

KVITSØY KOMMUNE
4180 KVITSØY



DEMENSPLAN FOR KVITSØY KOMMUNE
2018 - 2024

Innholdsliste:

1.0 Innledning

- 1.1 Mål med demensplan
- 1.2 Arbeidsgruppe
- 1.3 Arbeid med planen

2.0 Demensforekomst

- 2.1 Demens i Norge
- 2.2 Demens på Kvitsøy

3.0 Om demens

- 3.1 Hva er demens?
 - 3.1.1 Demens typer
- 3.2 Et demensvennlig samfunn
- 3.3 Tidlig diagnose og oppfølging
- 3.4 Personsentrert omsorg

4.0 Ansvar, regelverk og føringer innen demensomsorgs

5.0 Prinsipper for behandling

- 5.1 Omsorgstrapp
- 5.2 Utredning og diagnose
 - 5.2.1 Kartleggingsverktøy
 - 5.2.2 Hukommelsekoordinator/team
- 5.3 Forebygging
- 5.4 Behandling

6.0 Kommunale helse og omsorgstjenester

- 6.1 Hjemmeboende brukere
- 6.2 Brukere på sykehjem
- 6.3 Dagtilbud
 - 6.3.1 Dagtilbud på kombisenteret
- 6.4 Korttidsplass/avlastning
 - 6.4.1 Vurdering av egen avdeling for personer med demens

7.0 Pårørendearbeid

8.0 Kompetanseheving og rekruttering

9.0 Videre utfordringer

1.0 Innledning

Våren 2012 ble det for første gang satt ned en arbeidsgruppe som skulle utarbeide en demensplan for Kvitsøy kommune. Den ble forankret i Helse og omsorgsdepartementet sin Demensplan 2015 «Den gode dagen». Denne demensplanen gjør også dette, samt Helse og omsorgsdepartementet Demensplan 2020 «et mer demensvennlig samfunn».

Planen tar utgangspunktet i de seks strategiske hovedgrepene i Demensplan 2020(2:37)

- *Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
- *Forebygging- det som er bra for hjerte er bra for hjernen
- *Diagnose i rett tid og tett oppfølging
- *Aktivitet, mestring og avlastning
- *Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassende tjenestetilbud
- *Forskning, kunnskap og kompetanse

1.1 Mål med demensplan

Den skal gjøre kommunen i stand til å styrke kvalitet, kompetanse og kapasitet i tjenestene til personer med demens og deres pårørende gjennom og ha fokus på helhetlig omsorgstilbud. Dette innebærer utredning, tilpassede botilbud og dagaktiviteter samt å sikre økt kunnskap og kompetanse.

Formålet med tiltakene i demensplanen er at den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen på tross av alvorlig sykdom og funksjonssvikt.

1.2 Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppen har bestått av helse og omsorgsleder, kommunelege, sykepleiefaglig ansvarlig, fagforbundet og ansatte på kombisenteret.

1.3 Arbeid med planen

Arbeidsgruppen har gjennomgått tilbudet for personer med demens og hatt fokus på å styrke kvaliteten på de tjenester som ytes, hvordan de er organisert og hvordan de er ledet. Planen er bygget på offentlig bakgrunnsdokumenter, andre kommuners arbeid med demensplan, gjennomgang av egen praksis og høring i organisasjonen.

Arbeidsgruppen anbefaler planperiode 2018-2024

2.0 Demensforekomst

Forutsetter man at forekomsten av demens holder seg på samme nivå som i dag, vil antallet nesten fordobles fram mot 2040.

Forekomst av demens øker med økende alder og de aller fleste med demenssykdom er 65 år eller eldre. To til tre prosent er under 65 år. Man regner at rundt 50 prosent av personer med demens i Norge bor i eget hjem

2.1 Demens i Norge

I Norge er det i dag mellom 80000 og 100000 personer med demens.

2.2 Demens på Kvitsøy

Forekomst av demens er stigende med økende alder. Forekomst av demens i aldersgruppen 60-64 år er 1.6 %, 12,9 % i aldersgruppen mellom 80-84, 21.7 % i aldersgruppe 85-89 år og hele 43 % i alder over 90.

Tabellen viser andel innbyggere etter aldersgruppe i perioden 2000 – 2000 i prosent.

