

# Demensplan for Hattfjelldal og Grane kommune

Versjon 1, 2011-2015

# Forord

Arbeidet med utforming av demensplanen for Hattfjelldal og Grane er gjort av en bred sammensatt faglig og administrativ gruppe bestående av kommuneoverlegene, demensteamene samt leder for pleie-, rehabilitering og omsorg i begge kommunene.

Hensikten med arbeidet er å ha en felles plan for begge kommunene der kompetansen og ressursene også skal kunne brukes over kommunegrensene.

Målet med tiltakene i demensplanen er at den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, tross for allvorlig sykdom og funksjonssvikt. (fra demensplan 2015 ”den gode dagen”).

## *Aldersdement*

*”Å vær så snill, kan du si hvor jeg er,”*

*Hjelpeløs rundt på de andre hun ser.*

*Blikket forteller om en som har glemt,*

*gamle mor Kari er aldersdement.*

*Redd og forvirret hun ser seg omkring*

*Ser etter gamle og velkjente ting.*

*Roper på søster og spør etter mor,*

*Vet hun er borte, men ikke hvor.*

*Savnet er tungt, hun må gråte en skvett.*

*Glemsomhet gjør ikke hverdagen lett*

*Prøver å huske, men når ikke inn,*

*Sovner omsider med tårer på kinn.*

*Våkner urolig og kommer seg frem,*

*trygler og ber: ”Vil du hjelpe med hjem.”*

*Står der ved døren, urokkelig sta,  
Ingen kan få henne bort derifra.*

*Tutler omsider tilbake igen,  
Ser etter stolen sin: ” Hvor var nå den?”  
Borte ved vinduet slår hun seg ned  
Lutet i ryggen, med skjelvende kne.*

*Gamle mor Kari var liten engang,  
over de vårgrønne sletter hun sprang.  
Trofast i hjemmet som hustu og mor,  
Sorger og gleder har satt sine spor.*

*Treet er ikke det samme som før,  
grenene visner og bladen dør.  
Nærhet og omsorg vi alle kan gi,  
det som hun trenger mor Kari, er tid.*

Ref:

## **Innhold**

1. Demens
2. Personer med demens i Hattfjelldal og Grane kommune
3. Tiltak for tidligere og bedre diagnostikk, utredning og behandling
  - 3.1 Demensteammodellen
  - 3.2 Demenskoordinator
4. Aktiv omsorg
  - 4.1 Dagaktivitet institusjon
    - 4.1.2 Aktivitør
  - 4.2 Dagsentre
  - 4.3 Sansehage
5. Utredning av utfordrende adferd ved demens
  - 5.1 Demensteamet som et kompetanseteam
  - 5.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
6. Hjelpetiltak
  - 6.1 Transport
  - 6.2 Bokollektiv for personer med demens
7. Institusjon for beboere med demens
  - 7.1 Forsterket demensenhet
  - 7.2 Økning av antall demensplasser og fysisk plassering
8. Demens hos yngre personer, demens hos psykisk utviklingshemmede og demens hos personer med minoritetsbakgrunn
9. Frivillig omsorg og involvering av pårørende
  - 9.1 Pårørende i institusjon – systematisk involvering
  - 9.2 Pårørende i hjemmebasert omsorg
  - 9.3 Pårørendeskoler - samtalegrupper
  - 9.4 Frivillige organisasjoner
10. Kompetanseheving og rekruttering
  - 10.1 Kompetanseheving
  - 10.2 Rekruttering
11. Økonomiske og administrative kostnader
  - 11.1 Forslag til budsjettøkninger
12. Årlig evaluering og revurdering av demensplan
13. Høring

# 1. Demens – grunnleggende prinsipper for en bedre demensomsorg

## Hva er demens?

Demens defineres som et hjerneorganisk syndrom som er kjennetegnet ved ervervret kognitiv svikt, svikt i emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner. Det finnes flere demenssykdommer hvorav Alzheimers sykdom er den vanligste. Vanligvis er tilstanden av progressiv natur og fører etter hvert til total hjelpeløshet og behov for pleie og omsorg.

Demenssykdom er den hyppigste årsaken til innleggelse i sykeheim i Norge, og er en av de viktigste årsakene til omsorgsbehov i hjemmebasert omsorg. Det finnes ingen effektiv forebyggende eller kurativ behandling for noen av demenssykdommene. Det betyr at personer som lider av demens blir mer og mer hjelpesløse over tid etter hvert som sykdommen forverres. Symptomatisk legemiddelbehandling kan tilbys i alle fasene av sykdommen, i tillegg til støttende behandling til bruker og pårørende. Døgnskuttet omsorg må som regel tilbys for de fleste når hjelpebehovet øker. Det er en stor og komplisert utfordring å planlegge og tilrettelegge for en helhetlig og sammenhengende omsorgs- og behandlingsskjede for personer med demens.

