

 Midtre Namdal Region – planer	Dok.id.:
	Side 1 av 13



Namsos kommune

Demensplan 2015

Den gode dagen

Oppsummering;

Demensplanens funksjon er å utvikle demensomsorgen og heve kvaliteten på de kommunale tjenestene rettet mot personer med demens og deres pårørende. Mennesker med demens er ingen ensartet gruppe – som alle andre har de individuelle behov og interesser. Kommunen ønsker å møte den enkelte der han eller hun er, og yte tjenester basert på den enkeltes situasjon og sykdomshistorie.

Gjennom stortingsmelding nr.25; *Mestring, muligheter og mening* legger regjeringen føringer for kommunenes demensomsorg i årene framover. Demensplanen har 3 hovedfokus:

Dagaktivitetstilbud - Bedre tilpassede botilbud - Økt kompetanse og kunnskap.

Tiltakene i planen har som mål å skape en sammenhengende kjede av tjenester som favner behov fra sykdomsdebut til pleiebehovet er fullstendig. Planens anbefalinger omhandler folkeopplysning, demensutredning og samhandling, dagtilbud, omsorg for pårørende, boformer og kompetanse

Innhold

1. Innledning	3
1.1 Oppdragsgiver.....	3
1.2 Kommunens arbeid med planen	3
2. Demens.....	4
2.1 Demensomsorg i Norge	4
2.2 Demensomsorg i Namsos kommune	5
3. God demensomsorg.....	6
3.1 Nasjonal målsetting.....	6
3.2 Kommunens mål og strategier.....	7
4. utfordringer og anbefalinger.....	7
4.1 Folkeopplysning	8
4.2 Demensutredning og samhandling	8
4.3 Dagtilbud.....	9
4.4 Omsorg for pårørende	12
4.5 Boformer	13
4.6 Kompetanse	14
4.7 Sårbare grupper.....	17
4.8 Anbefalte Tiltak.....	18

1. Innledning

Som en følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, forespeiles det at tallet på mennesker med demenssykdom trolig vil bli fordoblet de neste 35 år. Dette vil bl.a. skape store utfordringer for helse- og omsorgstjenestene og stille store krav til planleggingen av framtidens tjenestetilbud i kommunene.

Til grunn for demensplanen ligger en erkjennelse om at dagens omsorgstjeneste ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for personer med demens.

Planens formål er å videreutvikle demensomsorgen og heve kvaliteten på de kommunale tjenestene rettet mot personer med demens og deres pårørende.

Planen inneholder en beskrivelse av demens som sykdom og kvalitetskriterier for god demensomsorg. Situasjonsbeskrivelse og utfordringer for framtidens kommunale tjenestetilbud følger som tema-kapitler. Herunder utredes behov for kvalitetsutvikling og anbefalinger om tiltak og gjennomføring fram mot 2015.

1.1 Oppdragsgiver

Arbeidet med Demensplan 2015 ble igangsatt som en delplan i Omsorgsplan 2015 etter vedtak fattet i Utvalg Service april -07(saksnummer 07/1803). Prosjektgruppa for Omsorgsplanen opprettet i juni-08 en arbeidsgruppe for utarbeidelse av Demensplanen.

1.2 Kommunens arbeid med planen

Arbeidsgruppa for Demensplan 2015 har bestått av følgende personer:

- Ann Jorid Christensen (geriatrisk sykepleier, helsedistrikt sør)
- Lill Iren Kristiansen (sykepleier og tillitsvalgt NSF)
- Anne Kirsten Ruseth (lege i Namsos kommune)
- Inger Rita Hansen (vernepleier og avdelingsleder ved avd.4, Namsos sykeheim)
- Astrid Stenersen (representant for Demensforeninga i Namsos)
- Unni Thorsen (geriatrisk sykepleier ved Sykehuset Namsos)
- Ragnhild Omli (geriatrisk sykepleier ved Geriatrisk Poliklinikk – Sykehuset Namsos)
- Siri A. Devik(geriatrisk sykepleier, helsedistrikt vest)

Sammensetningen i arbeidsgruppa har gitt mulighet for tverrfaglig tilnærming og omfattet både tjenesteutøvers rolle og brukerperspektivet. I tillegg representerer gruppa ulike nivåer i kommunen og samhandling mellom kommune og helseforetak.