Tallgrunnet er hentet fra:

<http://www.kommuneprofilen.no>

	ÅR	Innbyggere I alt	55-66	67-79	80 +
Kvitsøy	2000	523	16,4	13,4	3,4
Kvitsøy	2005	511	15,9	14,1	5,5
Kvitsøy	2010	527	11,8	15,2	6,1
Kvitsøy	2015	534	12,5	13,9	5,6
Kvitsøy	2018	542	13,8	13,5	6,6
Kvitsøy	2020	543	16,2	12,3	8,1
Kvitsøy	2025	535	17,6	13,8	8,4
Kvitsøy	2030	522	17,2	13,6	9,4
Kvitsøy	2035	507	14,6	16,4	8,9
Kvitsøy	2040	501	13,0	17,6	10,0

Regner vi ut andelen av personer over 80 år og eldre, er det 36 personer på Kvitsøy i 2018.

3.0 Om demens

« Jeg gråt da jeg fikk diagnosen. Jeg føler en sorg for alt jeg ikke får gjort»

Deltaker på dialogmøte
Demensomsorg 2020

3.1

Demens er en sykdom som rammer alle deler av befolkningen, og forekomsten av demens øker med alderen. Det er en fellesbetegnelse på en tilstand som er forårsaket av ulike organiske sykdommer. Demens kjennetegnes ved kognitiv svikt i form av hukommelsesproblemer, orienteringsproblemer, språkvansker, svikt i planleggingsevne, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter og endringer i sosial væremåte.

De fleste sykdommene som fører til demens utvikler seg over tid, og medfører at personer med demens fungerer stadig dårligere og får behov for stadig mer støtte og hjelp i dagliglivet. Mellom 80000 og 100000 (1) nordmenn leverer i dag med demens.

3.1.1. Typer demens

Alzheimers sykdom. Den vanligste demenssykdommen er Alzheimers sykdom, og omtrent 60 prosent av dem som lider av demens har denne typen. De første symptomene er vanligvis hukommesssvikt og problemer med å finne ord. Både yngre og eldre kan få Alzheimer, men det er mest vanlig hos eldre.

Vaskulær demens. Omkring 20 prosent av personer med demens rammes av vaskulær demens, som skyldes kar skader og blødninger i hjernen (hjerneslag, hjerneblødning eller såkalte drypp). Vaskulær demens kan starte plutselig, og forverring av tilstanden kan komme brått, ved eventuelle nye hjerneslag eller drypp. Man mister ofte evnen til å ta initiativ og kan virke passiv og treg. Mange personer med demens lider av Alzheimers sykdom og vaskulær demens samtidig.

Demens med Lewy-legeme. Denne er forårsaket av såkalte Lewy-legemer i hjernen. Diagnosen stilles på bakgrunn av de typiske symptomene: stivhet i armer og ben, treghet i bevegelsene, periodevise synshallusinasjoner, vrangforestillinger (mistenksomhet etc.) og hukommesssvikt. Symptomene kan ligne både på Alzheimers sykdom og på Parkinsons sykdom, og varierer ofte fra dag til dag, og i løpet av dagen. 15 prosent av de som har demens får denne diagnosen.

Frontaltemporal demens en sjelden demensform som rammer ca. 5 prosent av dem som får demenssykdom. Sykdommen fører til skader i pannelappen i hjernen, og rammer oftest personer mellom 50 og 70 år. Det skjer en følelsesmessig avflatning med sløvhet og manglende evne til innlevelse i andres situasjon og følelser. Personen oppfører seg egosentrisk, er opptatt av å tilfredsstille egne behov og kan virke hensynsløs. Tilbaketrekning, passivitet, likegyldighet med egen hygiene og problemer med talen er vanlig. Det er som regel ingen sykdomsinnsikt.

Erfaringer viser at hjelpeapparatet ikke kommer inn i bildet før sykdommen har kommet langt og/eller pårørende er slitne. Undersøkelser på landsbasis viser at bare halvparten av personer med sikre tegn på demens blir diagnostisert.