## Grunnleggende prinsipper for en bedre demensomsorg

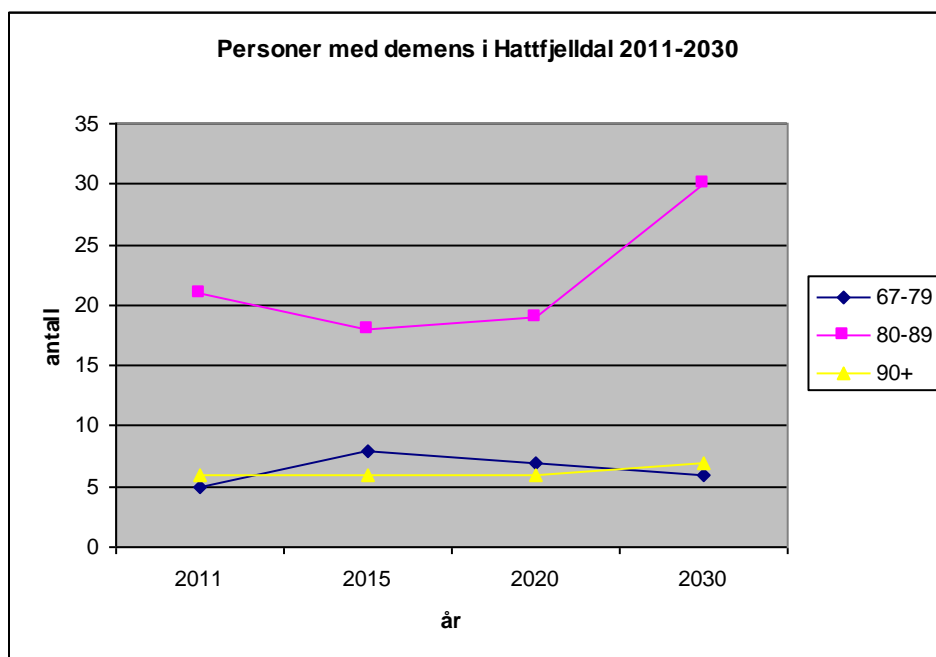
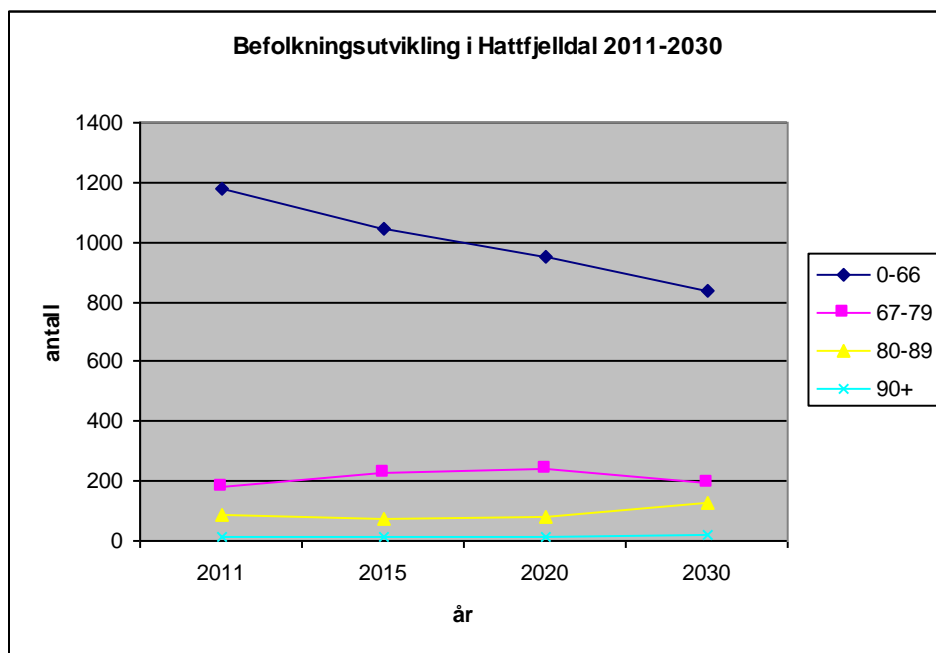
I den nasjonale Demensplan 2015 vises det til følgende hovedprinsipper for en bedre demensomsorg. I vår lokale plan ønsker vi å ta utgangspunkt i disse prinsippene, og foreslår konkrete tiltak i henhold til disse:

