfaringsbasert. I sistnevnte tilfelle må kompetansen utvikles gjennom et strukturert opplegg som sikrer kvalitet, jfr. kap.3.

11.2.2.1 Formal kompetanse innen demens

Det er nødvendig å heve alle de helsefaglige gruppenes formelle kompetanse innen demens. Det betyr å toppe laget med for eksempel én til to personer med videreutdanning geriatrisk sykepleie/ avansert klinisk sykepleie i hver virksomhet. Føringer fra sentralt politisk hold (primærmeldingen) tilsier at det bør utdannes flere med kompetanse innen avansert klinisk

sykepleie i kommunene. Derfor finnes det økonomiske støtteordninger til dette. Man må også oppmuntre til at både høgskoleutdannede og helsefagarbeidere tilegner seg kunnskap gjennom relevante videreutdanninger, og så langt mulig tilrettelegge for dette. Dette gjelder alle yrkesgrupper som har befatning med demens, også fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Demensomsorgens ABC, samt ABC miljøbehandling har vært et tilbud til ansatte i kommunen fra henholdsvis 2009 og 2013. Rundt 70 har gjennomført disse kursene, og de aller fleste har gitt uttrykk for at det har vært spennende og lærerikt å delta. Det er viktig at disse undervisningsformene videreføres. Det har i tillegg kommet til andre ABC-opplæringer, som velferdsteknologi, alderspsykiatri og musikkterapi. Også disse bør det satses på. Fylkesmannen gir støtte til alle ABC-opplæringene.

11.2.2.2 Real kompetanse innen demens

Som nevnt innledningsvis, bør Rauma kommune ha et grunnsyn basert på personsentrert demensomsorg. Aldring og helse har utarbeidet et strukturert opplæringsprogram for å implementere VIPS-modellen: VPM. Dette er en pågående opplæring som foregår på den enkelte arbeidsplass gjennom ukentlige møter. Før oppstart kreves det at noen har gjennomgått et todagerskurs. Disse lærer opp og blir motivatorer og pådrivere på den enkelte avdeling. Det foreslås at to ansatte fra hver virksomhet får en slik rolle. (Leve hele livet, s 136).

De har også utarbeidet et program for strukturert miljøbehandling i demensomsorgen, som er en praktisk modell som med struktur og fleksibilitet ivaretar pasientens medbestemmelsesrett og personalets innflytelse. En av disse metodene velges, og innføres i hele organisasjonen for best mulig omsorg og oppfølging av personer med demens.

Pasrl. kap. 4 A er spesielt viktig i demensomsorgen. Den omhandler bruk av tvang til personer som mangler samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp. Det som gjør loven ekstra sentral, er at det blant annet stilles krav om at tillitsskapende tiltak skal ha vært forsøkt før tvang brukes. Å vite hva som er tillitsskapende tiltak til personer med demens, handler om den ultimate demenskompetanse. Dette krever medisinsk kunnskap, kjennskap til ulike miljøterapeutiske tilnærminger og ikke minst hvordan man møter pasienten på en personsentrert måte. Kunnskap om dette lovverket vil derfor i seg selv heve demenskompetansen. Pasrl. kap. 4 A bør prioriteres i kompetanseutviklingen, gjerne i forbindelse med VPM og etisk refleksjon på arbeidsplassen. Kompetanse kan også økes gjennom lokale opplæringsplaner, og gjennom bruk av hukommelsesteamet og demenskontaktene i virksomhetene.

11.2.2.3 Annen type kompetanse

Fordi de aller fleste personer med demens har behov for palliativ behandling over tid, bør det knyttes en sykepleier med videreutdanning i palliasjon i døgnbaserte enheter.

For å sikre gode og tilpassede aktiviteter, bør det være ansatt aktivitør eller tilsvarende i døgnbaserte tjenester. Målet med denne stillingen må være å selv drive aktiviteter, dels lære opp andre. En musikkterapeut som kan bidra ved de enkelte døgnavdelinger hadde også vært ønskelig

Mål:

Når demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Minst 2 personer med høyskoleutdanning ha begynt/ gjennomført med videreutdanning innen demens
- Minst 2 personer med helsefagarbeid ha begynt på/ gjennomført videreutdanning innen demens
- Alle som jobber med personer med demens ha begynt/gjennomført demensomsorgens ABC

12.0 Avslutning

«Morgendagens omsorgstjeneste må legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv. Velferdsteknologi gir eldre mulighet til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger» (Leve hele livet, s 59)

Rauma kommunes demensplan er en ambisiøs plan. Vurdert ut fra de utfordringene vi står overfor i den kommunale demensomsorgen, må den være det. Den største menneskelige og økonomiske gevinsten får vi dersom vi kan tilrettelegge og styrke omsorgstjenestene slik at den enkelte pasient kan bo hjemme så lenge som mulig og så lenge han ønsker. Dette innebærer å sikre personen med demens og pårørende trygghet og kontinuitet. For å få til dette, må det satses på forebygging, frivillighetsarbeid, lavterskeltilbud, velferdsteknologi, hjemmebaserte tjenester, dagaktivitetssentra, avlastningsordninger og pårørendestøtte.

