



Holtålen
kommune

DEMENSPLAN 2010-2015

FOR HOLTÅLEN KOMMUNE,

DELPLAN AV OMSORGSPLAN 2015



INNLEDNING	3
BAKGRUNN FOR DEMENSPLAN 2015	3
ORGANISERING AV ARBEIDET MED PLANEN	3
DEL I: BAKGRUNNSDOKUMENTER, DEFINISJONER OG SYKDOMMEN DEMENS	4
HVA ER KVALITET I DEMENSOMSORGEN?	4
LOVGIVNING OG RETTIGHETER	4
HVA ER DEMENS?	6
BEHANDLINGSMETODER	6
MILJØTERAPI	6
MEDIKAMENTELL BEHANDLING	7
DEMENS OG FOLKEHELSE	8
PERSONER MED DEMENS MED SÆRSKILTE BEHOV	9
ALDERSPSYKIATRI	9
ANDRE PERSONER MED SÆRSKILTE BEHOV	9
DEL II: DEMENSTRAPPEN I HOLTÅLEN KOMMUNE	10
TILBUD TIL HJEMMEBOENDE PERSONER MED DEMENS	11
AMBULERENDE DEMENSTEAM	11
HJEMMEBASERT OMSORG	11
MIDTSTUGGU	11
STØTTEKONTAKT	11
DAGSENTER	12
KORTTIDSOPPHOLD/AVLASTNING	12
TILRETTELAGT BOTILBUD FOR PERSONER MED DEMENS	13
DEL III: DEMENSOMSORGEN I HOLTÅLEN 2010-2015	14
MÅLFORMULERINGER	14
KONKRETISERING AV MÅL	14
DEL IV: TILTAK I DEMENSPLAN 2015	16
DEL V: OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	20

Innledning

Bakgrunn for Demensplan 2015

Demensplan 2015 "Den gode dagen" er en av delplanene innen Omsorgsplan 2015, som følger av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening". I tillegg til demensplanen består Omsorgsplan 2015 av blant annet; Kompetanseløftet 2015; 10 000 nye årsverk; Investeringsstøtte til sykehjem og omsorgsboliger; Omsorgsforskning og regionale FOU-sentra for omsorgsforskning; Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem; Den kulturelle spaserstokken.

Planen er utarbeidet på bakgrunn av Rapport IS-1486 "Glemsk, men ikke glemt" fra Sosial- og helsedirektoratet og "Demensplan 2015" fra Helse- og omsorgsdepartementet. Planen inneholder beskrivelser av utfordringer, behov og anbefalte satsningsområder: dagaktivitetstilbud, bedre tilpassede botilbud og økt kunnskap og kompetanse til pårørende og pleiepersonell.

Satsningsområdene for å styrke kvaliteten og kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene skissert i St mld 25 skal danne grunnlaget for arbeidet med Demensplan 2015. Det er et uttalt ønske fra myndighetene at mål og strategier blir fulgt opp av handlekraftige og konkrete tiltak. (IS-1486 "Glemsk, men ikke glemt!" s. 16 kap 2.2).

Organisering av arbeidet med planen

En arbeidsgruppe bestående av kommunalleder, kommuneoverlege, representanter fra demensteamet, eldrerådet, Fagforbundet og Norsk sykepleierforbund samarbeidet om utarbeidelse av Demensplan for Holtålen 2010 – 2015. Arbeidet ble startet høsten 2010 og avsluttet våren 2011.

I arbeidet har en forsøkt å ha et fokus på å styrke kvaliteten på de tjenester som ytes. Det har gjennom arbeidet blitt trukket inn ressurspersoner for å skaffe oversikt over hva som gis av tjenester i dag, hvordan tjenestene ytes, hvordan de er organisert og hvordan de blir ledet. Arbeidsgruppen vil rette en takk til alle som har bidratt.

Del I inneholder bakgrunnsdokumenter og definisjoner samt noe fagstoff for interesserte om demenssykdom, behandling og utredning.

Del II gjennomgår tjenestetilbudet i Holtålen (kalt Demenstrappen).

Del III inneholder foreslåtte satsingsområder i perioden frem mot 2015.

Del IV beskriver de konkrete forslagene til tiltak for å nå målsetningene i del III med kvalitetsmål og evalueringskriterier.