3.2 Et demensvennlig samfunn

Fokus i demensplan 2020 ligger i et mer demensvennlig samfunn. Det vil si et bedre samfunn for alle. Personer med hukommelsessvikt har behov og rett til å delta i fellesskapet. Enkelte får demens på et tidspunkt mens de fremdeles er i arbeid og har kanskje forsørgeransvar. Demens angår hele samfunnet og dermed trenger alle kunnskap om sykdommen. Målet med et demensvennlig samfunn må være å gi alle mulighet til å delta gjennom god utforming av det fysiske miljøet og gode holdninger til hvordan vi inkluderer personer med demens (2)

3.3 Tidlig diagnose og oppfølging

Mange som har demens mangler diagnose. Diagnose er viktig for å utelukke annen sykdom, og for å få best mulig tilrettelagt tjenestetilbud i kommunen. Det finnes pr.idag ingen kur, men det er allikevel viktig å få stilt diagnosen så tidlig som mulig. Dette for å gi bruker og pårørende god kunnskap om sykdommen, og tilby tjenester i tråd med sykdomsutviklingen. Det foregår stadig forskning angående demens, og en del har gått på støttende tiltak rettet mot nærmeste pårørende og personer med demens. Disse studiene konkluderer med at informasjons- og rådgivningstjenester til personer med demens og deres pårørende gir økt livskvalitet og redusert pårørendebelastning.

3.4 Personsentrert demensomsorg

Personer med demens er sårbare og kan ofte oppleve at de som er rundt møter dem på en annen måte enn før. De har ofte en økende opplevelse av å føle seg utenfor. Sykdommen gjør at de gradvis mister tilhørigheten til folk rundt seg og til samfunnet. Utviklingen av demens har gitt dem en følelse av å ikke være normale. (2)

For å ivareta behovene til personer med demens trenger vi kunnskap om hva som blir endret med sykdommen. Personsentrert omsorg legger vekt på kjennskap til personenes livshistorie, personlighet, helse, kulturelle bakgrunn og vaner. Denne omsorgsfilosofien skal ivareta verdigheten til personer med hukommelsessvikt og demens.

4.0 Ansvar, regelverk og føringer innen demensomsorg

Kommunen skal sørge for at innbyggere som trenger det får nødvendig helse- og omsorgstjenester. Det finnes mange lover og forskrifter som følger under dette, men henviser til resterende til Helse- og omsorgsplanen. Går her kun inn på nasjonale føringer for demensomsorgen.

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Planen følger opp stortingsmelding 29(2012-2013) »Morgendagens omsorg». Viktige innsatsområder er å jobbe sammen med bruker, pasient og pårørende.

Demensplan 2020 «Et mer demensvennlig samfunn» bygger på demensplan 2015 « den gode dagen». Planen ønsker å utvide perspektivet fra helse- og omsorgstjenestene til fokus på hele samfunnet. Et demensvennlig samfunn er et godt samfunn for alle. Demensplan 2020 vektlegger forebygging, diagnostisering til rett tid, oppfølging etter diagnose og tiltak som støtter og avlaster pårørende.

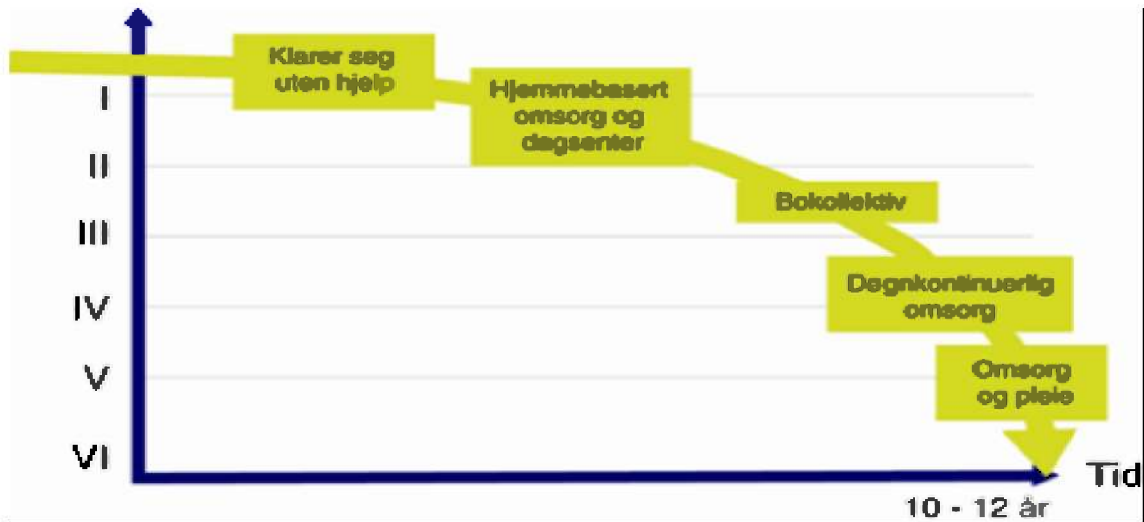
Pårørendeveileder 2017. Denne veilederen handler om involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten. Veilederen beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefaling om god praksis.