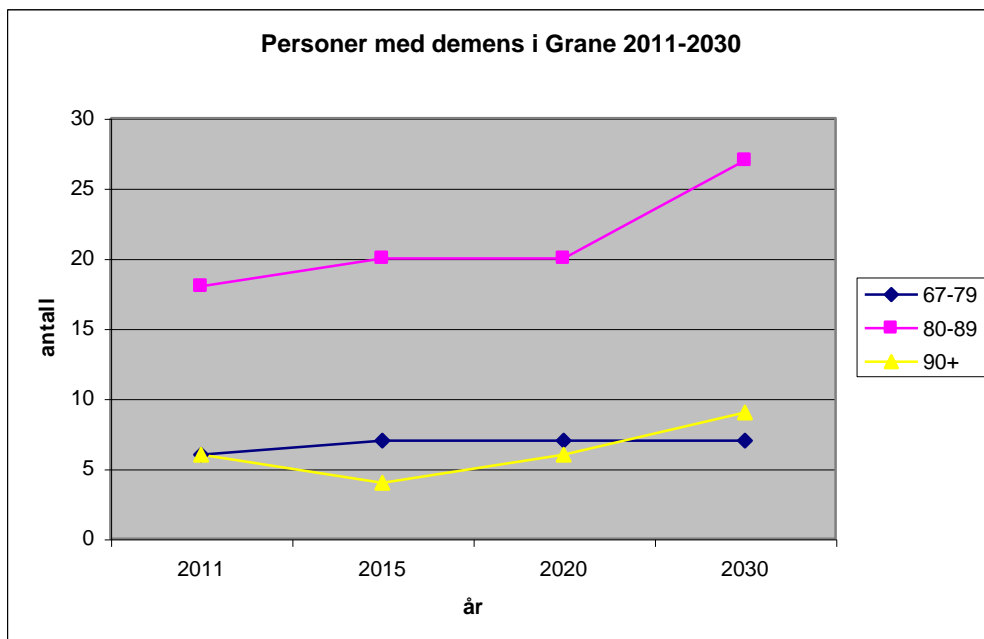
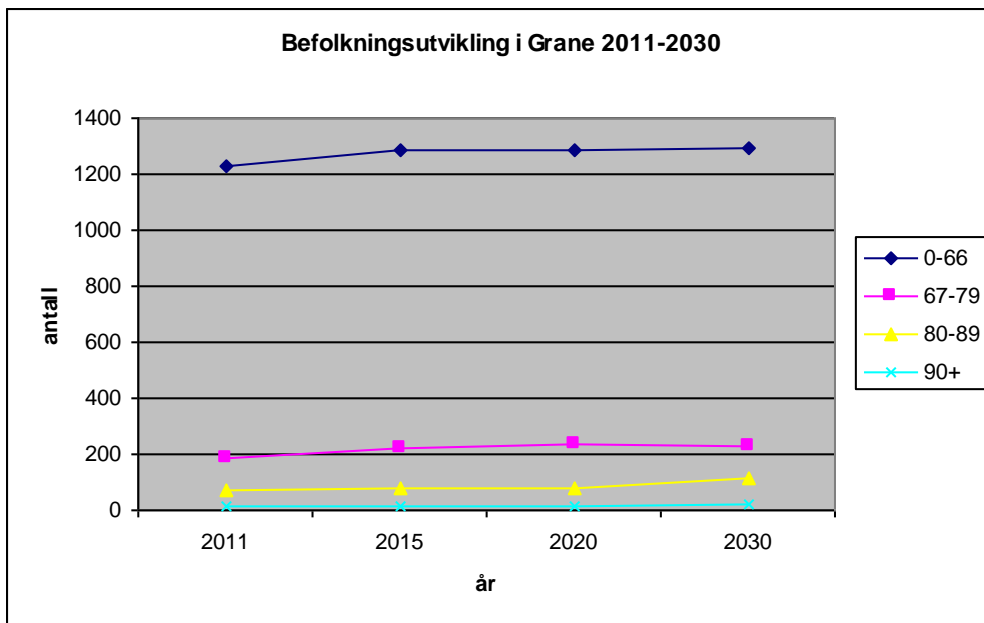
- **Individuelt tilrettelagte tjenester – verdighet og respekt:** Tjenesteyterne må kjenne personen med demens og dens historie for å yte god tjenester. Tilbudene vi planlegger må være fleksible og dekke ulike behov.
- **God demensomsorg er god omsorg for alle:** prinsippene bygger på i demensomsorgen vil i stor grad være gjeldende for andre personer med behov for omsorgstjenester.
- **Helhetlig omsorgsskjede:** Personer med demens og deres pårørende skal oppleve trygghet og forutsigbarhet i møte med tjenesteapparatet. Kontinuitet og samarbeid er stikkord fra tidlig i sykdomsforløpet helt til det er behov for døgnskuttet pleie og omsorg.
- **Smått er godt:** det er godt dokumentert at små enheter i sykeheim gir bedre livskvalitet for personer med demens enn store tradisjonelle sykeheimsavdelinger.
- **Åpnehet og inkludering:** økt kunnskap hos pårørende og brukere for å lette på byrdene, sikre inkludering, øke mestring og forhindre diskriminering.

## 2. Personer med demens i Hattfjelldal og Grane – estimert økning

### Befolkningsutvikling og økende antall personer med demens i Hattfjelldal og Grane kommune

Tallene for framskriving av befolkningsutviklingen baserer seg på tall fra Statistisk Sentralbyrå. Beregninger av forekomst av demens basert på tallene for Norge oppgitt i demensplan 2015.





### Hva kan vi lese av tallene?

Undersøkelser viser at ca. 50 % av personer med demens befinner seg på institusjoner for døgkontinuerlig pleie- og omsorg dvs. i praksis på sykehjemsplass. Det betyr at fra 2020-2030 vil behovet for institusjonsplass øke med 5-6 per kommune. Vi vil i 2030 ha 43 personer med demens i hver kommune, dvs. en økning fra 2011 på 10-11 personer med demens i hver kommune. Dette utgjør med dagens omsorgsløsninger behov for 5-6 nye sykeheimsplasser for personer med demens i begge kommunene. Dette tallet inkluderer også personer med demens der hovedårsaken til institusjonsbehovet er andre årsaker enn demens.

Denne demografiske endringen vil selvsagt også gi seg utslag i økt behov for omsorg og pleie grunnet andre lidelser som er tett knyttet til høy alder eks.vis kreft, hjerneslag og artrose. Demenssykdommene utgjør den største av disse sykdomsgruppene, og nøkkelen til en god eldreomsorg ligger i en god demensomsorg: ”God demensomsorg er god omsorg for alle” (Demensplan 2015).

### **Konsekvenser for planlegging**

Det er lite sannsynlig at vi kan ”bygge oss ut av” denne utfordringen, selv om det også vil være behov for flere institusjonsplasser. Vi vil bli tvunget til å finne andre løsninger der vi i større grad satser på økt kvantitet og kvalitet i hjemmebasert omsorg, dag/ ettermiddags-avlastning, bokollektiv og der vi i større grad og mer systemtisk støtter og involverer pårørende og den frivillige og uformelle omsorgen.

## **3. Tiltak for tidligere og bedre diagnostikk, utredning og behandling**

Flere undersøkelser viser at det er en betydelig underdiagnostikk av demens både i og utenfor institusjon. Sikker og tidlig diagnostikk har stor betydning for den enkelte og for de som skal yte omsorgen. Det gir mulighet for planlegging og medbestemmende for den som er rammet av demenssykdom mens de fortsatt har samtykkekompetanse. Det er viktig å sette inn individuell tiltak både for pårørende og personen med demens. Tiltak som medikamentell symptomatisk behandling, miljøterapi og utredning av adferd og psykologiske symptomer (APSD) krever god kunnskap hos helsepersonell, men også tverrfaglig samarbeid mellom flere yrkesgrupper.