Del V er et økonomisk overslag over hva tiltakene vil medføre av kostnader.

Planen er bygd på offentlige bakgrunnsdokumenter, andre kommuners arbeid med demensplan, gjennomgang av egen praksis og høring i egen organisasjon. Det bemerkes at det nylig er gjennomført omorganisering i helsesektoren i kommunen med etablering av koordinerende enhet, rehabiliterings- og demensteam.

Del I: Bakgrunnsdokumenter, definisjoner og sykdommen demens

Hva er kvalitet i demensomsorgen?

Kvalitetsmålene for demensomsorgen fokuserer på ivaretagelse av personer med demens sin selvbestemmelsesrett (autonomi) og dialog med pårørende som ledd i å få en så god og tilpasset tjeneste som overhodet mulig.

1. Samhandling og kommunikasjon med fokus på å forstå pasientens opplevelse og ivareta hans eller hennes integritet.
2. Demensutredning ved mistanke om kognitiv svikt og tilpasset informasjon til pasienter og deres pårørende gjennom utredningsprosessen.
3. Støtte til pårørende.
4. Ivareta pasientenes grunnleggende behov, f. eks behovet for meningsfull aktivitet
5. Sikre kontinuitet og kvalitet gjennom et godt utviklet system for pasientdokumentasjon og utarbeidelse av individuelle planer, helsehjelp på riktig nivå i omsorgskjeden og hensiktsmessig organisering av tjenesten.
6. Ha et kritisk blikk på bruk av tvang og rettighetsbegrensninger
7. Tilbud om kompetanseutvikling til personalet.

"Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjeneste 2005-2015 ...og *bedre skal det bli!*" (IS-1162) gir kvalitetsbegrepet følgende innhold: (det skal) bygge på samfunnets føringer, lovverkets krav og hva som ut fra en faglig vurdering gir best mulig tjenester til brukerne. For sosial- og helsetjenesten innebærer det at tjenester av god kvalitet:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Lovgivning og rettigheter

Pasienter med demens har rettigheter til helse- og omsorgstjenester i medhold av helse- og omsorgslovgivningen på lik linje med alle andre omsorgstrengende.

Pasientlovgivningen regulerer rettighetene til den enkelte, særlig viktig er rettighetsbestemmelsene i *pasientrettighetsloven*, *kommunehelsetjenesteloven*,

sosialtjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Disse lovene blir revidert i skrivende stund og samordnet før endelig vedtatt.

For øvrig gjelder de mer generelle helselovene også for helse- og omsorgstjenester, eksempelvis *helsepersonelloven og tilsynsloven*. Videre gjelder *forvaltningsloven* i en viss utstrekning for søknader og vedtak om helse og omsorgstjenester. Når det gjelder økonomiske forhold knyttet til helse- og omsorgstjenester finnes også viktige regler i *folketrygdloven*.

I henhold til lovene er det utgitt en rekke forskrifter, og følgende er særlig sentrale for personer med demens (jmf IS-1486):

- Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (kvalitetsforskriften)
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenestene (internkontrollforskriften)
- Forskrift om individuell plan etter helse- og sosiallovgivningen
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- Vederlagsforskriftene (for opphold i institusjon og for tjenester i hjemmet)
- FOR-2010-11-12-1426 Verdighetsgarantiforskriften. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) (2010-11-12)

Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder og kan ramme på ulike vis. Det viktigste kjennetegnet er nedsatt hukommelse og kan føre til svikt i ulike grader av tanke, kommunikasjons- og orienteringsevne. Innlærte ferdigheter og hverdagssysler blir vanskelig å mestre. Noen utvikler variasjoner av personlighetsforandringer med manglende innsikt og dårlig dømmekraft, hemningsløshet, aggressivitet eller mangel på empati. Andre symptomer som er vanlige er angst, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og tvangsmessig atferd.

Ca. 60 – 70 % av alle med demens har Alzheimers sykdom som forårsakes av gradvis tap av hjerneceller. 15 – 20 % har vaskulær demens forårsaket av hjerneslag. Andre er av typen frontallappdemens, Demens med Lewy-legemer, Parkinsons sykdom, demens etter langvarig alkoholmisbruk, ved Downs syndrom m.m. Demens er en progredierende sykdom, det vil si at den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp.

