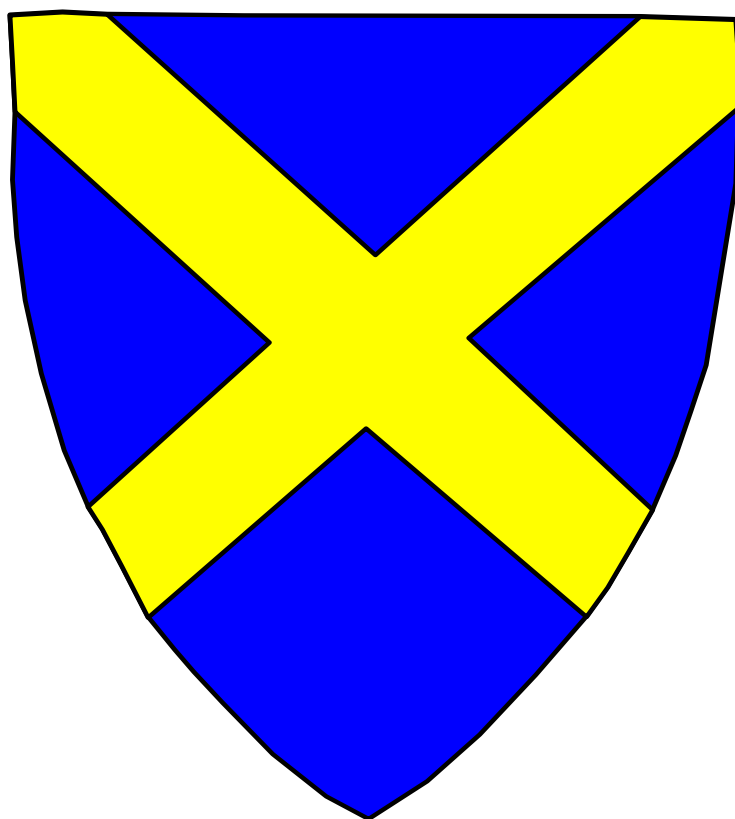


KRØDSHERAD KOMMUNE



DEMENSPLAN 2015

DELPLAN TIL OMSORGSPLAN 2015

Vedtatt formannskapet
Vedtatt kommunestyret

DEMENSPLAN 2015 ”DEN GODE DAGEN”

1.0. Forord.....	3
2.0. Målsetting og bakgrunn for utredningsarbeidet.....	3
2.1. Mål for en demensplan.....	3
2.2. Sentrale føringer for demensomsorgen.....	3
2.3. Arbeidsgruppen.....	4
3.0. Demens, sykdommen og forekomst.....	4
3.1. Sykdommen	4
3.2 ”Smått er godt”	6
3.3. Demografisk utvikling i Krødsherad kommune 2010 - 2030	7
4.0. Status tjenestetilbud til personer med demens i Krødsherad kommune	7
4.1. Dagtilbud.....	7
4.2. Avlastning og korttidsopphold.....	7
4.3. Egnede boliger for mennesker med demens med heldøgns tjenester	7
4.4 Tilbud til pårørende.....	8
4.5. Kompetanse.....	8
5.0. Tiltaksplan for demensomsorgen i Krødsherad 2013-2015.....	8
5.1. Dagtilbud for demente.....	8
5.2. Demensteam.....	9
5.3. Heldøgns tjenester.....	9
5.4. Korttidsopphold for demente.	10
5.5. Fagkompetanse	10
5.6. Omsorgstrappa	111
6.0. Helseforebyggende tiltak og samarbeid med pårørende	12
6.1. Tilbud om hjemmebesøk til alle personer 75 år eller eldre	12
6.2. Pårørendeskole.....	13
6.3. Pårørende forening til personer med demens.....	13
7.0 Skisse over driftsøkonomiske konsekvenser av anbefalte nye tiltak	14

1.0. Forord

I tråd med nasjonale føringer har sektor helse og omsorg i Krødsherad kommune utarbeidet egen demensplan. Denne planen gjelder for perioden 2013-2015. Demensplanen skal blant annet være et hjelpemiddel for prioriteringer av tiltak som er forsvarlige og fleksible innen demensomsorgen i vår kommune i årene fremover. Det vil bli foretatt en årlig rullering av tiltaksdelen i planen. Ansvarlig for at dette blir utført er sektorleder.

Planen er delt inn i 7 kapitler og beskriver blant annet områder som forekomst av demens og beskrivelse av sykdommen. Planen gir en statusbeskrivelse av demensomsorgen i Krødsherad kommune i dag. I tillegg beskrives organisering av demensomsorgen i sektoren samt nødvendig samhandling.