Arbeidsgruppa har hatt 6 møter i løpet av prosjektperioden og rapportert jevnlig til Prosjektgruppa for Omsorgsplanen. Deltatt på aktuelle temadager og innhentet erfaringer fra arbeid som er gjort i andre kommuner. Det er innhentet uttalelser fra ulike innstanser og fagområder der det er funnet nødvendig.

Planen legges fram for Utvalg Service høsten-2009 og sluttbehandles i Kommunestyret.

2. Demens

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand forårsaket av ulike sykdommer som påvirker hjernens fungering.

Tilstanden er kronisk, irreversibel og forverrer seg. Demens fører til svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon.

Personer med demens får problemer med å opprettholde innlærte ferdigheter og å mestre dagliglivets aktiviteter. En del personer utvikler personlighetsforandringer med manglende innsikt og redusert dømmekraft. Andre symptomer kan være angst, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og tvangsmessig atferd.

Demens inndeles i typer avhengig av årsaksforhold:

- Alzheimers sykdom - 60 -70 % av tilfellene
- Demens som følge av sviktende blodforsyning til hjernen(vaskulær demens) ca. 15 - 20 % av tilfellene
- Parkinsons sykdom med demens
- Lewy body demens
- Frontallapsdemens
- Andre former(relatert til alkoholmisbruk, vitaminmangel, kreftsykdom)

Personer som får demens blir sykere ettersom tiden går og blir etter hvert mer og mer avhengig av hjelp fra andre. Hos noen går forverringen fort - 2-3 år, hos andre langsomt; 8-10 år eller mer.

Demensforløpet kan registreres i 3 faser:

- **Kompenseringsfasen**
Sviktende hukommelse for hendelser i nær fortid. Glemmer avtaler, glemmer å spise, handle, betale regninger. Sviktende tidsorientering. Tar i bruk forsvarsmekanismer
- **Dekompenseringsfasen**
Blir lett forvirret, mister grepet på tilværelsen. Psykotiske symptomer. Det er i denne fasen de fleste kommer i kontakt med helsevesenet.
- **Pleiefasen**
Balansesvikt og gangproblemer, inkontinens. Totalt avhengig av fysisk pleie.

2.1 Demensomsorg i Norge

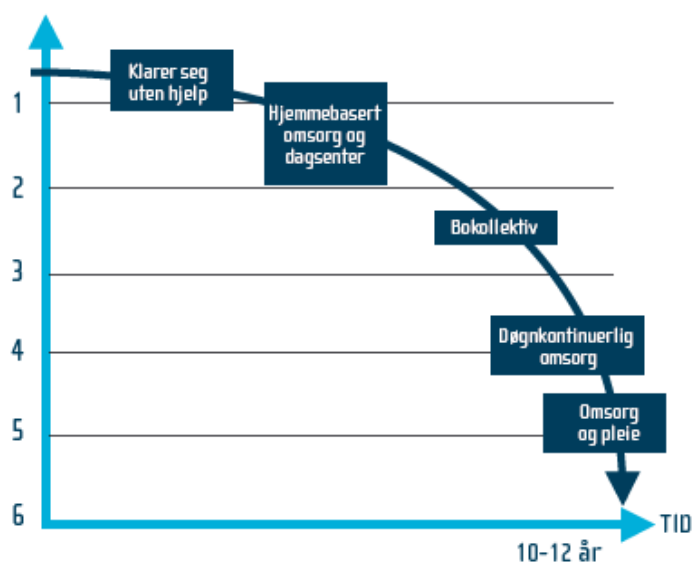
Forekomst av demens øker med stigende alder. I aldersgruppen 65 -69 år forekommer demens hos ca. 1 % av befolkningen. Fra 70 års alderen forekommer demens hos 15 % ,mens tilfellene øker til 20% for personer over 80 år. For 90 åringer og eldre er forekomsten over 40 %b av befolkningen.

Når andelen eldre i befolkningen øker vil dette føre til vesentlig flere demenstilfeller i årene som kommer.