### **3.1 Demensteam-modellen**

Hattfjelldal og Grane kommune har lang tradisjon på tverrfaglig og nært samarbeide mellom de ulike yrkesgruppene innen helse og omsorg. I Hattfjelldal og Grane skal vi iverksette demensteam-modellen som et sentralt hjelpemiddel for å sikre utredning og diagnostikk ved mistanke om demens. Kommunenens demensteam skal fungere som rådgivere og bidra med veiledning til personer med demens både i og utenfor institusjon. Demensteamene skal også ha ansvar for hoveddelen av undervisning og kompetanseheving i kommunene på fagområdet. Demensteamene må formaliseres og ha faste stillingsbrøker, og ha en fast 0,4 stilling demenskoordinator som skal lede teamet. Oppgavene til demensteamene er også utredning og diagnostikk i lag med fastlegene og sykeheimeslegene. Utredningsverktøy fra Nasjonalt kompetansesenter skal brukes. Demensteamet består av 3 personer med faglig interesse og videreutdanning innen demens inkludert demenskoordinator som leder teamet. Demensteamet skal fungere som en lokal kunnskapsbase for pårørende og til hjemmeboende og for helsepersonell som kommer i kontakt med personer med demens og deres pårørende. De fleste oppgavene ivaretas av demenskoordinator. Det skal føres logg over resursbruken på temaets medlemmer. Teamet bør videre inngå samarbeidet med lokale frivillige lag og organisasjoner.



## Arbeidsbeskrivelse for demensteam

- Motta og koordinere henvendelser/ søknader.
- Videre utredning og plan av arbeidet samordnes på ukentlig visitt med fastlegene/ sykeheimslegene.

Øvrige medlemmer og demenskoordinator som leder

- Foreta vurderingsbesøk sammen med annen representant fra PRO.
- Foreta prioriteringer ved tildeling av plasser i tiltakskjeden.
- Motta og koordinere henvendelser/ forespørsler om råd/ veiledning i forhold til enkeltbrukere fra hjemmetjenesten/ institusjon/ pårørende.
- Bistå med utredning ved mental svikt i henhold til kartleggingsverktøy fra Nasjonalt kompetansesenter.
- Ansvar for søknader og oppfølging av kognitive hjelpemidler.
- Bistå med råd og veiledning til hjemmetjeneste/ institusjon i utfordrende enkeltsaker.
- Delta i demensteamets undervisningsoppgaver.
- Fastlegene/ sykeheimslegene skal være temaets medisinsk-faglig rådgiver, og skal kunne gi råd og veiledning for teamet på generell basis og i forhold til enkelt saker.
- Legene skal bistå med råd og veiledning til hjemmetjeneste/ institusjon i enkeltsaker.
- Fastlegen/ sykeheimslegen har det direkte ansvar for utredning og behandling av enkelt pasienter.

### 3.2 Demenskoordinator

Kommunenes tilbud til personer med demens og deres pårørende er sammensatt og diffrensiert. For å sikre kjedetenkningen foreslås det opprettet ny 0,4 stilling som demenskoordinator i hver kommune. En av hovedoppgavene skal være å sikre at de tiltak som kommunens demensplan omfatter implementeres og vedlikeholdes. Stillingen bør være knyttet til pleie- rehabilitering og omsorg og skal ha følgende hovedoppgaver:

- Lede demensteamet.
- Ansvar for å sikre at tiltakene i demensplanen implementeres og vedlikeholdes.
- Igangsetting og koordinering av pårørendeskole.
- Koordinering av frivillig innsats.
- Demensteamoppgaver (spesielt utredning av demens).
- Faglig veileder- rådgiver for bruker, pårørende og pleiepersonell ved behov (inneha oversikt over alle tilbudene innen organiseringen av demensomsorgen).

- Holde seg faglig oppdatert på fagområdet demens.
- Tilrettelegging i heimen tilsammen med sykepleietjenesten.

Demensteamets arbeid er ikke mulig å opprettholde på sikt med de økte oppgavene som følger av økende antall personer med demens de kommende årene og de krav de nasjonale føringene pålegger kommunene i demensomsorgen, uten at teamet får tilført en fast 0,4 stilling som demenskoordinator. Demenskoordinatorstillingen vil være en kombinert brukerrettet stilling og faglig rådgiverstilling overfor den øvrige omsorgstjenesten.

Erfaringene hittil har vart at demensomsorgen ikke har vart satt i system. På grunn av turnover på ledernivå og i pleiesektoren er det et kontinuerlig behov for oppfølging, informasjon og undervisning både i forhold til fag og i forhold til organisasjon.

## 4. Aktiv omsorg

Inaktivitet og passivitet er ofte et fremtredende trekk ved demenssykdommene. Dette er både et resultat av selve hjernesykdommen og en tilpassing til manglende mestring. Et sentralt behandlingsprinsipp ved demens er å legge forholdene til rette og så å bevare funksjoner så lenge som mulig fordi det gir mening i seg selv og for det forebygger psykiske symptomer og adferdssymptomer. I stor grad vil dette handle om hjelp og støtte til å delta i vanlige daglige aktiviteter både for de som bor hjemme og for de som bor i institusjon. For hjemmeboende vil tilbud om plass ved dagsenter være et eksempel på organisert aktivitetstilbud. Dette er et avgjørende arbeid som er viktig og resurskrevende.

### 4.1 Dagaktivitet

Kommunen har plikt til å bidra til at mennesker som bor i et sykeheim får mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre. Dette forutsetter at en bygger på enkeltmenneskets historie og har kunnskap om hva som gir mening og livskvalitet til den enkelte. Et sentralt element i en slik tilnærming er at personalet innhenter en personhistorie om alle pasienter som flytter inn på tilrettelagt demensavdeling. En plikter videre å bruke aktiviteter som mat og enæring, reminisnesmetoden (=vekke minner via gjenkjenning av ulike erindringsgjenstander), fysisk aktivitet og andre miljøterapeutiske metoder for å skape aktivitet for den enkelte beboer/ dagpasient ved avdelingen. For å ivareta dette arbeidet må det tilsettes en aktivtør i 0,4 stilling. Frivillige og aktivitetsgrupper er en resurs for å skape aktivitet i sykeheim. Pårørende som resurs er viktig og er invitert til å delta og skape aktiviteter med sine egne og andre beboere på sykeheimen. Det må være et systematisk samarbeide med frivillige for å skape aktivitet.