Demensplanen beskriver fire fokusområder for demensomsorgen i kommunen for perioden 2013-2015:

- Dagaktivitetstilbud
- Demensteam
- Bedre tilpassede boliger
- Økt kunnskap og kompetanse

2.0. Målsetting og bakgrunn for utredningsarbeidet

2.1. Mål for en demensplan

Målsettingen for demensplanen i Krødsherad kommune er at den skal:

- Gi informasjon om status og forventet utvikling av demens i kommunen.
- Være et hjelpemiddel for riktig prioritering i årene fremover både administrativt og politisk.
- Sikre at alle ansatte i sektor helse og omsorg får kunnskap om demensomsorg i kommunen gjennom eierskap til demensplanen.
- Bidra til å legge grunnlag for at pasient og pårørende får best mulig oppfølging.
- Synliggjøre hvilke tilbud Krødsherad kommune kan og må tilrettelegge for å ivareta behovet til personer med demens.
- Være en del av kvalitetssikrings systemet for oppfølging av demensomsorgen kommunalt, og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten arbeide videre med utvikling av tilbudet i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen.

2.2. Sentrale føringer for demensomsorgen

Demens er en nasjonal utfordring. Hovedformålet med strategisk tenkning innen demensomsorgen er å kunne møte utfordringene på en helhetlig måte slik at den enkelte kan oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen. Det må legges til rette for bedring av kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet. Dette handler i korte trekk om kunnskap, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling i og mellom alle ledd i demensomsorgen.

I løpet av de siste årene har det kommet flere sentrale føringer innenfor disse områdene:

- NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
- Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) ”Mestring, mulighet og mening. Framtidas omsorgsutfordringer”.
- Delplan til Omsorgsplan 2015 – Demensplan 2015- ”Den gode dagen”.
- Rapport 15-14-86 ”Glemsk, men ikke glemt” – Sosial og helsedirektoratet 2007.
- Rundskriv I-5/2007 ”Aktiv omsorg”.
- Stortingsmelding nr. 47 (2010) ”Samhandlingsreformen”
- Aktuelle nye lover: ”Lov om folkehelse”, ”Lov om helse og omsorgstjeneste”, ”Pasient- og brukerettighetsloven” fra 1.1.2012.
- Nye forskrifter til de nye lovene.

2.3. Arbeidsgruppen

Arbeidet med demensplan 2013-2015 startet høsten 2010. Formannskapet vedtok i møte 17.06.2010, saksnr. 70/10 at det settes ned en arbeidsgruppe med følgende personer som skal utrede hovedsatsningsområdene for Krødsherad kommune:

- Sektorleder leder arbeidet.
- Tillitsvalgt for Fagforbundet/eller den hun delegerer til.
- Kommuneoverlege / evt tilsynslege ved Kryllingheimen
- Fagansvarlig omsorg.
- Saksbehandler.
- En ansatt fra Furukroken.

Arbeidsgruppen får følgende mandat:

”Plangruppen skal fremme forslag til tiltak som gir grunnlag for en god demensomsorg frem mot 2015. Demensplanen skal løfte frem 3 hovedsatsningsområder:

- Dagaktivitetstilbud.
- Bedre tilpassede boliger.
- Økt kunnskap og kompetanse.

Plangruppen skal utrede personellbehov med økonomiske konsekvenser av de tiltak som foreslås. Herunder også ideer om hvordan vi kan bidra til utdanning av nødvendig personell.”

Eldrerådets leder har vært invitert til møter, men ikke deltatt. Rådet for eldre og funksjonshemmede får planen til høring.

3.0. Demens, sykdommen og forekomst

3.1. Sykdommen

”Demens er fellesbetegnelse på organiske sykdommer som er kjennetegnet ved kronisk og irreversibel intellektuell og mental svikt, samt svikt i følelsesmessige og viljemessige funksjoner” (Engedal og Haugen, 2001). Tidligere ble demens oppfattet som en psykiatrisk sykdom. Man har i de senere år påvist organiske forandringer i hjernen slik at sykdommen

nå fremstår som en nevrologisk sykdom, men med en rekke psykiske symptomer i tillegg til fysiske. Disse organiske skadene kan ramme ulike strukturer og ulike steder i hjernen.

Demenssykdom klassifiseres som 3 hovedtyper:

- Primær degenerativ demens, hvorav de mest omtalte er demens av Alzheimer type (heretter benevnt som DAT), frontallappdemens og Lewy-legeme demens. DAT utgjør 55-60 prosent av alle demenssykdommer.
- Vaskulær demens, er en betegnelse på demenstilstander som skyldes skader i hjernen forårsaket av blødninger eller tromboser/embolier (infarkter) i hjernens årenett. Vaskulær demens utgjør ca 25 % av demensformene.
- Sekundær demens, tilstander som er forårsaket av årsaker som f.eks. toksikasjoner, tumorer eller bakenforliggende sykdommer som for eksempel Parkinsons sykdom.