På landsbasis er omtrent 66 000 personer rammet av demens i dag. Når man regner med både syke og pårørende er ca. 250 000 personer berørt av sykdommen.

Minst halvparten av personene befinner seg i eget hjem(om lag 30 000 personer) og de fleste vil være avhengig av tilrettede omsorgstjenester. I de fleste tilfeller er familien den viktigste medhjelper og bærer av omsorgsbyrden.

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

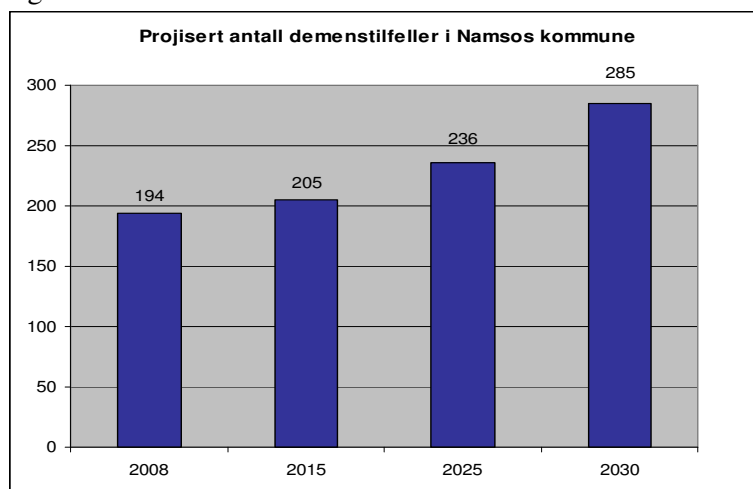


Berger skala: illustrerer en tiltaksjede rettet mot personer med Alzheimer i løpet av en 10 års periode

2.2 Demensomsorg i Namsos kommune

Utregnet etter forekomst av demenssykdommer for personer over 65 år vil dette fordele seg slik for Namsos kommune:

Figur 3



Figur 3 viser at det vil være en økning på omtrent 100 personer med demenssykdom i hele perioden. Den største økningen skjer fra ca. 2025.

En kartlegging foretatt i mars/april -09 viser at kommunen totalt yter tjenester til 133 personer med demens. Av disse bor 33 personer i eget hjem.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene omfatter:

- Hjemmesykepleie
- Praktisk bistand
- Matombringning
- Støttekontakt
- Avlastning
- Korttids – og langtidsopphold ved bo og servicesentrene og sykeheimen
- 24 plasser i skjermet avdeling ved sykeheimen
- Dagtilbud ved sykeheimen(benyttes av 4-5 brukere per i dag)
- Dagopphold ved bo og servicesenter
- Aktivitørtjenester
- Fysio – og ergoterapitjenesten
- Allmenlegetjenester

Alle bo og servicesentrene har ansatt fagsykepleiere med videreutdanning i geriatri, og flere hjelpepleiere har geriatrisk etterutdanning.

3. God demensomsorg

Om jeg visste at verden gikk under i morgen, ville jeg likevel gå ut i min hage og plante et epletre i dag.

Martin Luther

3.1 Nasjonal målsetting

Regjeringen ønsker at Demensplan -2015 skal bidra til å heve kvaliteten og styrke kompetanse og kapasiteten i tiltakskjeden for mennesker med demens og deres pårørende. Demenssykdommene utvikles over tid og tjenestetilbudet må tilrettelegges for den enkeltes funksjonsnivå og tjenestebehov. Personer med demens og deres pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med tjenesteapparatet. Tilbudet skal være basert på et helhetlig menneskesyn og være preget av kontinuitet og samhandling mellom ulike tjenesteytere.

3.2 Kommunens mål og strategier

”Namsos kommune – et godt sted å leve” er kommunens hovedvisjon for alle innbyggere. Mennesker med demens er ingen ensartet gruppe. Som alle andre har de forskjellige behov og ulike interesser. Kommunen ønsker å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes situasjon og sykdomshistorie. Omsorgstiltakene skal utgjøre en helhetlig kjede.