Adferdssymptomer ved demens forkortes APSD og kan oppleves strevsomt for pårørende og pleiepersonell. Det er ofte et symptom på at personen har en akutt sykdom, opplever nedsatt mestring på grunn av f. eks skifte av bosituasjon/pleiepersonell, manglende evne til å forstå konkrete situasjoner eller følelsemessige reaksjoner. De ulike typene demens kan møtes med ulike miljøtiltak for å forebygge at slik adferd skal oppstå. Korrekt diagnose vil derfor være en forutsetning for god kvalitet på omsorgen.

Behandlingsmetoder

Det er viktig med tidlig utredning ved mistanke om demenssykdom, slik at det tidlig kan utelukkes andre sykdommer eller tilstander som kan forveksles med demens. Å få bekreftet en diagnose er også viktig slik at planlegging og iverksetting av hensiktsmessig behandling og omsorg kan komme i gang tidlig. En person med demenssykdom samt dens pårørende kan da innrette sitt liv etter dette og medvirke i avgjørelser som påvirker behandling, tilrettelegging og fremtidige ønsker og mål. **En demenssykdom kan foreløpig ikke helbredes, men ved hjelp av *medikamentell behandling* i kombinasjon med *målrettet miljøterapi* kan vi bremse funksjonstapet.**

Miljøterapi

Miljøterapi omfatter både fysiske og psykososiale faktorer. Miljøterapi har som mål at den enkeltes funksjoner skal bevares lengst mulig. Målrettet miljøterapi er en terapeutisk utnyttelse av dagliglivets spontane episoder og planlagte program, og en bevisst utnyttelse av det sosiale systemet (Christel Wootton 2007). Her forstår vi at miljøterapi må styre de daglige tilbudene vi gir til personer med demens; alt fra morgenstell, spising, fysiske aktiviteter, samtaler og sosiale aktiviteter, og til at personer med demens så langt som mulig kan styre sin egen aktivitet og ha kontakt med sitt tidligere liv.

Travelhet og tidspress virker negativt fordi personer med demens fungerer langsommere enn friske. Er miljøet understimulerende eller stressende blir atferd og følelsesmessige reaksjoner negative. Boligens utforming har betydning og tjenestene må være individuelt tilrettelagt. Personalet og pårørende må ha kompetanse om demens. Det er viktig å kjenne miljøfaktorer som påvirker den enkelte og legge til rette for hver enkelts mestringsnivå. Ved et større fokus på miljøet oppnår personer med demens at ens funksjoner holdes ved like, mindre følelse av uro, aggresjon eller nedstemthet, økt trivsel og dermed livskvalitet. Hensikten med miljøterapi for personer med demens er at de skal få styrket selvfølelse og en følelse av mestring av hverdagen.

Miljøterapi kan innebære både å skjerme personer med demens fra omgivelsene og å sette i gang ekstra stimulering. En demenssykdom gir som nevnt svikt i hukommelse, oppmerksomhet, steds-, og tidsorientering. Forståelsen for rom og retning er også svekket.

Optimale rammebetingelser er derfor små bogrupper i et oversiktlig fysisk miljø med få beboere (4-8 personer) og et stabilt personale med nødvendig kompetanse. Tilgang til avdelinger med aktivitetsmuligheter og direkte tilgang til tilrettelagte utearealer optimaliserer denne brukergruppens funksjonsnivå. Det går også ut på realitetsorientering som fungerer for noen, men gir en forverring hos andre. Bruk av minner, gjenstander fra gamle dager eller lesing kan gi god stimulering av språk og en meningsfull samtale. Andre miljøterapeutiske tiltak kan være samtalegrupper/ støttegrupper, musikk- bilde og aromaterapi, samt atferdsmodifiserende behandling.

Det er stort behov for utvikling av gode modeller for miljøterapi i demensomsorgen. Det er ønskelig med et miljø som kan kompensere for svikt i oppmerksomhet, hukommelse, talespråk og endring i personlighet.