Det er flere faktorer som spiller inn for symptomer og sykdomsbildet ved demens og det er også ulike sykdommer som kan føre til demens. Personer som får sykdommen har ulike mestringsevner og personlighet. Stress og samtidig somatisk sykdom vil påvirke sykdomsbildet. Det finnes mange underdiagnoser av demens og disse utvikler seg på forskjellige måter i startfasen. Derfor vil det kliniske bildet ofte være ulikt fra person til person. De forskjellige symptomene er knyttet til hvilken del av hjernen som er rammet av skaden, slik det også er ved andre nevrologiske sykdommer, som for eksempel hjerneslag. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil de ulike sykdommene presentere seg mer og mer likt.

Gåten med Alzheimers sykdom er ikke løst. Alle land med høy andel eldre personer i sin befolkning har erkjent at for å løse eldreomsorgen på en tilfredsstillende måte, må demensproblematikken og tiltak for å løse denne oppgaven tas på alvor. I dag finnes det om lag 66 000 personer med demens i Norge. Forekomsten av demens er stigende med økende alder. Fra 2020 må vi regne med en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år. Forutsatt at forekomsten av demenssykdommer holder seg på dagens nivå, vil antall personer med demens være om lag 130 000 innen 2040.

Fordi sykdommen rammer mange, både de som får sykdommen og deres familier er det behov for økt kompetanse og informasjon som kan redusere belastninger og usikkerhet. Hvis det antas at hver enkelt person med demenssykdom har minst fire nære familiemedlemmer, er demens en tilstand som angår mer enn 250 000 mennesker i Norge. Kommunene har store utfordringer i å tilrettelegge og dimensjonere tjenestetilbudet.

Mennesker med demens har samme rettigheter som enhver annen person. De har individuelle behov og ulike interesser. Deres særlige problem er at de har mistet vesentlige mentale evner som styrer dagliglivet og fører til redusert evne til å ta omsorg for seg selv. Tilstanden medfører symptomer som hukommelsesvikt, sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter, sviktende språkfunksjon og endret sosial adferd. God demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling, interesser og sykdomshistorie. God omsorg for alle, innebærer også en god demensomsorg. Målet med tiltakene er at den enkelte skal oppleve trygghet og livskvalitet i hverdagen, til tross for alvorlig funksjonssvikt (Nasjonalt kompetansesenter aldring og helse).

Hukommelsesvikten og desorienteringen gjør at mennesker som utvikler demens trenger økende grad av tilsyn. En demenssykdom rammer ikke bare den syke, men også den

nærmeste familien, andre pårørende og i noen grad også venner og omgivelser. Å ha omsorg for en pasient som lider av demens er for de fleste en stor belastning både psykisk så vel som fysisk. Derfor er det viktig at pårørende får mulighet for avlastning i perioder, også i tidlig fase av sykdommen. Pårørende har også behov for mye informasjon om sykdommen og hvordan man skal takle vanskelige situasjoner for å klare omsorgen bedre (Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og hukommelsesklinikken Oslo Universitetssykehus Ullevål.)

Utredning av demens hos mennesker med utviklingshemming skal omfatte de samme medisinske og psykologiske undersøkelser som for alle som utredes for demens. Det er en tidkrevende og sammensatt utredning som krever særskilt kompetanse. Utredningen krever et nært samarbeid mellom de som kjenner personen, spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Antallet personer med utviklingshemming lever lenger og det tilsier at det er et økende behov for kunnskap på dette området (Glemsk, men ikke glemte, 2007).

Brukermedvirkning vil si å sette brukerens behov i fokus. Med brukermedvirkning menes at de som berøres av en beslutning, eller brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosessen og utforming av tjenestetilbudet (St. melding nr 34:29). Pasientrettighetsloven og Helse- og omsorgsloven gir personer med langvarige og koordinerte tjenester rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Utarbeiding av IP forutsetter aktiv brukermedvirkning både i forhold til tjenestemottaker og pårørende, og må bli involvert tidlig og fortløpende bli forespurt om sine synspunkter.

Moderne medikamenter mot demens kan gi noen grad av symptomlindring en periode, men kan ikke stanse eller drive sykdomsutviklingen tilbake.

En betydelig andel av omsorgstjenestenes brukere har demensutvikling som en del av sine problemer, ofte i kombinasjon med andre sykdommer og funksjonstap. Vår oppgave er å tilpasse dagens omsorgstjeneste til en slik virkelighet. Man regner med at ca $\frac{3}{4}$ av alle sykehjemspasienter på somatiske avdelinger har demens i varierende grad.