Demenssykdommen er imidlertid av en slik art at det alltid vil være behov for et tilbud om døgnbaserte tjenester. De fleste personer med demens vil leve den siste delen av livet sitt i bofellesskap eller på sykehjem. Derfor må det også satses på tilrettelagte boliger som ivaretar både de fysiske og de psykososiale behovene til personer med demens. Pasientene må også være sikret tilstrekkelig smertelindring i livets siste fase.

Intensjonen med denne planen er at den skal bidra til å utvikle demensomsorgen i Rauma i tråd med den enkeltes behov. En forutsetning for å få til dette, er at kompetansen heves på alle nivåer. Det er ikke nok med «hender» og «sunn fornuft». Det er heller ikke nok med lang erfaring innen feltet. Det er nødvendig med videre- og etterutdanning for å holde tritt med fagets utvikling.

Mål:

Når demensplan for Rauma 2020-2025 er gjennomført, skal:

- Personen med demens oppleve trygghet, frihet og mestring av eget liv etter diagnose
- Ansatte oppleve trygghet og mestring basert på kompetanse og gode rutiner

Vedlegg 1:

Sammensetning av grupper til workshop Demensplan for Rauma 2020- 2025

Navnet som er uthevet, er gruppens sekretær.

Deltakerne får tilsendt tekstdelen i forkant av workshopen til gjennomlesing. Hvis det oppdages feil, eller ønskes endringer, tas dette opp i møtet.

Tiltakene i handlingsplanen er med som forslag og inspirasjon

Spørsmål: Hvilke tiltak ser en det er behov for i forhold til tema?

Gruppe 1: Forebygging/ Lavterskeltilbud/ Pårørendearbeid (3 timer)

- Kristian Skålhavn
- Lillian Bjerkeli Grøvdal
- **May-Grethe Gridset**
- Kairith Fugledal Kvarnes
- Anne Eggum
- Maria Homleid
- Rauma Demensforening
- Isfjorden Helselag, Demensgruppa

Gruppe 2: Diagnostisering og oppfølging etter diagnose/ Brukergrupper med spesielle behov (2 timer)

- Jon Sverre Aursand
- Heidi Åndal
- Erling Rosenstrøm
- **Synnøve Wenaas**
- May-Grethe Gridset
- Sofie Gyldenås Olsen
- Avdelingsleder HBO

Gruppe 3: Velferdsteknologi (2 timer)

- **May-Grethe Gridset**
- Gro Berild
- Sofie Gyldenås
- Ine Marie Kleiva
- Synnøve Wenaas

Gruppe 4: Hjemmebaserte tjenester (2 timer)

- **May-Grethe Gridset**
- Ressursperson demens i HBO
- Avdelingsleder HBO
- Ansatt fra HBO
- Caroline Helland
- Ingfrid Åsarmoen
- Maria Homleid
- Synnøve Wenaas

Gruppe 5: Dagaktivitetssenter

- **May-Grethe Gridset**
- Annelies Slabbertje
- En eller flere av personalet ved dagsenteret
- Ingfrid Åsarmoen
- Avdelingsleder HBO

Gruppe 6: Døgnbaserte tjenester

- **Synnøve Wenaas**
- Siv Merete Vold
- En ansatt fra demensavdelingen
- Laila Kristin Sæth Gridset
- Erling Rosenstrøm
- Aud Turid Korneliussen
- May-Grethe Gridset

Gruppe 7: Kunnskap og kompetanse

- **Kristian Skålhavn**
- Synnøve Wenaas
- Aud Turid Korneliussen
- Annelies Slabbertje

Ansvarlig for demensplanens tiltaks- og handlingsdel

- Kristian Skålhavn, helse og omsorgssjef
- Synnøve Wenaas, avdelingsleder ved Tildeling og koordinering, Rauma kommune
- **May-Grethe Gridset, demenskoordinator i Rauma kommune**