Medikamentell behandling

Det finnes ingen medikamenter som kan kurere sykdommen. Noen kan lindre symptomer, men vi må unngå at pasienten dopes ned, og bivirkningene er mange og alvorlige. En type medikament mot demens kan redusere celledøden noe, slik at progresjonen kan reduseres, f. eks. Ebixa. Dette brukes ved Alzheimers sykdom og vaskulær demens. En annen type medikament har en symptomatisk effekt ved å påvirke overføringen i nervecellene, som Aricept, Exelon og Reminyl. Disse medikamentene kan bedre oppmerksomheten, initiativ, hukommelse og funksjonen i dagliglivet. Ikke alle har effekt av disse og de virker bare i ½ til noen få år. Demenssykdom fører ofte til andre problemer som psykose, depresjon, angst og uro.

Teknologi i demensomsorgen

Det finnes ulike teknologisk hjelpemidler, som f.eks døralarm/matter og GPS sendere som en forventer at vil kunne bedre omsorgen for hjemmeboende personer med demens. Kommunen bør være en foregangskommune med bruk av kommunikasjonsverktøy (IT) som ledd i effektivisering og kvaliteten i omsorgen.

Demens og folkehelse

Risikoen for demens øker sterkt med økende alder. Folkehelseinstituttet (FHI) anslår at én av fire over 85 år rammes. Den demografiske utviklingen vil gi flere eldre, og vi må derfor forvente at flere vil trenge behandling for demens og velferd- og omsorgstjenester knyttet til demensomsorgen. FHI forventer at forekomsten vil øke fra rundt 70.000 i 2011 til det dobbelte i løpet av noen tiår.

I Holtålen skal det være 28 personer med demens i dag, og en forventer at det i løpet av 2030 skal øke til ca 60 personer som har diagnosen demens. (SSB: 70.000/bef i Norge x innbyggere i Holtålen). Tallene er et underestimat i og med at det er overvekt av eldre i Holtålen i forhold til landsgjennomsnittet. Tjenestene mener at det er ca 20 hjemmeboende personer med demens. Dette er 4-5 ganger flere enn de laveste estimatene. Dette gjør at anslaget for 2030 har en usikkerhet på mellom 60-150 personer med demens. Korrigert for estimert befolkningsnedgang i 2020 på 150 personer.

Forebygging av demens vil gi store samfunnsøkonomiske besparelser. Ved siden av arvelighet og aldring påvirker disponerer ulike faktorer i miljøet vi lever i for demens. Hva disse faktorene er, vet vi ikke nok om til å kunne foreslå forebyggende tiltak, men det ser ut for at høyt blodtrykk, inaktivt liv og kosthold er av betydning. Å tilrettelegge for at befolkningen skal god tilgang til friluftslivsområder uavhengig av funksjonsnivå, gang- og sykkelstier og at barn- og unge lærer seg å bruke natur og nærområder som ledd i å forebygge utviklingen av demens senere i livet. Forebygging av demens går derfor inn i kommunens generelle satsing på bedret folkehelse.

Personer med demens med særskilte behov

Alderspsykiatri

Alderspsykiatri er et eget fagfelt som har sitt utspring fra det psykiatriske fagmiljø. Fremover vil det være behov for å etablere samarbeidsrutiner med ambulante team som kan bistå i utredning og behandling av utvalgte diagnoser.

Aktuelle diagnosegrupper:

- Personer med demens med betydelige atferdsproblemer og/eller psykisk symptomatologi
- Personer med uavklart demensdiagnose
- Personer med alvorlig psykiatrisk lidelse med debut etter 65 år
- Personer over 65 år med en alvorlig psykiatrisk lidelse, tidligere syk, men ingen fast behandlingskontakt i voksenpsykiatrien
- Eldre psykiatriske langtidspasienter

Andre personer med særskilte behov

Det er flere personer med demens med særskilte behov som en av og til møter i små kommuner. Volumet av disse pasientene er lavt og en må søke interkommunalt samarbeid for å ivareta kvalitet på tjenestene. Mye av arbeidet må planlegges og gjennomføres omkring det enkelte tilfellet.