3.2 "Smått er godt"

Fra boka: Aldring og hjernesykdommer av professor Knut Engedal, siteres: "Det savnes andre boformer for demente pasienter. Prinsippet for denne type botilbud er på mange måter likt det som finnes i skjermede enheter på sykehjem – at "smått er godt". Det vil si at man etablerer boenheter med plass til seks til åtte beboere, hvor det finnes tilbud til den demente pasienten om å delta i vanlige aktiviteter i dagliglivet".

Mange av dagens sykehjem er ikke bygd og tilrettelagt for mennesker med demens. Dersom de skal de fungere som botilbud for denne gruppen i framtiden, krever det ombygging og tilpassing av en betydelig andel av dagens sykehjem og omsorgsboliger. Små bokollektiv og avdelinger med aktivitetsmuligheter og direkte tilgang til tilrettelagte utearealer, er betydelig bedre enn de eldre institusjoner i mange etasjer med store avdelinger og lange korridorer.

3.3. Demografisk utvikling i Krødsherad kommune 2010 - 2030

År	Demensforekomst	Behov for heldøgns omsorgstjenester (50 %)
2010	34*	17
2015	34	17
2020	34	17
2025	38	19
2030	49	25

Kilde: Statistisk Sentralbyrå (SSB) – Tabell 01. Befolkningstall for 1. januar 2010. Befolkningsframskrivning for 2015,2020,2025,2030. MMM.

Forekomststallene for demens baseres på Rotterdamstudien. Det er dette studiet Sosial- og helsedirektoratet legger til grunn i forhold til nasjonale statistikker.

De angitte tall for forekomsten av demens er kalkulert av Statistisk Sentralbyrå (SSB). I den kommende 5 års perioden vil antallet være relativt konstant.

*SSB har kalkulert antallet demente i Krødsherad til å være 34 i 2010. Gjennom kartlegging ved hjelp av legekantoret og hjemmesykepleien er det registrert 39 personer med demens. Trolig er tallet høyere, særlig fordi man regner med at ca 75 % av sykehjemsbeboere har demens i en eller grad eller type. Statistisk sett regner man med at det vil forekomme 4 nye tilfeller pr år de nærmeste 10 årene. Dette viser at statistiske beregninger kan ha feilkilder og det må tas høyde for at antallet i Krødsherad er høyere enn statistisk beregnet.

4.0. Status tjenestetilbud til personer med demens i Krødsherad kommune

4.1. Dagtilbud

Det er i dag ikke etablert noe særskilt dagtilbud til mennesker med demens i Krødsherad ut over det som eksisterer ved Kryllingheimen. Tilbudet er i dag et lavterskeltilbud, et eldresenter, som er åpent 1 dag pr. uke og er bemannet med en person.

4.2. Avlastning og korttidsopphold

Det er ikke etablert særskilte tiltak eller plasser for mennesker med demens med behov for avlastnings eller korttidsopphold.

Heldøgns avlastning og korttidsopphold gis innen den ordinære avdelingen ved Kryllingheimen sykehjem.

4.3. Egnede boliger for mennesker med demens med heldøgns tjenester

De fleste mennesker med demens som i dag mottar heldøgns pleie- og omsorgstjenester i kommunal bolig, bor ved kommunens sykehjem – Kryllingheimen, eller i en omsorgsbolig i tilknytning til sykehjemmet. Det er pr. i dag også flere hjemmeboende med en demenslidelse.

Med unntak av en liten enhet med 6 rom ved sykehjemmet, Furukroken, er resten av sykehjemmet ikke tilrettelagt for denne pasientgruppen. Oppfatningen om at små driftsenheter er å foretrekke, er dokumentert i demensforskning og driftsmessige erfaringer, fra etablerte enheter (Demensplan 2015, Helse- og omsorgsdepartementet).

Det representerer også hovedmålsettingene i Helse- og omsorgsdepartementets Delplan til Omsorgsplan 2015, som omhandler boligtilpassning for mennesker med en demenslidelse. Helse og omsorgsdepartementet har anslått behovet for ombygging av sykehjem og nybygg av tilrettelagte boliger til 37 000 boenheter fram til 2030.

Sektoren må fortløpende gjøre en vurdering vedrørende hvem som vil kunne nyttiggjøre seg en leilighet i et eventuelt bofellesskap, eller tjenester på lavere nivå, som dagtilbud og/eller korttidsopphold.

Dersom disse tjenestene kan gis ville det betydd en bedre livskvalitet for den demente, samt avlastning for pårørende.