5.0 Prinsipper for behandling

I Kvitsøy praktiserer vi etter det såkalte LEON prinsippet. Ved å ha ulike nivåer av tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskel tilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). LEON- prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp. Denne forebyggende tankegangen er kostnadsbesparende for kommunen, og i tråd med nasjonale føringer. Målet er at personer skal opprettholde størst mulig grad av selvhjelpenhet og livskvalitet, og at reduksjon i funksjonsnivå skal kunne bedres ved at de rette hjelpetiltakene settes inn. Skal Kvitsøy kommune lykkes i å nå denne målsettingen, er det en forutsetning at alle nivåer i tjenestekjeden er tilstede og at hjelpeapparatet er tilpasningsdyktig. De fleste som får diagnosen demens vil være avhengig av tilrettelagt omsorgstjenester. Oftest er familien den viktigste medhjelper og har den største delen av omsorgen.

4.1 Omsorgstrapp

Demensomsorgen omfatter en omsorgstrapp av tjenester fra diagnostisering, tilrettelegging i hjemmet og daglig aktivisering, til omsorg for pårørende til avlastning i institusjon.



Berger skala: "omsorgstrapp", viser utvikling av tjenestene ved Alzheimers sykdom i en 10-12 års periode.

Denne inndelingen er praktisk, spesielt for dem som har ansvaret for å planlegge og tilrettelegge tjenestene. De tre første trinnene vil forenklet si at personen kan klare seg i eget hjem med tilbud fra de hjemmebaserte tjenestene, dagtilbud og avlastningstilbud. Trinn fire tilsier en tett oppfølging, og på trinn fem og seks må det gis mulighet for heldøgnsomsorg, enten i omsorgsbolig eller på sykehjem.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, har Helse Innlandet gjennom Demensplan 2015, hatt et prosjekt for å følge sykdomsforløpet, kartlegge ressursbruken og beregne kostnadene ved demens i Norge.

Demenssykdommen har en gjennomsnittlig varighet på 8,1 fra symptomene oppstår. Sykdomsforløpet kan deles inn i tre stadier (3):

1. Fra symptomdebut til diagnose er satt - gjennomsnitt varighet 3 år
2. Fra diagnosen er satt til innleggelse i institusjon – gjennomsnitt varighet 3 år
3. Opphold i institusjon- gjennomsnitt varighet i 2,2 år. Omtrent 85-90 prosent blir innlagt på langtids plass i sykehjem.

5.2 Utredning og diagnostisering

”en forutsetning for å kunne gi hensiktsmessig behandling og omsorg er at pasienten er tilstrekkelig utredet. En diagnose gir pasient, pårørende og hjelpeapparatet en realistisk mulighet for planlegging og iverksetting av nødvendige tiltak”

Stortingsmelding ”den gode dagen”

I forbindelse med Demensplan 2015 har utredning og diagnostisering av demens vært et satsingsområde. Demensplan 2020 har på bakgrunn hatt fokus på områder som der er særlig behov for ytterligere innsats. To av disse er forebygging og diagnostisering og oppfølging etter diagnose. En diagnose er det de fleste etterspør for å kunne innrette sine liv etter sykdomsforløp å medvirke i de avgjørelser som påvirker behandling og tilrettelegging av tjenester. For personer med demens vil en tidlig diagnostisering gi muligheter for å beslutte viktige avgjørelser mens vedkommende har samtykkekompetanse. Tidlig diagnose gir også mulighet til å informere pårørende om sykdomsutviklingen, gi økt forståelse og gjøre dem tryggere i sin rolle.

Mål: Gi tilstrekkelig utredning for å kunne gi hensiktsmessig behandling, omsorg og pleie.

Tiltak: Primærhelsetjenesten har ansvar for utredning og diagnostikk. Dersom utredningen blir for vanskelig, eller dersom kommunehelsetjenesten ikke har kompetanse eller ressurser, skal det henvises til spesialisthelsetjenesten

Tiltak: Oppfølging samtale med bruker og pårørende rett etter at bruker har fått diagnosen

5.2.1 kartleggingsverktøy

Anvende *nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse* sine prinsipper og utredningsverktøy for utredning og diagnostisering.