- Personer med utfordrende adferd
- Yngre personer med demens
- Mennesker med utviklingshemming og demens
- Personer som ikke har etnisk norsk bakgrunn
- Utvikling av demens som tilleggssymptom til annen sykdom

Del II: Demenstrappen i Holtålen kommune

Demenssykdommene utvikles over tid og tjenestetilbudet må tilrettelegges for den enkeltes funksjonsnivå og tjenestebehov. Vi vil vektlegge tiltak i tidlig fase i sykdomsforløpet, dette vil kunne utsette behovet for sykehjemsplass og gi et bedre liv hjemme sammen med pårørende. Demens er den vanligste årsak til innleggelse og langvarig opphold i sykehjem. **Det foreslås at det etableres en tiltakskjede gradert etter alvorlighetsgrad av sykdommen, en demenstrapp. Formålet er å kvalitetssikre og videreutvikle demensomsorgen.**

En pasientorientert organisering av demensomsorgen vil kunne se på følgende områder:

1. Hjemmeboende personer med demens

a. Dagtilbud

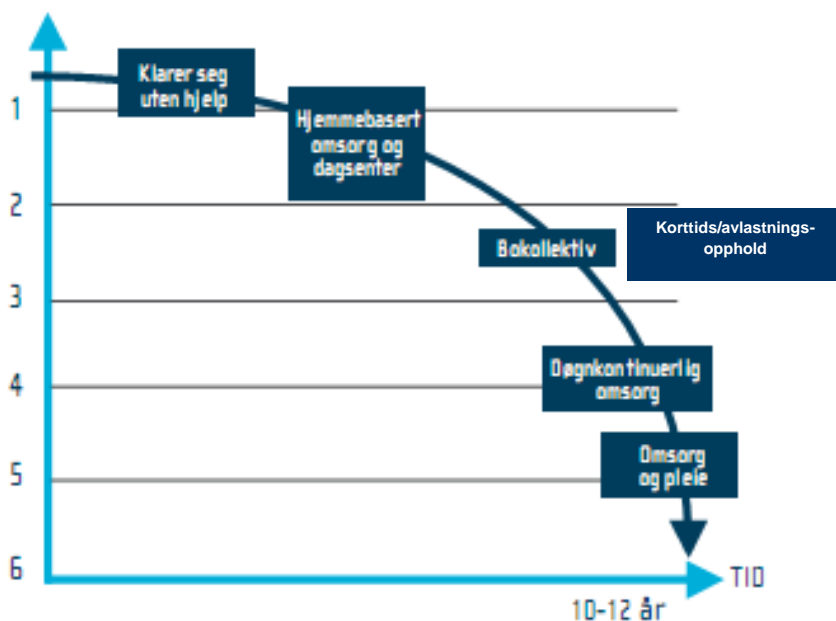
- i. Plass i tilrettelagt dagsenter
- ii. Dagplass (eller nattplass) i institusjon eller tilrettelagt boenhet
- iii. Dagtilbud i eget hjem, avlastning for familien i eget hjem for faste eller avtalte tider

2. Tilrettelagte boformer for personer med demens

a. Omsorgsboliger

b. Sykehjemsplasser

- i. Skjermet enhet (SE)
- ii. Tilrettelagt botilbud i bofelleskap
- iii. Forsterket skjermet enhet (FSE)



Figuren beskriver den såkalte Bergers-skala som deler utviklingen av en demens-sykdom i seks trappetrinn på bakgrunn av pasientens funksjonsevne. En demenssykdom utvikler seg gjennom flere faser; fra personen klarer seg selv, til pasienten må ha heldøgns-omsorg enten i omsorgsbolig eller sykehjem. (SHdir. 08/2007:25)

Tilbud til hjemmeboende personer med demens

Ambulerende demensteam

Demensteamet ble opprettet høsten 2010 og har som målsetninger å:

- Bedre kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten i kommunen,
- Kartlegge og utrede ved mistanke om kognitiv svikt,
- Sikre riktig tjenestenivå til brukerne,
- Være en instans hvor brukere og pårørende kan henvende seg og få hjelp,
- Være pådrivere for god demensomsorg og økt kompetanse i kommunen.
- Teamet bistår koordinerende enhet i funksjonskartlegging på forespørsel.

Hjemmebasert omsorg

Hjemmetjenesten har ukentlige møter med legetjenesten, og ved mistanke om demens (observasjoner gjort av hjemmetjenesten) skal det bli bestilt time til fastlege evnt tatt kontakt med demensteam. Både hjemmetjenesten, lege, pårørende og koordinerende enhet kan henvise til demensteamet, som kartlegger og iverksetter tiltak ut i fra brukerens omsorgsbehov. Alle brukere har primærkontakt. Primærkontakten observerer brukeren tett- og over tid.