#### 4.1.2 Aktivtør

Aktivtør er en fagutdanning hvor målet er at opprettholde eller forbedre brukerens funksjonsnivå. Dette både psykisk, fysisk og intellektuelt.

### 4.2 Dagsenter

Kommunene Hattfjelldal og Grane må ha dagsenterdrift 5 dager pr. uke. Dagtilbudet er fysisk og miljømessig tilrettelagt for demente. Hovedvekten av tilbudet skal være lagt på aktivisering og stimulering i et terapeutisk miljø tilpasset hver enkelt brukers behov. Hverdaglige gjøremål står sentralt og medfører ofte at funksjonsnivået til bruker opprettholdes over tid. Kvalifisert personale kan gjennom dette tilbudet vurdere utviklingen

av sykdommen slik at rett tiltak kan settes inn til rett tid etter hvert som sykdommen skrider frem. Tilbudet skal bidra til at flere brukere kan bo hjemme lenger, og i mange tilfeller er dette en god avlastning for pårørende.

På sikt er det ønskelig til å utvikle dette tilbudet til også være et kveldstilbud. I en startfase vil det være hensiktsmessig med 1 kveld pr. Uke fra kl 15-20. Dette er nødvendig fordi man ser at noen brukere har et større behov for slikt tilbud på kveldstid enn på dagtid. Kommunene er ansvarlig for transport av pasienter/ brukere som har fått innvilget et slikt tilbud.

Det er viktig med et godt dagtilbud for å opprettholde funksjonene og bedre livskvaliteten til de demente og for å utsette behov til institusjonsplass. Boliger/ bofelleskap i mindre enheter er en mangelvare i begge kommunene.

### **4.3 Sanseshage**

Sanseshage er et begrep som har eksistert siden oldtiden i Persia, Egypt og i Østen. For personer med demens kan muligheten til å gå ut dempe uro, minske stress, virke beroligende og øke konsentrasjonen.

I hagen kan beboerne våre være med å spa, plante, luke og beskjære, kjenne igjen planter som har gått i glemmeboken, kanskje på sikt, dyrke grønnsaker eller rett og slett glede seg over vakre farger, deilig lukt og smak. I vår hage skal alle kunne oppleve mykt gras, hard stein, bløte blader, skarpe torner, søte og sure bær, god blomsterduft, vindens sus, fargerikdom og skyggespill, fugler og sommerfugler, sol som varmer, stillhet og trygghet.

Gjennom sanseopplevelser kan livskvaliteten bedres. En hage kan stimulere til alle sansene; syn, lukt, smak, hørsel og taktil følelse. Dette er en hage som alle er velkommen til å bruke. Det skal finnes sittegrupper og god plass til å rusle rundt. Et sted hvor det er plass til alle. Dette er en hage i stadig utvikling slik at den skal bli enda bedre og beboerne våre vil få flere opplevelser og gleder.

## **5. Utfordrende adferd ved demens**

Atferds- og psykologiske symptomer ved demens (APSD) sees hos opptil 80 % av personer med demens i forløpet av sykdommen. Utfordrende adferd spesielt i form av aggresjon, vandring, roping og agitasjon er det som utgjør de største belastningene med demenssykdommene både hos bruker, pårørende og pleiepersonalet. Det er ofte bakgrunnen for akutte innleggelser på sykehjem, og kan være svært ressurskrevende. Det er derfor viktig å ha utviklet systemer lokalt som kan møte disse utfordringene på en faglig god måte for alle parter. Forskning og erfaring viser at det er miljørettete tiltak som virker best ved utfordrandes adferd og dette er meget ressurskrevende.

### **5.1 Dementsteamet som kompetanseteam**

En av hovedoppgavene til dementsteamet er rådgivning og veiledning ved adferd og psykologiske symptomer ved demens som oppleves som utfordrende både i og utenfor institusjon. Det vil dreie seg om generell undervisning og direkte brukerrettet veiledning i vanskelige saker.

### **5.2 Samarbeid – grenseoppgang til spesialisthelsetjenesten**

I demensplan 2015 og i de nasjonale føringene for diagnostikk og utredning fra Nasjonalt kompetansesenter for demens legges hovedoppgavene for demensutredning til kommunehelsetjenesten. ”Når utredningen er for komplisert, eller når den kommunale helsetjenesten ikke har nødvendig kompetanse eller resurser, skal bruker henvises til spesialisthelsetjenesten”. Dette vil særskilt gjelde yngre personer med mental svikt, psykisk utviklingshemmende med begynnende demenssymptomer og hos yngre personer med utpreget utfordrende adferd der årsaken til den kognitive svikten er uklar. Hyppigheten av adferdsutfordringer i våre kommuner, høy alder og med mange tilleggssykdommer hos brukerne og lang avstand til spesialisthelsetjenesten tilsier at det er viktig med god kompetanse lokalt. Det gir som tidligere nevnt trygghet og forutsigbarhet i forhold til felles bruk av utredningsverktøy og mulighet til å finne gode løsninger basert på kjennskap til lokale forhold.

Forsterkede demensenhet er beskrevet i avsnitt 6.1. Enheten skal ikke være en utredningsenhet ved uklar mental svikt. Det er ikke lov hjemmel for tvangsinnleggelse grunnet psykiske lidelser på sykeheim, dette må gjøres i spesialisthelsetjenesten. Det er dog mulig med innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon med tvang etter kap. 4A i Pasientrettighetsloven når det er fare for vesentlig (somatisk) helseskade.