Satsningsområder:

- **Dagaktivitetstilbud**
Tilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og en meningsfull hverdag. Tilbudet kan avlaste pårørende for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon.
Strategier: Utvikle **Dagtilbud** og tilrettelegge **omsorg for pårørende**
- **Bedre tilpassede botilbud**
Det fysiske miljø må tilrettelegges for best mulig mestring til tross for nedsatt kognitiv fungering. Optimale rammebetingelser er små bogrupper(6 -8 personer) og avdelinger med aktivitetsmuligheter og direkte adgang til tilrettelagte utearealer.
Strategier: Tilpasning av **Boforner**
- **Økt kunnskap og kompetanse**
Omfatter styrking av kompetanse og videreutvikling av kunnskap og kapasitet i omsorgstjenesten, samt rekruttering med vekt på å øke tverrfaglighet. Omfatter også opplæring og støtte til pårørende. Planen ønsker i tillegg å bidra til opplysning til befolkningen generelt.
Strategier: **Folkeopplysning**, organisere og kvalitetssikre **demensutredning og samhandling**, styrke **kompetanse**

4. Utfordringer og anbefalinger

*Hvis det i sannhet skal lykkes
å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne
ham der hvor han er,
og begynne der.*

*Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.
Enhver der ikke kan det,*

*er selv i innbilning,
når han mener å kunne hjelpe andre.*

*For i sannhet å kunne hjelpe en annen,
må jeg forstå mer enn han,
men dog vel først og fremst forstå det,
han forstår..*

(Søren Kierkegaard)

4.1 Folkeopplysning

Demenssykdom angår hele samfunnet og er forbundet med uvitenhet og ulike forestillinger om skam og skyld. Dette kan føre til at symptomer holdes skjult og kan virke hemmende på deltakelse i sosiale aktiviteter. Økt kunnskap kan bidra til større åpenhet og mindre stigmatisering. Fokus på informasjon kan også stimulere og invitere frivillige aktører til samarbeid.

Innbyggerne trenger faktakunnskap om demenssykdommen, behandlingsmuligheter og hvordan hverdagen kan tilrettelegges for et best mulig liv til tross for funksjonssvikt.

Tiltak

Opplysninger om tjenestetilbudet i kommunen må gjøres oversiktlig og lett tilgjengelig slik at hjelp kan søkes på et tidlig tidspunkt

- Informasjon om tjenestetilbudet og linker til faktakunnskap om demens legges ut på kommunens internettside
- Informasjonsbrosjyre utarbeides og legges ut ved Brukerkontoret, tjenestestedene, legekantorene og på sykehuset
- Samarbeide med lokal demensforening om informasjonsstrategi
- Tilby kurs og tema-dager om demens

4.2 Demensutredning og samhandling

Primærhelsetjenesten har ansvar for utredning og diagnostikk av pasientgrupper – også gruppen med demens. Når utredningen blir for vanskelig eller den kommunale helsetjenesten ikke har nødvendig kompetanse eller ressurser skal det henvises til spesialisthelsetjenesten. Tidligere undersøkelser i kommunen viser at hjelpeapparatet i mange tilfeller ikke kommer inn i bildet før sykdommen er langt kommet og/eller pårørende er utslitt. (2005)

Undersøkelser på landsbasis viser at kun halvparten av personer med sikre tegn på demens blir diagnostisert

Brukere med demenssymptomer utgjør over halvparten av alle institusjonsbeboere i Namsos. (sykeheimen og bo og servicesentrene) En tredel av disse mangler diagnose. Blant brukere som bor i eget hjem mangler utredning hos ca. halvparten.

En god utredning på et tidlig stadium er viktig fordi:

- Diagnose og vurdering av hvilke konsekvenser demenssykdommen fører med seg legger grunnlag for å iverksette riktige hjelpetiltak og bidra til god oppfølging av personer med demens og deres pårørende.
- I tilfeller hvor kognitiv svikt har andre årsaker enn begynnende demens kan utredningen avdekke bakenforliggende sykdom med mulighet for effektiv behandling.

- En tidlig diagnose kan gi mulighet til å planlegge og ta viktige beslutninger mens man fortsatt har samtykkekompetanse.