5.2.2 Hukommelsesteam

Hukommelsesteamet ble etablert i 2013, og består av sykepleier og helsefagarbeider. Disse jobber i nært samarbeid med kommunelegen.

Føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet sier teamets oppgave er å bistå ved spørsmål eller mistanke om demens og bidra praktisk i demensutredning, etter gjeldende retningslinjer, i samarbeid med fastlegen. Videre skal de sikre systematisk oppfølging etter at demensdiagnosen er stilt.

De nasjonale faglige retningslinjene for demens påpeker at kommunen skal tilby koordinator til personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester,

dette gjelder også for personer med demens. Personer med demens uten behov for hjelp fra flere instanser over tid, og deres pårørende, bør også få tilbud om en fast koordinator med kompetanse om demens.

Tiltak:

Bruker og pårørende får kontaktperson som de kan ta kontakt med når de har spørsmål eller at situasjonene endrer seg

Oppfølgende utredning hvert år.

5.3 Forebygging

Det er ingen klare svar på hvordan demens kan forebygges. Enkelte undersøkelser viser allikevel sammenheng mellom ulke risikofaktorer og utviklingen av demenssykdom. Det har allikevel vist seg at personer med lav utdanning, høyt blodtrykk, som røyker og har diabetes. Forebygging vil gjøre at en forskyver demensdebuten og forekomsten av demens reduseres betydelig. Her kommer folkehelsen inn.

Tiltak: Samtale om demens under hjemmebesøk ved fylte 80 år.

5.4 Behandling

” Ingenting er viktigere enn å føle seg sett og verdsatt. En god demensomsorg handler om å se og lære enkelt menneskers historie, slik at vi kan legge til rette for gode opplevelse og meningsfulle øyeblikk på tross av sykdom og funksjonssvikt ”

Revidert demensplan 2012-2015

Det finnes ingen effektiv forebyggende eller kurativ behandling for noen av demenssykdommene. Det betyr at personer som lider av degenerative demenssykdommer, blir mer og mer hjelpeløse etter hvert som sykdommen utvikler seg. Symptomatisk legemiddelbehandling kan tilbys i en tidlig fase, i tillegg til støttende miljøbehandling av pasienten og hjelp til de pårørende. Omsorg må tilbys når hjelpebehovet øker.

Miljøterapi

Miljøterapi omfatter både fysiske og psykososiale faktorer. Miljøterapi har som mål at den enkeltes funksjoner skal bevares lengst mulig. Travelhet og tidspress virker negativt fordi personer med demens fungerer langsommere enn friske. Er miljøet understimulerende eller

stressende blir atferd og følelsesmessige reaksjoner negative. Ofte nevnes miljøbehandling i forbindelse med personsentrert omsorg.

God miljøterapi og demensomsorg innebærer at den enkelte møtes der han eller hun er, og at individuelt tilpassede tjenester, basert på innsikt i den enkelte livsfortelling og sykdomshistorie, iverksettes. (4)

Medikamentell

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. Demensplanen 2020 er også opptatt av å bedre legemiddelhåndteringen.

Kvitsøy ble i 2016 med i pasientsikkerhetsprogrammet etter Stortingsmelding 28 (2014-2015) Dette er en systematisk legemiddelgjennomgang av alle beboerne på sykehjem hvert år. Det kan være en krevende oppgave med legemiddelhåndtering når eldre mennesker eller demente har andre symptomer som hallusinasjon eller vrangforestillinger.

Velferdsteknologi

Teknologi vil aldri kunne erstatte menneskelig omsorg og fysisk nærhet. Velferdsteknologi kan imidlertid gi mennesker nye muligheter for selvstendighet og trygghet. Det finnes ulike teknologiske hjelpemidler, som f.eks døralarm/matter og GPS sendere som vil kunne gi større trygghet og gi en bedre omsorg for hjemmeboende personer med demens.

Mål: tilstrebe riktig behandling til enhver tid

Tiltak: Årlig legemiddelgjennomgang, også for hjemmeboende demente

6.0 Kommunale helse og omsorgstjenester i Kvitsøy

6.1 Hjemmeboende pasienter

Det er ofte hjemmetjenesten som er de første som kommer i kontakt med personer med demens. God kommunikasjon mellom personen med demens og helsepersonellet krever tillit, og det er vanskelig for personer med demens å forholde seg til mange forskjellige tjenesteytere. Tillitsskapende arbeid er tidkrevende og krever kontinuitet. Det er viktig at hjelpeapparatet tilbyr kontakt tidlig.