Tiltak som kan iverksettes for at brukeren skal kunne bo hjemme lengst mulig (tilbud vi har pr. vår 2011):

- Øking av tilsyn/ oppfølging av hjemmetjenesten
- Søke plass på dagtilbudet, avlastning til pårørende og støttekontakt
- Middagsombringing
- Samarbeid med pårørende
- Hjemmehjelp (renhold, observasjon og sosial interaksjon)
- Tilrettelegging av hjemmet, f.eks trygghetsalarm, røykvarslere koblet opp mot trygghetsalarm, fallforebyggende tiltak, sikkerhetstiltak i hjemmet.

Midtstuggu

Formål: Målgruppen er alle voksne som opplever livet vanskelig i perioder og som trenger en plass å møte andre eldre. Tilbudet er et lavterskeltilbud ikke spesielt tilrettelagt for personer med demens. Det er åpent torsdager mellom kl. 10.00 og 14.00 i Midtstuggu. I åpningstiden stekes vafler, og det er en lang kaffestund med prating om ulike tema, sang, trim. Levende musikk en gang i måneden. Om sommeren er det en del turer.

Støttekontakt

Ordningen med støttekontakt er tilgjengelig for personer med demens og organiseres av hjemmetjenesten. Dette er en god avlastning for pårørende og vil også være et viktig tiltak for at personer med demens kan være hjemmeboende. Det er utfordrende å rekruttere støttekontakter. Utrygghet i forhold til oppdraget kan være en

medvirkende faktor, noe som kan bedres gjennom at støttekontakter inngår i fremtidig skolering på lik linje med pårørendeskoler.

Dagsenter

Dagsenteret har 2 formål i demensomsorgen;

- Bidra til å opprettholde mestring og funksjonsevne, skape trygghet og struktur i hverdagen slik at den som ønsker det kan bo hjemme så lenge som mulig – forebygge institusjonsinnleggelse
- Avlaste pårørende til mennesker med demenssykdom

Det ble startet et dagsentertilbud 28.09.10. Tilbudet gjelder per i dag 2 dager / uke for 6 deltakere. Dagsenteret ledes av kommunens ergoterapeut, med aktivitør og annet personale i tillegg (2 ansatte per gang).

På senteret inngår frokost og middag, og annen aktivitet som turer ut, gruppetrim inne, div. spill, høytlesing fra historiske bøker/hefter, sosialt samvær, bakst og annet. Dagsenteret kan også fungere som en arena for observasjon og utredning.

Det skal søkes om plass til koordinerende enhet, der det skal ha vært gjort en utredning i forkant og fastsatt diagnosen demens. Ut fra en faglig vurdering i koordinerende enhet vil det bli fattet vedtak om plass.

Korttidsopphold/avlastning

Definisjoner

Korttidsplasser: Disse er lokalisert til sykehjemmet, innvilges gjennom vedtaksansvarlig etter behov inntil 60 dager. Det etterstrebes at det skal være et slikt tilbud i kommunen til enhver tid. Plassene er tiltenkt medisinsk utredning, behandling og rehabilitering. Det er ønskelig at de som blir tildelt korttidsplass gjennomgår en funksjonskartlegging og evt demensutredning for riktig tildeling av kommunale tjenester.

Avlastningsplasser: Avlastningsplassene er per i dag organisert under omsorgstjenesten. Dette tilbys etter tilgjengelige ressurser enten ved omsorgsboligene eller sykehjemmet. Disse tildeles etter skjønn og er ment som en avlastning for pårørende som har særlig tyngende omsorgsoppgaver. Plassene betjenes av personell fra hjemmetjenesten/sykehjemmet. Personer med moderat og alvorlig demens ansees ikke å ha god nytte av slike avlastningsplasser grunnet særlige behov.