Kommunehelsetjenestene med fastlegene må i større grad ansvarliggjøres i utredningsarbeidet. Dette vil kreve tett dialog og organisert samarbeid mellom de ulike aktørene. En strategi vil være å synliggjøre spisskompetanse og opprette en enhet som kan utføre deler av utredningen i hjemmet:

- Utredning foretatt i hjemmet kan kvalitetssikre opplysninger og gi viktige bidrag til fastlegenes, og eventuelt spesialisthelsetjenestens vurdering. Observasjoner i et trygt/kjent miljø gir dessuten bedre innblikk i hvilke aktiviteter personen mestrer og hva som skaper problemer i det daglige.
- Utredning i hjemmet kan styrke hjelpeapparatets relasjon til både brukere og pårørende. Pårørendes omsorgsrolle synliggjøres og deres behov for støtte og veiledning kan avdekkes lettere.

Tiltak

Det anbefales at kommunen oppretter et **demensteam** bestående av inntil 3 personer med tverrfaglig bakgrunn, videreutdanning og erfaring fra demensomsorg.

- Teamet skal arbeide utadrettet slik at tjenesten blir et lavterskeltilbud som framstår lett tilgjengelig for både innbyggere og samarbeidende enheter i kommunen, legetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Et demensteam kan foreta hjemmebesøk og observere pasienten i eget hjem. Kartleggings skjemaet som er beregnet på helsepersonell omfatter samtale, kognitiv testing (MMS, klokketest), sikkerhet i hjemmet og pårørendes oppfatning
- I tillegg til selve utredningsarbeidet vil teamet spille en viktig rolle i å målrette/skreddersy individuelle vedtak og også være en direkte tjenesteyter.
- Demensteamet kan også være en naturlig koordinator om individuell plan skal benyttes.

4.3 Dagtilbud

Dagtilbud betegnes som et manglende mellomledd i mange kommuner – også i Namsos. Bare et fåtall personer, 4-5 stk. er brukere av dagtilbudet på Namsos sykeheim.

Foruten å være et viktig bidrag til meningsfull aktivitet og bevaring av livskvalitet, kan dagtilbud være god forebygging idet det kan utsette tidspunkt for flytting til institusjon. Dagtilbud representerer:

- Stimulering og aktivitet som er en forutsetning for at mennesker kan fungere normalt, så vel mentalt som fysisk
- Sosialt samvær og kulturelle stimuli som bekrefter identitet og vekker minner
- Styrking og bevaring av ressurser
- Avlastning for pårørende.
- Arena for frivillighet og samarbeid med pårørende
- Kunnskapsbank og veiledningstjeneste for pårørende og samarbeidende enheter

Aktivitørenes kapasitet ved bo og servicesentrene og sykeheimen er redusert etter nedskjæringer i antall stillinger i 2008. Med begrensede ressurser blir gjerne gruppene av brukere store for å favne flest mulig. Dette fører til at aktiviteten blir universell og dårlig tilpasset den enkeltes behov.

Mangelfull skyssordning ses samtidig som en begrensende faktor for deltakelse på de tilbud som i dag eksisterer.

Kommunen må utvikle et dagtilbud som kan imøtekomme individuelle behov og gi mulighet for meningsfull aktivitet både innendørs og utendørs. Dagtilbudet bør være et selvstendig tilbud som fysisk plasseres utenfor sykeheimen.

I tillegg til et selvstendig dagtilbud ønsker kommunen å utvikle innholdet i dagtilbudet på institusjonene.

Det offentlige hjelpeapparatet har intensjon om å gi et helhetlig tilbud som dekker fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. I nesten alle undersøkelser av omsorgstjenesten scorer psykososiale og kulturelle tilbud lavt (Barstad 2005).

”Det er ønskelig at Namsos sykeheim og Otterøy-, Vestre Havn -, Klinga- og Namsos bo- og servicesenter i *større grad* i årene framover skal være knutepunkt/ ressurscenter for omsorgstilbud, aktivitet og opplevelser for kommunens innbyggere.”(Omsorgsplanen)

Tiltak

Alle hjemmeboende personer med demens bør ha tilbud om dagaktivisering. Dagtilbudet anbefales opprettet som et selvstendig tilbud i egne lokaler (Seniorhuset). Tilbudet må organiseres slik at brukerne inndeles i små grupper avhengig av behov og aktivitetene tilpasses med bakgrunn i kunnskap om den enkeltes funksjonsnivå og historie.