Målet med arbeidet for personer med en demensdiagnose som bor hjemme er å tilrettelegge slik at alle kan bo hjemme lengst mulig ved hjelp av:

Hjemmesykepleie
Tilrettelegging av hjelpemidler (og bruk av digitale hjelpemidler).
Dagtilbud/aktivitetstilbud
Matombringing
Trygghetsalarm
Fysioterapi
Legetjeneste
Støttekontakt

For at personer med demens skal kunne leve et aktivt liv og klare seg lengst mulig selv, er også viktig at boforholdene blir kartlagt så tidlig som mulig og at tilretteleggingen av boligen og hverdagen blir planlagt sammen med bruker og pårørende.

6.2 Pasienter på sykehjem

Målet med arbeidet på sykehjemmet er å ha fokus på miljøbehandling. Ansatte skal legge til rette slik at den enkeltes ressurser og selvstendighet blir ivaretatt så langt det er mulig. Det er nødvendig å få innsikt i den enkeltes livshistorie og kartlegge funksjonsevne og mestringsmuligheter for at behandlingen skal få best mulig resultat. I tillegg kommer medikamentell behandling der det er hensiktsmessig.

6.3 Dagtilbud /aktivitetstilbud

Aktivitetstilbud bygges videre ut for å sikre at alle hjemmeboende med demens som ønsker det skal få et aktivitetstilbud.(2) Dette er en videreføring fra Demensplan 2015. Dagtilbud skal aktivisere, stimulere, gi gode opplevelse og meningsfulle hverdager. Dagtilbud kan avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefeller kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon. Godt dagaktivitets tilbud sammen med gode hjemmetjenester, bidrar i mange tilfeller til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

6.3.1 Dagtilbud på Kombisenteret

Det er i dag dagtilbud kombinert med hjemmetjenester for brukere med diagnosen demens. Hos oss er det pr i dag to ansatte som har i oppgave å tilrettelegge dagaktiviteter. Dette er baking, snekring, maling, sang, tur, trim og spill. Til sammen skaper dette et miljø og felleskap som brukerne har glede av.

Tiltak: Videre fokus på aktiviteter som beskrevet i tillegg til felles bespisning, turer og erindringsarbeid.

Søke eksterne midler til dagaktivitetstilbud

Bruk av frivillige eller støttekontakt kan være et alternativ til dagtilbud på kombisenteret. Kontaktpersonen kommer hjem til personer med demenssykdom, slik at pårørende kan gjøre arbeidsoppgaver i fred og ro, eller kunne benytte avlastningstiden til gjøremål utenom hjemmet. Det er viktig at den som kommer har kunnskaper om demens og blir kjent med

den syke slik at de sammen kan utføre meningsfulle oppgaver, samt at det er den samme kontaktpersonen som kommer.

6.4 Avlastning/ korttidsplass/rulleringsopphold

Brukt til observasjon, vurdering og kartlegging av brukers funksjonsnivå. På den måten kan en finne rett omsorgsnivå. Fleksibel plass etter behov for pårørende.

6.5 Vurdering av egen avdeling for personer med demens.

Kvitsøy sykehjem har i dag 7 langtidsplasser og 4 korttids/avlastningsplasser. Ett av disse er dobbelt rom. Alle har egne bad. Sykehjemmet er lyst og trivelig og er innredet hjemmekoselig og oversiktlig for å skape mest mulig trygghet. Hovedmåltidene serveres felles i ”frokoststuen”. Det er en felles stue hvor de fleste brukere ønsker å oppholde seg. Det er også innredet en erindringsstue hvor en kan lukke dørene inn til felles stue. Utenfor erindringsstuen er det en sansehage.

Det er ikke egen avdeling for personer med demens /skjermet enhet ved Kvitsøy sykehjem. Enkelte demenssykdommer gir urolig adferd og noen ganger utagerende adferd. Det kan til tider være utfordrende både for pasienter og ansatte. For personer med dette sykdomsbilde er det viktig med ro, lite stimuli og tett oppfølging av personalet. Ved en vanlig sykehjemsavdeling kan dette by på utfordringer da mye stimuli kan føre til mer uro. Det er da viktig at personen med demens får tett oppfølging av personalet.