Sundestua med 6 omsorgsleiligheter foreslås omdisponert til et bofellesskap med 6 leiligheter og fellesareal som er velegnet til bruk som dagsenter. Ved bygging av Sundestua ble det vektlagt små boenheter og fellesareal i henhold til sentrale styringssignaler.

4.4 Tilbud til pårørende

Pårørendeskole, som tilbyr kurs til pårørende om alle problemstillingene knyttet til demens, ble etablert i 2010 som et samarbeid mellom Modum og Krødsherad kommuner. Kurset utvikles og evalueres kontinuerlig. Kursene har vært arrangert hver annen gang i de to kommunene. Sigdal kommune har også sluttet seg til samarbeidet.

Det skal gis tilbud om samtaler med helsepersonell som en del av den vanlige pårørende kontakten.

4.5. Kompetanse

Faglig kompetanse innen psykisk helse, geriatri og demenssykdommer, er sentrale fagområder som skal sikre en god demensomsorg. En ser for seg store utfordringer på dette fagområdet, og behovet for kompetanseheving blant alle ansatte i helse- og omsorgssektoren prioriteres. I dag er det ingen av personalgruppa som har en videreutdanning innenfor demens. Men 29 av våre ansatte innenfor omsorg deltar i Demensens ABC i regi av nasjonalt kompetansesenter.

5.0. Tiltaksplan for demensomsorgen i Krødsherad 2013-2015

5.1. Dagtilbud for demente

Dette er et tilbud for hjemmeboende, som et avlastningstiltak for den eller de som har omsorgen for den syke hjemme. Dagtilbudet er en lovfestet rett fra 2015 og skal være tilpasset målgruppen. Det skal være bygningsmessige fasiliteter som ivaretar nødvendig

skjerming, sansehage, hvileplasser og med personell med fagkompetanse innen demensomsorgen. Det foreslås å benytte fellesarealer i Sundestua til dette formålet.

I statsbudsjettet for 2012 sies det: ”Målsetting i Demensplan 2015 er at kommunene i 2015 skal tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens. Regjeringen foreslår 150 millioner kroner til et eget øremerket stimuleringsstilskudd til kommunene for å etablere 2 300 dagaktivitetsplasser for personer med demens. Det vil sikre om lag 5000 flere personer med demens et dagaktivitetstilbud deler av uka”.

Det er mulig å søke tilskudd for opprettelse av dagtilbud for demente, driftes som såkalt dagsenter. Tilskuddet kan ikke brukes til drift.

Forslag: Dagtilbud opprettes i Sundestua.

5.2. Demensteam

På samme måte som det er lovfestet opprettelse av dagsenter, er det krav om at det, også innen 2015, skal opprettes demensteam i hver kommune. Teamet skal bestå av engasjerte personer med interesse for demensomsorg og med formell kompetanse. Teamet skal ha støttefunksjon for fastlegen eller tilsynslegen i arbeidet med utredning og diagnostisering av demens, og skal også kunne gjøre egne vurderinger og tester og gi anbefalinger om videre utredning. Personene i demensteamet bør også ha kunnskap om relevant medikamentell behandling, selv om dette er legenes ansvar. Det er ikke definert hvilken profesjon leder av demensteamet skal ha, men interesse, formalkompetanse og egnethet skal vektlegges. I utgangspunktet bør teamet bestå av to til tre personer, gjerne med noe ulik bakgrunn, ofte nevnes sykepleier, ergoterapeut eller fysioterapeut som aktuelle profesjoner. Teamet kan også være bindeledd mellom den kommunale helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Det må også settes opp en funksjonsbeskrivelse for teamet.

I Modum er det opprettet slikt team, og det bør vurderes om Krødsherad og Modum kommuner kan finne en felles driftsform.

Forslag: Det opprettes et eget demensteam, bestående av to-tre egnede fagpersoner.

5.3. Heldøgns tjenester

Med henvisning til pkt. 3.3. som omhandler demografiske forhold har Krødsherad i dag behov for økt antall plasser med heldøgns pleie- og omsorgstjenester. Kommunen har hittil hatt en relativt stor dekning for heldøgns tilbud for mennesker med demens i sykehjemmet.

Med bakgrunn i nyere forskning og driftsmessige erfaringer, anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet at en planlegger heldøgns tilbud til målgruppen ut i fra prinsippet om små driftsenheter, ”smått er godt”. Kartleggingen av behov for heldøgns tilbud til målgruppen, strekker seg bare frem til 2015. Med henvisning til fremskrevet demensforekomst i Krødsherad– jamfør pkt. 3.3, må kommunen tenke fleksibilitet i utbygging av tjenesten, slik at bygningsmassen tilrettelegges slik at den kan gi et godt tilbud til ulike diagnosegrupper.