Tilrettelagt botilbud for personer med demens

Det tilrettelagte botilbudet for personer med demens er per i dag fysisk lokalisert ved sykehjemmet. Det eksisterer per i dag ingen tilrettelagt botilbud mellom det å bo hjemme og sykehjem. Mange av beboerne ved sykehjemmet har demens. I litteraturen anslåes det at 80% av beboerne ved sykehjemmet skal ha demens. Inntrykket er at dette stemmer overens med situasjonen i Holtålen.

I rapport "Glemsk, men ikke glemt!" (IS-1486 s.49) menes tilrettelagte boliger plasser i skjermet enhet i institusjon, eller leilighet i omsorgsbolig/bofellesskap som er bemannet. Det skilles mellom bofellesskap i omsorgsbolig og i sykehjem.

Sykehjemmet har vært i drift siden 1978 og er påbygd i 2002 med en avdeling spesielt for personer med demens. En har gjennom disse årene sett utfordringer mtp tilrettelegging. Utfordringene ligger mye på det fysiske miljøet. Det må på nåværende tidspunkt gjennomføres ombygging for å tilfredsstille dagens og fremtidens krav til tilrettelagte botilbud. Se for øvrig forslag til tiltak.

Del III: Demensomsorgen i Holtålen 2010-2015

Målformuleringer

” Tjenestene i kommunen skal oppfylle fastsatte nasjonale lover og forskrifter samt lokale måldefinisjoner gjennom:

1. at tjenestene skal gi den enkelte bruker opplevelsen av verdighet, meningsfullhet og individuell tilrettelegging.
2. kompetanseheving til organisasjon, pårørende og pasienter.
3. god samhandling mellom involverte tjenester i kommunen og mellom 1. og 2. linjetjenesten
4. å sikre tjenestene kompetanse og rammer for å ivareta varierte og tilpassede aktiviteter for personer med demens.
5. at tilbudet ivaretar personenes medisinske behov. ”

Konkretisering av mål

” Tjenestene skal gi den enkelte bruker opplevelsen av verdighet, meningsfullhet og individuell tilrettelegging”

Den enkelte brukers **selvbestemmelse** (autonomi) skal ivaretas gjennom systematisk arbeid med kompetansehevingstiltak omkring alternativer til bruk av tvang i institusjoner: aktivisering, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid.

Tjenestene skal **kartlegge** den enkeltes interesser og livshistorie som ledd i **tilrettelegging** av aktiviteter og hverdagen på en slik måte at den enkelte får opplevelse av mestring.

” ... kompetanseheving til organisasjon, pårørende og pasienter.”

Det er viktig at de som arbeider med personer med demens har et godt **repertoar av tiltak** for å kunne tilrettelegge på en tilfredsstillende måte. Dette forutsetter satsing på **etterutdanning** av pleiepersonell. Hverdagen til personer med demens vil bedres med økt kompetanse om demens til både pleiepersonell og pårørende. Dette letter arbeidet med å løse de hverdagslige gjøremål.

”...god samhandling mellom involverte tjenester i kommunen og mellom 1. og 2. linjetjenesten”

Det er viktig å fange opp begynnende demenstilstander slik at de som har behov for ytterligere utredning og behandling får dette. Noen demenstilstander er reversible og noen sykdommer arter seg som demens uten at dette er tilfellet. Kapasiteten ved geriatriske- og alderspsykiatriske poliklinikker (2. linjetjenesten) er begrenset og det er derfor viktig at det finnes et **kvalitetssystem** for å fange opp, utrede og behandle de som trenger behandling i kommunehelsetjenesten.

”... å sikre tjenestene kompetanse og rammer for å ivareta varierte og tilpassede aktiviteter for personer med demens.”

Det er viktig at **rammene** omkring pleie-/tilretteleggingssituasjonene er tilpasset slik at det på en ressurseffektiv måte kan foregå god demensomsorg.