Det vil være aktuelt med samarbeide med spesialisthelsetjenesten også om undervisning og veiledning der det lokale demensteamet ikke har kompetanse eller resurser til dette. Henvendelser om slik undervisning og veiledning skal allikevel i hovedsak i første omgang rettes til demensteamet lokalt for å sikre at lokal kompetanse benyttes, vedlikeholdes og videreutvikles. Det sikrer også enhetlige prosedyrer ved utredning og tiltak.

## 6 Hjelpetiltak

Det er ønskelig at personer med demens kan bo lengst mulig hjemme innen forsvarligheten og etter eget ønske. Det er viktig at kommunen tilbyr tilrettelagte tjenester. Pasienter og pårørende må få de tiltak som er nødvendige og som er med på å gjøre hverdagen enklere å håndtere.

Aktuelle hjelpetiltak etter utredning kan være: praktisk bistand, hjemmesykepleie, dagsenter tilrettelagt for personer med demens, dag- eller nattplass på sykeheim, dagtilbud i eget hjem, transporttiltak, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent, samtalegruppe, pårørende skole, hjelpeverge, individuell plan, kognitive hjelpemidler, korttidsplass på institusjon, omsorgsbolig, bokollektiv, skjermet enhet på sykeheim.

Per idag bor det personer med demens på våre sykeheim som kunne bodd heime eller i et tilrettelagt bokollektiv med tidlig intervensjon og de riktige tiltak.

### 6.1 Transport

Personer med demens har en utfordring når det gjelder transport. Det fylder ikke helsekraven for å inneha førerkort. Det finnes lite offentlig kommunikasjon i våre kommuner og i tillegg trengs det følge. Transport til aktiviteter i kommunens regi er et kommunalt ansvar.

## **6.2 Bokollektiv for personer med demens**

Når personer med demens ikke lenger kan bo heime er et tilrettelagt bokollektiv et godt alternativ. Per idag savnes dette mellomledd mellom heimen og institusjons-plass i begge kommunene. Et bokollektiv er eget rom med direkte kontakt til fellesstua med døgnbemanning og fast personell. Personer med demens i et bokollektiv har ikke utfordrendes adferd men har behov for døgkontinuerlig tilsyn samt tryggheten som dette innebærer.

## **7. Institusjon for beboere med demens**

Grane og Hattfjelldal kommune har et sykeheim hver. Hattfjelldal har per idag 18 plasser fordelt på to avdelingen i to ulike etasjer og det finnes ikke noen skjerming, personell rullerer i hele PRO. Grane har 19 plasser, varav avdelingen i andre etasje er stille avdeling med samme personell. En del av avalnings- og kortidsplassene i kommunen benyttes av personer med demens. Erfaringsmessig medfører disse plassene både avlastning for pårørende og en mulighet for grundig utredning av sykdom og omsorgsbehov. For mange betyr dette at man kan utsette behovet for permanent institusjonsopphold.

Per idag er det mange demente og en del eldre uten demens som bor på våre sykeheim fordi det savnes differensierte tjenestetilbud og botilbud i kommunene.

Dagens institusjonsplasser er lokalisert i ulike etasjer og dette vanskliggjør rasjonelt bruk av personell.

Demensplan 2015 anbefaler en betydelig økning av særskilte tilrettelagte institusjonsplasser for personer med demens.

### **7.1 Forsterket demensenhet**

Forsterket enhet er en kombinert langtids og korttidsenhet for særskilt utfordrende adferd og psykiske symptomer ved demens. Denne enheten må være ekstra skjermet fra resten av virksomheten i sykeheim. Disse pasientene med utfordrendes adferd treng skjerming fra annen aktivitet, små enheter, stabil personale med nødvendig kompetanse. Det må tilrettelegges for sosialt fellesskap og direkte tilgang til tilpassede utearealer (sansehage). Når demenssykdommen progredierer og behovet ikke lenger finnes for skjermet tilbud overflyttes pasienten til vanlig symeheimplass.

### **7.2 Økning av antall demensplasser og fysisk plassering**

Grane har nok institusjonsplasser for demente dersom det er optimalt tilrettelagt der pasienten bor. Fordelen for Grane er også at befolkningen bor sentralt mens Hattfjelldal har sin befolkning mere sprett.

Hattfjelldal har behov for flere tilrettelagte institusjonsplasser for personer med demens. Ut fra erfaring og statestikk anslås det behov for fire slike plasser. Fysisk finnes slik lokale i dagens bygningsmasse men den brukes til annet foremål. Dagens sykeheim i Hattfjelldal er ikke tilrettelagt for personer med demens.

## 8. Demens hos yngre personer, demens hos psykisk utviklingshemmede og demens hos personer med minoritetsbakgrunn

I våre kommuner har vi statistisk  $\leq 1$  person under 65 år med demens. Det er viktig med god innsats fra demensteam, hjemmetjenesten samt støtte og veiledning til pårørende så at de som får demens kan bo hjemme så lenge som de ønsker det og at det er forsvarlig. Det blir således svært få i gruppen yngre som vil trenge institusjonsplass.

Personer med psykisk utviklingshemming er en annen gruppe der forventet levealder medfører flere personer med demens. Diagnostikk, utredning og behandling i denne gruppen er komplisert og krever spesialkompetanse. Kommunen er her avhenging av et nært samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Det lokale bo- og behandlings-tilbudet bør skje innenfor det eksisterende tilbudet denne gruppen idag har i kommunen. Det vil kreve økt opplæring og veiledning av personalet både fra spesialisthelsetjenesten og fra det lokale demensteamet.