Når det gjelder planlegging av dette tilbudet er det viktig å løfte blikket tidsmessig lenger fram enn denne planens tidsramme til 2015. Hvis det besluttes at Sundestua blir tatt i bruk som bofellesskap bør det planlegges slik at man enkelt kan utvide antall plasser fra dagens seks plasser, til åtte. Åtte plasser er øvre grense for hva som oppfattes som forsvarlig når det gjelder antall beboere i en slik enhet. Opplegget på en slik demensavdeling blir å finne aktivitetssystemer som gir mening for beboerne, og hvor det tas utgangspunkt i beboernes tidligere interesser. Imidlertid vil også demente etter hvert få økende pleiebehov, slik at det på et gitt tidspunkt oppstår en situasjon hvor pleiebehovet klart overstiger behovet for aktivitet. I en slik situasjon må beboeren overflyttes regulær sykehjemsplass for pleie. Hvis dette ikke skjer vil spesialavdelingen for demente bli låst i pleie og ute av stand til å ivareta aktivitetsbehovet. Dette er et viktig prinsipp som det bør være politisk og faglig enighet om.

Forslag: Arbeidsgruppen vil anbefale at Sundestua tas i bruk som bofellesskap for mennesker med demens. Boenhetene i Sundestua skal ha eget avskjermet uteareal med en tilrettelagt sansehage. Sundestua foreslås tatt i bruk til dette formålet innen 2015. Kommunen må således legge til rette for sansehage innen 2015.

Arbeidsgruppa vil samtidig anbefale å vurdere Furukroken omdisponert til medisinske korttids- og avlastningsplasser betjent av hjemmebaserte tjenester. Dette for å avlaste øvrige plasser på sykehjemmet til pasienter med et større behov for medisinsk og pleiefaglig oppfølging.

5.4. Korttidsopphold for demente.

Det vil i mang tilfeller være slik at ektefeller eller pårørende ønsker at den syke skal kunne få bo hjemme lengst mulig. Ektefellen eller pårørende vil være den som oftest utfører hovedtyngden av omsorgsoppgavene i hjemmet. I mange tilfeller vil ikke dagtilbud gi tilstrekkelig avlastning eller være det riktige tilbudet for disse. For at omsorgspersonene i hjemmet skal kunne stå i omsorgsoppgavene, vil en måtte gi tilbud om ulike korttids- og avlastningsopphold. Et rullerende korttidsopphold kan til eksempel være 3 uker hjemme og 3 uker avlastning. Med den forventede økning i antallet demente vil kommunen alene knapt kunne klare utfordringene. Man vil være avhengig av godt samarbeid med pårørende, og dette innebærer at man må rette inn tiltak for å avlaste ektefellen/pårørende slik at de klarer å beholde den syke i hjemmet i lengre tid. Bruken av korttids/avlastningsplasser må styres av sektorleder, eller den som sektorleder delegerer beslutningsmyndigheten til, i samarbeid med hjemmetjenesten og demensteamet og eventuelt tilsynslege og/eller fastlege.

Forslag: Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres 1-3 korttids-/avlastningsplasser. Dette kan etableres i Sundestua og eller ved Kryllingheimen.

5.5. Fagkompetanse

Det vil bli en kontinuerlig utfordring i årene som kommer å styrke fagkompetanse innen demensomsorgen. Dette er nødvendig for å takle de store utfordringene en står over for. Nasjonalt kompetansesenter for demens, har overfor landets kommuner og på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet, ulike tilbud og kompetansepakker. Herunder finnes opplæringspakke i grunnleggende demenskunnskap og demensomsorg. Arbeidsgruppen vil

anbefale at en legger opp til et kontinuerlig kommunalt kunnskapsløft for ansatte som arbeider i sektor helse og omsorg.

I samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for demens, har sektoren iverksatt en opplæringspakke i grunnleggende demenskunnskap, Demensens ABC. Opplæringspakken og oppfølging av denne er forankret i ledelsen, og teamledere tilrettelegger driften slik at læring og utvikling er en sentral del av den daglige driften. Den ansatte følger en opplæringspakke over 2 år. Opplæringspakken og oppfølging av denne videreføres til 2015.

Flere høyskoler har utarbeidet et tilbud for videreutdanning innen fagfeltet demensdiagnostikk, behandling og omsorg som deltidsstudie over 1 år.

Enkelte andre høyskoler har også utarbeidet tilsvarende studier. Studiet er godkjent som 30 studiepoeng og er tverrfaglig. Det er ønskelig at en fast ansatt sykepleiere vil søke og gjennomføre studiet med tilrettelegging fra kommunen. Det vil da kreves bindingstid på 2 år etter endt studie.