Krav til et godt dagtilbud:

- **Krav til det fysiske miljøet:**
 - Universell utforming
 - Muligheter for å benytte uteområder
 - Innredning tilpasset personer med orienteringsvansker (skilt, lys, farger)
 - Oppholdsrom, kjøkken, hvilerom, toalett, kontor.

- **Krav til organisering:**
 - Tildeling gjennom vedtak fattet av Brukerkontoret
 - Egen transportordning (bil, sjåfør)
 - Inndeling i grupper for individuell tilnærming ut fra anamneseskjema og tett kontakt med pårørende.
 - Måltider tilberedes i samarbeid med brukerne på dagsenteret
 - Aktiviteter som bidrar til trivsel og sosial omgang (gjørne i samarbeid med Kulturpatroljen –jfr. Omsorgsplanen)
 - Innby til samarbeid med pårørende og frivillige

- **Krav til kompetanse:**
 - Tverrfaglig sammensetning
 - Motivasjon, videreutdanning, erfaring fra demensomsorg

Dagsenteret kan betraktes som et ressurscenter og kan bistå med veiledning/undervisning rettet mot pårørende og samarbeidende enheter i kommunen.

I tillegg til et frittstående dagtilbud bør tilbud ved bo og servicesentrene og sykeheimen styrkes. Demensplanen viser her til Omsorgsplanens anbefalte tiltak om opprettelse av kulturansvarlig personell og fokus på tverrfaglig kompetanse for å skape en Aktiv omsorg.

4.4 Omsorg for pårørende

Pårørende står overfor stor omsorgsbelastning og er en betydelig samfunnsressurs den tid de tar vare på sine i hjemmet.

Det er godt dokumentert at å være familieomsorgsgiver for en person med demens øker risikoen for helsesvikt og forringet livsutfoldelse. Mye tid og oppmerksomhet går med til oppfølging av personen med demens. Dette kan føre til at pårørende neglisjerer egne behov for følelsesmessig støtte og avlastning. Resultatet kan være tretthet, angst, depresjon, sinne, sosial tilbaketrekning eller økende helseproblemer. (Engedal, Haugen 2006)

Forskning viser at jo mer kunnskap pårørende har om sykdommen jo bedre mestrer de omsorgsoppgaven og bevarer også egen helse bedre.

Pårørende trenger kunnskap om demenssykdommen, behandling og tilgjengelige tjenester. De må trekkes inn i utredningsarbeidet og bidra med viktige opplysninger om bl.a. hvordan personen fungerte før sykdomsdebut. De er vesentlige støttespillere i utforming, gjennomføring og evaluering av de tiltak som settes i verk. Pårørende har også behov for å møte andre i samme situasjon og hjelp til å bevare egne ressurser og egen livskvalitet.

Tiltak

- **Pårørendeskole**

Pårørendeskole som kursmodell, ble utviklet i Norge på 90-tallet. Målgruppen er familie eller nære venner til personer med demens. Over flere kurssamlinger får deltakerne, gjennomfaglige forelesninger og plenums- og gruppesamtaler, kunnskap om demens og hvilke følger dette kan ha for pårørende og deres omgivelser. Her treffer pårørende andre som er i samme situasjon og fagpersoner med kompetanse på området.

Pårørendeskole kan drives som et samarbeidsprosjekt mellom ulike kommuner gjerne i en samkommune. Spesialisthelsetjenesten er også ansvarlig for å ivareta opplæring av pårørende og drive med kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten.

I regi av kompetansesenteret: *Aldring og helse* er mange kommuner med i et utviklingsprogram som skal utarbeide gode modeller for drift og organisering av pårørendeskoler – Namsos kommune bør innhente erfaringer her.

Demensteamet og personell ved dagsenteret kan ansvarliggjøres for oppstart av tilbudet. Pårørendeforeningen er dessuten en viktig støttespiller!