Forskning viser at utbredelsen av demenssykdommer er svært lik mellom land og kulturer. Personer med minoritetsbakgrunn er en økende gruppe på landsbasis og også i våre kommuner. Språkbarrierer, ulik kultur og holdninger medfører ekstra store utfordringer i forhold både til diagnostikk, behandling og omsorgsløsninger. Demensteamet må samarbeide med øvrige kommunale etater, gjøre kartlegging av antall personer i kommunen med minoritetsbakgrunn i forhold til alder og risiko for demenssykdom. Demensteamet får så på grunnlag av kartleggingen vurdere hvilke tiltak som kreves for å sikre at denne gruppen får et likværdig tilbud som resten av befolkningen.

## 9. Frivillig omsorg og involvering av pårørende

I følge demensplan 2015 er den frivillige omsorgen og i hovedsak den familiebaserte omsorgen nesten på størrelse med den kommunale omsorgstjenesten. Pårørende til personer med demens har som regel betydlige belastninger i omsorgssituasjonen over flere år både i den tiden brukeren bor hjemme og den tiden som han eller henne er beboer ved institusjon, Frivillig sektor deltar allerede i støtte og aktivitetsarbeide i kommunen. Det er et ønske om at kommunen legger til rette for å øke dette engasjement både i og utenfor institusjon, slik at man kan møte utfordringene som kommer med det økte antall eldre.

### 9.1 Pårørende i institusjon – systematisk involvering

Pårørende er en resurs også innen institusjon og de er gode konsulenter for det videre arbeidet.

### 9.2 Pårørende i hjemmebasert omsorg

Systematisk samhandling med pårørende utenfor institusjon er mer komplisert fordi gruppen er mer heterogen, og behovene derfor mer forskjellige. Det er imidlertid i denne samhandlingen grunnlaget legges for å øke muligheten for at personer med demens kan bo heime i egen bolig så lenge som det er ønskelig og mulig. Det er viktig at pårørende har få og faglig kompetente omsorgspersoner å forholde seg til.

### **Forslag om 3 konkrete tiltak for å imøtekomme dette:**

- **Demenskoordinator, ny stilling:** kan gi veiledning og råd direkte til bruker og pårørende i kompliserte saker. Denne har oversikt over alle tilbudene innen og organiseringen av demensomsorgen og kan veilede bruker, pårørende og pleiepersonell ved behov.
- **Demensteam:** er nærmest beskrevet i punkt 3.1: sikrer bedre faglig nivå på pleiepersonell og reduserer antall ulike pleiere inne hos en og samme bruker. Dette innebærer en viss omorganisering og opplæring/ veiledning, men ingen nye stillinger.
- **Pårørendeskole:** er nærmest omtalt i avsnitt 8.3: innebærer tilbud om opplæring, informasjon og veiledning om demens for pårørende.

### **9.3 Pårørendeskole – samtalegrupper**

I Demenesplan 2015 er et av målene at pårørendeskoler og samtalegrupper skal være tilgjengelig i hele landet. Pårørendeskoler er gruppebasert undervisning av pårørende i grupper på 8-10 personer med ca. 5-6 undervisningsseanser. Hver gruppe må ha en gruppeleder (lønnet), mens ulike ”forelesere” som regel har påtatt seg oppgaven uten kostnader. Som regel arrangeres disse som et samhandlings-prosjekt mellom kommunen og demensforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelse). Nasjonalforeningen gir også økonomisk støtte ved oppstart av slike skoler. Samtalegrupper er i hovedsak drevet av pårørende selv som en oppfølger av pårørendeskoler.

Det foreslås oppstart av pårørende skoler i kommunen i samarbeide med den lokale demensforening i løpet av 2012. Demenskoordinator har hovedansvaret for igangsetting og planlegging av skolen. Tilbudet gis både pårørende til hjemme-boende og ved institusjon, med prioritet til pårørende til hjemmeboende. Opplegget bør følge Nasjonalt Kompetansesenter sitt program for pårørendeskoler. Avhengig av evaluering og etterspørsel fortsetter en med samme opplegg hver høst. Påfølgende samtalegrupper organiseres av demensforeningen med evnetuell bistand fra demenskoordinator.

Vi ser det som en fordel dersom demenskoordinator fra begge kommunene samarbeider om felles pårørendekurs.

### **9.4 Frivillige organisasjoner**

Frivillighetssentralen og deres frivillige og Termik/ Sanitetsforeningen bidrar allerede idag i den uforemelle omsorgen. Behovet for et økt frivillig engasjement vil forsterkes i årene som kommer som tidligere påpekt. Det er behov for koordinering og organisering av den frivillige innsatsen. Dette er en oppgave for demenskoordinator. Per idag er finnes det ikke noen lokal demensforening, men demensforeningen i Vefsn er intressert i å hjelpe oss med oppstart av en felles demensforening for kommunene Hattfjelldal og Grane.

## **10.Kompetanseheving og rekruttering**

### **10.1 Kompetanseheving**

En av de viktigaste forutsetningene for å få til en god demensomsorg på alle nivå er at de som arbeider med personer med demens har god kompetanse innen fagområdet. Slik kompetanse må vedlikeholdes og videreutvikles. I kommunens kompetanseplan er

demensfeltet pekt ut som en av de viktigste hovedsatsnings-områdene i årene fremover. Hovedansvaret for undervisning og kompetanseutvikling lokalt legges til demensteamet både for å sikre en enhetlig praksis i kommunen på demensfeltet, og får å vedlikeholde teamets kompetanse. Når teamet ikke har ressurser eller kompetanse ved forespørsler om veiledning og undervisning, kan ekstern kompetanse innhentes. I tråd med dette foreslås det opprettelse av et fast system for kompetanseheving og opplæring:

- **Et grunnkurs i demens** ( obligatorisk for pleiepersonellet): **6 timer**. Ansvarlig demensteamet/ RKK.
- **Årlig oppfølgingskurs/ veiledning for institusjonstjenesten og hjemmetjenesten** (obligatorisk): **minimum 3 timer**. Ansvarlig: demensteamet.
- **Årlig fagdag** for institusjons- og hjemmetjenestene (felles eller separat). Ansvarlig: demensteamet.
- **Demensomsorgens ABC** – gruppebasert –videreføres i samarbeide med Kløveråsens kompetansesenter. Ansvarlig: RKK/ Demensteamet.
- **Kløveråsens seminar**: hvert år for demensteam
- **Årlig seminar** for demensteamleder/ koordinator på Kløveråsen. .
- **Nettverksmøte indre Helgeland**: Møte 2 ggr/ år for demensteamet.
- **Kurs for fast- og sykeheimsleger**: – utredning, diagnose og behandling.