Forslag: Arbeidsgruppa anbefaler at helsepersonell fra relevante arbeidsplasser innen helse – og omsorgssektoren får tilbud om Demensens ABC. En fast ansatt sykepleier motiveres til en videreutdanning i demens.

5.6. Omsorgstrappa

Omsorgstrappa skisserer tjenestetilbud Krødsherad kommune blant annet har til målgruppen mennesker med demens i 2010, samt hvilke tjenestetilbud arbeidsgruppa anbefaler blir etablerte som nye frem mot 2015.

Omsorgstrappa bygger på BEON – prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Nederste trinn i trappa skisserer hvordan kommunen er tilrettelagt for befolkningen, hvilke muligheter for egenaktivitet som er tilrettelagt, samt hvilke forebyggende tiltak kommunen har. Den enkelte innbyggers mestringsevne, forventninger, ønsker og egne ressurser er avgjørende for hvilke tilrettelegginger som er aktuelle for den enkelte. Trappa skisserer så hvilke tjenestetilbud en har etter hvert som tjenestebehovet øker

Har i dag	Nivå 11 Furukroken, en skjermet enhet for mennesker med demens m/fast bemanning
Nytt tiltak	Nivå 10 Bofellesskap med heldøgns omsorg for mennesker med demens Sundestua
Nytt tiltak	Nivå 9 Kortidsopphold / avlastning Sundestua /Kryllingheimen
Har i dag	Nivå 8 Hjemmesykepleie
Har i dag	Nivå 7 Praktisk bistand, hjemmhjelp
Nytt tiltak	Nivå 6 Ambulerende vaktmester
Nytt tiltak	Nivå 5 Dagopphold med bistand for mennesker med demens i Sundestua
Har i dag	Nivå 4 Dagsenter m/ bistand – åpent tilbud 1 dag pr uke / åpent for alle Ragnhildstua
Har i dag	Nivå 3 Forening for pårørende til personer med demens, Modum, Sigdal og Krødsherad
Har i dag	Nivå 2 Pårørende skole for pårørende til mennesker med demens, Modum og Krødsherad
Har i dag	Nivå 1 Tekniske hjelpemidler

6.0. Helseforebyggende tiltak og samarbeid med pårørende

6.1. Tilbud om hjemmebesøk til alle personer 75 år eller eldre

Helseforebyggende tjenester i form av hjemmebesøk og samarbeid med mennesker med demens og deres pårørende, vil være tiltak som i større grad vil kunne gi forvarsel eller kartlegge utviklingen av demens hos hjemmeboende. Dette kan gjøres ved et hjemmebesøk hos alle som når et definert alderstrinn. Man vil på denne måten få mer pålitelig informasjon om omfanget av demens, og derigjennom sjeldnere oppleve akutte situasjoner. Man vil også kunne bistå med forslag til iverksetting av tiltak i hjemmet og gi råd og veiledning til pårørende.

Det er helt avgjørende at slike helsefremmende og forebyggende tiltak følges opp med konkrete tiltak i form av tjenester fra kommunens side. Arbeidsgruppens forslag til helsefremmende og forebyggende tiltak for hjemmeboende, kan opprettholde en privat bosituasjon og redusere presset på heldøgns tjenester. Det er en forutsetning at det er et nært samarbeid med fastlegene i kommunen.

Målsettingen med ett hjemmebesøk til kommunens innbyggere 75 år gamle eller eldre er:

- Vurdere behovet for tilrettelegging i eget hjem og eller kommunale tjenester.
- Utrede om det foreligger en demens. Dette vil i hovedsak gjøres av primærhelsetjenesten i samarbeid med fastlege, demensteam og omsorgstjenesten

- Gjennomføre tiltak som gjør det mulig for personer med demens å leve mest mulig selvstendig liv med vekt på verdighet og livskvalitet.

Hvor mange av kommunens innbyggere over 75 år som vil akseptere ett slikt tilbud vites ikke, da erfaringer fra andre kommuner er varierende. Den demografiske situasjonen i Krødsherad er slik, at antall innbyggere over 80 år ville være relativt stabil på ca. 125-130 personer frem til 2020. Aldersgruppen 67 – 79 vil øke i samme periode.

Dette tilsier at tilbudet med hjemmebesøk hos personer 75+ år vil gi arbeidsoppgaver til ca 0,20 årsverk i en oppstartfase som en prosjektstilling i 1 år. I tillegg vil en anbefale at en av de fast ansatte tildeles en rolle som demenskoordinator for kommunen.