Ombygging av sykehjemmet for å etablere egen avdeling for personer med demens ser ikke arbeidsgruppen som hensiktsmessig inntil videre.

Tiltak: opprettholde avdelingen slik den er i dag og samtidig å ha fokus på følgende tiltak:

- Utarbeide gode individuelle rutiner for pasienter som trenger skjerming.
- Leie inn ekstra personell om en pasient trenger tett oppfølging 1:1.

7.0 Pårørende arbeid

Å være familieomsorgsgiver for en person med demens kan være svært krevende, og øker risikoen for helseskader. Pårørende trenger kunnskap om demenssykdommen, aktuell behandling og tilgjengelige støttetiltak, og de må trekkes med i utredningen. Erfaring viser at pårørende og familien til personer med demens opplever høyere livskvalitet når de får kunnskap om og veiledning i å håndtere demenssykdommen.

Tiltak:

- Pårørende samtaler: Støtte og aktiv deltagelse til familie og pårørende.
- Informasjon/opplæring: egen brosjyre om demens. Lage mappe med informasjon som deles ut til pårørende og pasient ved utredningsstart.
- Informere om muligheten til verge.
- Pårørende skole.
- Avlastningsmuligheter i hjemmet.

8.0 Kompetanseheving og rekruttering

En forutsetning for at en skal få til god demensomsorg er at de som arbeider har kunnskaper innen fagområdet. Slik kompetanse må vedlikeholdes og videreutvikles. Det har vært en kontinuerlig prosess angående opparbeidelse av kunnskap innen demens de siste 10- 14 årene

75 prosent av alle ansatte har de siste 10 årene vært med i grupper ved sykehjemmet for å øke kunnskapen om demens. Dette har vært kurspermer gjennom aldring og helse. Dette har vært permer innen Tvang, helst ikke, Demensomsorgens ABC bind 1 og 2 og miljøarbeidspermen.

Tiltak:

- 1 sykepleier og to fagarbeidere med fordypning i demens.
- Opplæring i demens for nyansatte (ansvarlig demensteamet) x 1 pr år.
- Lindringens ABC
- Årlig seminar/kurs for ressurspersoner i demens.
- Deltagelse i nettverk.
- Søke eksterne kompetansemidler.

9.0 utfordringer fremover

Det er viktig å komme i kontakt med personer med demens tidlig i sykdomsforløpet, slik at man kan få tilbudt støtte, hjelp og veiledning i hjemmet. Det understrekes at tjenestetilbudet må være preget av kontinuitet for å gi et best mulig tilbud.

Tallet på personer med ulik demenssykdom vil øke i årene fremover. Mange av pasientene vil ha en utagerende/utfordrende adferd. I tillegg kan vi få yngre pasienter med demens som krever særskilt tilrettelegging. utfordringene vi vil møte krever faglig kompetanse innen området og det blir nødvendig å ha fokus på å beholde og rekruttere ansatte med fagkompetanse. Videre vil det være nødvendig å tilrettelegge for personer med demens sammen med friske eldre. Det skal være et godt tilrettelagt fysisk miljø. Det vil kreves en kartlegging av det fysiske miljø for å tilstrebe optimal utnyttelse av bygget i denne sammenheng.

Litteraturliste

- 1 FHI folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten
- 2 Demensplan 2020. «Et mer demensvennlig samfunn»
- 3 Vossius C, Selbaek G, Ydstebø AE, Benth JS, Godager G, Luraas H, Bergh S
Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) Sykehuset Innlandet
- 4 Rokstad, Anne marie Mørk(2014) « se hver jeg er»

St.melding nr.25 ”Mestring, muligheter og mening” – omsorgsplan 2015

Delplan til Omsorgsplan(2015) – ”Demensplan 2015” – ”Den gode dagen”

Helsedirektoratet – IS-1486 - ”Glemsk, men ikke glemt!”

Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien)(2010)

Bedre hverdag for personer med demens(2012): Rapport red: Anne Marie Rokstad

Nettsider:

<http://helsedirektoratet.no/demens>

<http://www.aldringoghelse.no/>

<http://www.regjeringen.no> (Kvalitetsforskrift i helse og omsorg)

<http://www.lovdatabasen.no>

Vedlegg: Demensutredning i Kvitsøy kommune