#### **Grunnkurset:**

Grunnkurset i demens skal omfatte grunnleggende kunnskaper om demenssykdommene, behandlingen av disse, kommunikasjon, utfordrende adferd og kommunens organisering av omsorgen. Det skal arrangeres av demenskoordinator i samarbeid med demensteamet. Kurset skal være obligatorisk for pleiepersonellet i omsorgsavdelingen med unntak av de som nyligen har gjennomført tilsvarende kurs eller opplæring eller har videreutdanning i demens. Kurset gjennomføres årlig, og avdelingsledene har ansvaret for påmeding av sine aktuelle ansatte.

#### **Oppfølgingskurs/ veiledning:**

Det årlige oppfølgingskurs/ veiledning på minimum 3 timer for pleie- og omsorgstjenesten tilpasses det behov avdelingene har, og demensteamets behov for å gi ny informasjon og oppdatert kunnskap. Avdelingsleder har ansvar for å kontakte demensteamet for avtale om innhold og kursarrangement.

#### **Årlig fagdag:**

Fagdagen skal være en årlig kursdag for alle i institusjons- og hjemmetjenesten der demens skal være et av hovedtemaene, men der en står friere i valg av innhold og type arrangement. Fagdagen kan arrangeres som et felles arrangement eller separat for hver avdeling. Ansvarlig for arrangementet er avdelingslederne, evt. i samarbeid med demensteamet.



## Demensomsorgens ABC:

Denne gruppebaserte undervisningen gjennomføres i samarbeid med Kløveråsen, og vil erstatte grunnkurset for de som deltar på dette.

### 10.2 Rekruttering

Både Hattfjelldal og Grane kommuner sliter med rekruttering av all helsepersonell. Dette er også et nasjonalt problem. Tjenestene våre blir veldig avhengig av at det finnes faglig kompetanse men også personell nok. Vi må tilby konkurransedyktige vilkår med bl.a. hele stillinger og godt fagmiljø. Vi må faktisk legge bedre tilrette for våre ansatte for å kunne konkurrere med mer sentrale strøk. Eksempelvis er det mangel på tjenesteboliger i begge våre kommuner.

## 11. Økonomiske og administrative kostander

Demensplan for Hattfjelldal og Grane kommune er basert på den nasjonale Demensplan 2015. Den forventede økning av antall eldre i kommunen og dermed det økte antall personer med demens, krever nye tiltak og nye måter å løse utfordringene på. Det er lite sannsynlig at vi kan ”bygge oss ut av” denne utfordringen, selv om det også vil være behov for flere institusjonsplasser. En del av tiltakene som ny stilling som demenskoordinator, aktivitør, dagplasser, pårørendeskole vil medføre økte kostander. De andre tiltakene er i stor grad basert på omprioritering av innsats og ressurser innenfor eksisterende rammer. Planen legger opp til en sammenhengende tiltakskjede, og beregninger fra lignende tiltak andre steder viser at det i tillegg til å gi økt kvalitet på tjenestene også kan bidra til redusere kostander fordelt på det totale antall brukere. Hovedårsaken til dette er at flere kan bo heime lenger. I tillegg blir det færre akutte kriser fordi disse til en viss grad kan forebygges, og fordi man har et godt faglig og organisatorisk system.

### 11.1 Forslag til budjettøkning:

Demenskoordinator*	Høgskoleutdanning	Kr. 208.000
Aktivitør*	Fagutdanning, gjerne på deling mellom begge kommunene.	Kr.160 000 (40 % stilling)
Dagsenter 5 d/ uke	3 tim/dag	Bemannes av aktivitøren/ personal på bokollektiv/ sykeheim/ miljøtjenesten/ hjemmetjenesten.
Kurs	Innen arbeidstid, hotell, reise, kost	Kr.20.000
Transport	Drosje	Kr.100.000
Sansehage	Egeninnsats	Kr.Tilskudd
Bokollektiv investering	Investeringsbudsjett	Forprosjekt Kr 50.000
Bokollektiv drift	Heldøgnsbemanning	Kr.2.300.000

Brosjyrer, info material, kurs		Kr.10.000
SUM		Kr 2.848.000

\* Ikke tatt høyde for vikar ved ferie og sykdom

Kommentar til budsjettøkning:

Disse nødvendige tiltaken kan vi ikke løse innenfor eksisterende resurser eller budsjettammer. Det er en absolutt forutsetning at det er øremerkede økonomiske midler og personellresurser for demensomsorgen.

## 12. Årlig evaluering og revurdering av demensplan

Demenstemen har ansvar for får årlig evaluering og revurdering av demensplanen.

## 13. Høring

Forslag til demensplan for Hattfjelldal og Grane kommune sendes ut til høring innen kommunestyrebehandling.

### Høringsinstanser:

PRO

Helse

Frivilligsentralen

Termik/ Sanitetsforeningene

Lokal demensforening

LHL

Eldrerådet

Fylkeslegen Nordland

Kløveråsen