”...at tilbudet ivaretar personenes medisinske behov. ”

Del IV: Tiltak i Demensplan 2015

Målsetting	Tiltak	Kommentar
1. Opplevelse av verdighet, mening og individuell tilrettelegging	<p>1.1 Etablering av bygningsmessig tilrettelagte botilbud</p> <p>1.2 Tilrettelegging av hverdagen</p> <p>1.3 Opplæring og oppfølging i Pasientrettighetsloven</p> <p>1.4 Utarbeidelse av informasjonsmateriell og rutiner ved nyoppdaget demens</p>	Syn, hørsel, støtte til tidsorientering, unngå solrefleks, akkustikk, fargevalg, møblering, etc.
2. Kompetanseheving til organisasjon, pårørende og pasienter	<p>2.1 Følgende programmer bør inkluderes i kommunens strategiske kompetanseplan</p> <ul style="list-style-type: none">○ Etisk kompetanseheving○ Demensomsorgens ABC○ Hospiteringsordninger○ Interkommunalt samarbeid og deltakelse	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Etterutdanning av personell bør inngå som en del av Kompetanseløftet 2015 	
<p>3. God samhandling mellom behandlingsnivå, pårørende og innad i kommunen</p>	<p>3.1 Det settes av fagspesifikke ressurser for demensteamet</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kartlegging av demens ○ Råd og veiledning til koordinerende enhet og i kommunens planarbeid <p>3.2 Utarbeidelse og implementering av behandlingslinjer for demens</p> <p>3.3 Økt fokus på bruk av ambulerende ressurser fra 2. linjetjenesten i sykehjem og hjemmetjenestene gjennom etablering av kvalitetssystem.</p> <p>3.4 Kommunen etablerer og driver en pårørendeskole i samarbeid med Røros og omegn demensforening</p> <p>3.5 Etablering av kurs for støttekontakter for personer med demens</p>	

<p>4. Sikre tjenestene kompetanse og rammer for å ivareta varierte og tilpassede aktiviteter</p>	<p>4.1 Fokus på miljøterapi/tiltak må videreføres i arbeidsgruppe som utreder fremtidens sykehjem og tjenester med heldøgns omsorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sanseshager ○ Musikkterapi ○ Erindringsgrupper osv. <p>4.2 Bygningsmessig tilrettelegging</p> <p>4.3 Dagsentertilbudet skal evalueres innen høsten 2011</p>	
<p>5. Tilbudet skal ivareta personenes medisinske behov</p>	<p>5.1 Tilstrekkelig med legeressurser avsatt til samhandling med hjemmetjenesten</p> <p>5.2 Tilstrekkelige ressurser til tilsyn ved sykehjemmet</p> <p>5.3 Rekruttering av personell med interesse for demens til deltakelse i videreutvikling av samhandlingsordninger, både interkommunale og mellom 1. og 2. linjetjenesten.</p> <p>5.4 Tilstrekkelig kompetanse blant</p>	<p>Disse punktene må inngå som ledd i tjenestenes kvalitetssystem og internkontrollrutiner</p>

	<p>vakthavende personell til observasjon og behandling av sykdommer ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten.</p> <p>5.5 God samhandling mellom hjemmetjenesten og sykehjem.</p>	
<p>6. Kommunen skal være en foregangskommune innen bruk av kommunikasjonsverktøy (IT) i omsorgstjenestene</p>	<p>6.1 Det bør etableres et IT Helsefond øremerket investeringer innen helse- og omsorgstjenestene.</p>	

Del V: Oppsummering og konklusjon

I arbeidet med Demensplan 2015, delplan til omsorgsplan 2015, har arbeidsgruppen hatt fokus på å styrke kvaliteten på de tjenester som ytes til personer med demens. Målsetningene og tiltakene i planen er i tråd med hva regjeringen ønsker skal være oppnådd innen 2015 (Demensplan 2015 "Den gode dagen") og kommuneplanens samfunnsdel for Holtålen kommune.

Kvalitet oppnås gjennom til enhver tid å ha oversikt over hvilke tjenester som ytes, klare målformuleringer og tiltak for å oppnå disse samt tydelige systemer for oppfølging av om målene blir nådd. Alle som arbeider med personer som har demens må bruke målformuleringene i denne planen og omsette disse til egen praksis. Arbeidsgruppen har kommet med forslag til tiltak som en mener oppfyller målsetningene i planene. Disse er presentert i DEL IV (se egen tabell).

Demensplanen må inngå som et bruksverktøy i videre planlegging av fremtidige heldøgns omsorgstjenester i kommunen. Det er viktig at en husker på at demens kan debutere i ung alder og være et tilleggssymptom hos personer med ulike andre utfordringer som f.eks psykisk utviklingshemming og psykiatrisk sykdom.