Det vil ta noe tid å besøke og kartlegge behovene til alle innbyggere 75 år eller eldre. Når dette er gjort er planen videre at alle innbyggere skal få tilbud om slikt hjemmebesøk det året de fyller 75 år.

Arbeidsgruppa anbefaler opprettelse av en 20 % prosjektstilling i 1 år for å komme i gang med forebyggende tiltak i form av hjemmebesøk til alle over 75 år. Det må stilles krav til fagkompetanse, erfaring og egnethet for stillingen. Arbeidsgruppa anbefaler at tiltaket innarbeides i budsjett for 2013/2014. Arbeidsgruppa anbefaler i tillegg at dette prosjektet følges opp på et noe senere tidspunkt med undersøkelse av alle som fyller 75 år, det året de fyller.

6.2. Pårørendeskole.

Det er dokumentert at å være familie og nær pårørende for en person med demens øker risiko for helseskader. Det er i første rekke de atferdsmessige endringene og de psykiske symptomene ved demens som belaster pårørende. Informasjon, opplæring og veiledning er viktig for pårørende som står i slike situasjoner.

Informasjon, opplæring og veiledning er viktig overfor pårørende som står i slike situasjoner, slik at en privat bosituasjon kan oppretholdes. Kurs kan organiseres som kommunalt eller interkommunalt tiltak, og med et nært samarbeid med Ringerike sykehus HF. Kommunene må betale en liten andel som skal dekke noe av undervisningsmateriellet pr. deltager.

Pårørendeskolen er etablert som et interkommunalt samarbeid mellom Krødsherad og Modum kommune fra våren 2010. I ettertid har Sigdal kommune sluttet seg til samarbeidet.

6.3. Pårørende forening til personer med demens.

En pårørendeforening kan være et verdifullt tilbud til pårørende. Man møter andre i samme situasjon og kan få støtte og konkrete råd. En slik pårørendeforening bør ha sin forankring i kommunen, av hensyn til kontinuitet og for å trekke på faglige råd, veiledning og undervisning.

Pårørendeforening er allerede etablert som et interkommunalt samarbeid mellom Krødsherad og Modum kommune våren 2010. I ettertid har Sigdal kommune sluttet seg til samarbeidet.

7.0 Skisse over driftsøkonomiske konsekvenser av anbefalte nye tiltak

Tiltak	Kostnad	År
1 Pårørende skole for pårørende til mennesker med demens	10 000	2010-2015
2 Dagopphold med bistand for mennesker med demens, 2 dager pr uke / 6 timer *		2014
3 Bofellesskap med døgnbemanning *, inkl overføring av bemanning fra Furukroken. Årsverk som må tilføres sektoren: 2 (1 hf + 1 spl)	475 000 525 000	2014
4 Grunnleggende kompetanseløft. Demensomsorgens ABC. Kursmateriell ca kr. 300,- Over 2 år. 6 ansatte pr år. Årlig kostnad:	2 000	2013-2015
5 Videreutdanning innen Demens diagnostikk, behandling og omsorg. 1 sykepleier		2014-2015
6 Tilbud om hjemmebesøk til alle over 75 år. 0,20 årsverk i 1 år	95 000	2013/2014
7 Pårørendeforening. Ingen kostnader. Stille lokale til disp.		2010-2015
8 Ambulerende vaktmester 0,5 årsverk, årlig kostnad (serve hele kommunen):	240 000	2014-2015
Årlig driftskostnad (eks pkt 1 og 4) + prosjektstilling 1 år	1 242 000 95 000	

* Døgnbemanning totalt. Bemanning fra Furukroken i dag, 5,68 årsverk, omdisponeres Sundestua

Vakt	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn	Vakt lengde	Sum timer	Estimert årsverk
Natt	1	1	1	1	1	1	1	9	63	1,77
Aften	2	2	2	2	2	2	2	8	112	3,15
Dag	2	2	2	2	2	2	2	7	98	2,76
Tot										7,68

*Dagsenter inngår i den faste bemanningen

Vakt	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn	Vakt lengde	Sum timer	Estimert årsverk
Dag		1		1				6	12	0,32

Livets høst
Av Kristi Solheim

Jeg er lik et tre! Lik treet ble jeg også til ved et frø, Lik treet fikk jeg også mange sår, men vokste videre, mer motstandsdyktig, mer hårhudet, men også myk. Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg blader. Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er, erfaring jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i. Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet, fattig uten blader.

Livet mitt ”faller av”. Uten blader, intet liv sier du. Vel, men du ser meg, kjenner meg. Vit at, som treet gjemmer på livskilden i sitt indre har også jeg en livskraft, et hjerte som føler. Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler at jeg lever, men bare i øyeblikket. Der ligger forskjellen på deg og meg. Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har. Del det med meg!