- **Avlastningsordninger:**

Kommunen må sørge for tilstrekkelig avlastningstilbud slik at pårørende kan få et pusterom fra tyngende omsorgsoppgaver. Avlastningsopphold kan gis ved sykeheimen. Avlastning skal være en gratis tjeneste som skilles fra korttidsopphold på annet grunnlag. Det er også ønskelig at kommunen utreder muligheter for avlastningstiltak i hjemmet. Støttekontakt og besøkstjeneste kan være tiltak som bør utvikles videre. Dette forutsetter at avlastere får oppfølging og faglig veiledning.

Tildeling av hjelp til praktiske oppgaver i hjemmet kan avlaste og være til støtte for pårørende. Gjøre tildeling av hjemmehjelp lettere til pårørende som har særlig tyngende omsorgsoppgaver.

4.5 Boformer

Hovedstrategien for å møte framtidens utfordringer er å utnytte den relativt stabile demografiske perioden vi nå er inne i - til en gradvis utbygging av tilbudet. Den største økningen i antall eldre forventes fra 2025.

I fagmiljøene er det enighet om at nye institusjoner og omsorgsboliger bør bygges som små bogrupper. Hensikten er å skape oversiktlige og rolige omgivelser som stimulerer til aktiviteter som kan bidra til større trygghet og mestring for personer med demens. Små bokollektiv og avdelinger med aktivitetsmuligheter og direkte adgang til utearealer er bedre enn institusjoner i flere etasjer med lange korridorer. Tilrettelegging av utearealet(sansehager) har også vist å ha positiv effekt på velvære og atferd hos personer med demens.

Mindre boenheter kan dessuten tilrettelegges for å gi et spesialisert tilbud til personer med store atferdsmessige og psykologiske tilleggsproblemer.

Namsos sykeheim har 24 plasser for skjermet demensomsorg fordelt på to etasjer. Erfaringen er at det er vanskelig å skape trygghet og gi individuell behandling med 12 pasienter i hver gruppe. Omgivelsene kan være lite stimulerende for fysisk spreke pasienter, da disse får for liten mulighet til bevegelse og fysisk aktivitet.

Tiltak

- **Tilpasning**
 - Endret inndeling av demensavdelinga ved sykeheimen er et tiltak som er beskrevet og høyt prioritert i Omsorgsplanen. Avdelinga er i dag inndelt i 2 enheter med 12 pasienter i hver. Demensplanen foreslår en inndeling hvor 6 pasienter bor på hver enhet (til sammen 4 enheter). Demensplanens hovedprinsipp når det gjelder boformer er at det bør bygges/ tilpasses små bogrupper med stabilt personale. I tillegg til fysisk inndeling vil dette medføre økt bemanning - hver enhet; bestående av 6 pasienter må bemannes med 2 pleiere.
 - Vurdere mulighetene for å utbedre eksisterende avdelinger ved sykeheimen og ved bo og servicesentrene ("smått er godt")
 - Utforming av sansehager bør være tiltak for alle bo og servicesentrene og sykeheimen.
- **Ulike botilbud**

Planen anbefaler at det nedsettes en prosjektgruppe som kan utrede muligheter for å kunne gi et differensiert tilbud til ulike grupper – for eksempel i kollektiv eller bygge i tun. Det kan søkes om midler til bygging gjennom Husbanken

4.6 Kompetanse

Brukere med demenssykdom utgjør en stor andel av kommunens tjenestemottakere og mange yrkesgrupper befatter seg daglig med utfordringer knyttet til demens.

Å sikre framtidens demensomsorg tilgang på tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert personell er en stor utfordring.

Med et økende antall personer med demens vil kravet om kompetanse være av både kvantitativ og kvalitativ art:

- **Styrking av antall årsverk**

Namsos kommune har, i likhet med landets øvrige kommuner, en høy andel deltidsstillinger. Personer med demens har behov for kontinuitet og stabilitet. Behovet imøtekommes ikke når de stadig må forholde seg til "nye" personer. Terapeutisk miljøbehandling krever god kjenneskap til personen med demens og opparbeidelse av et kommunikasjonsforhold som er bygget på tillit. Kommunen må arbeide for å heve stillingsbrøker og det er i tillegg behov for flere stillinger.

- **Beholde, rekruttere og kvalifisere personell**
Kommunen må legge til rette for utdannings og rekrutteringstiltak og en styrking av den faglige kompetansen om psykisk helse, geriatri og demenssykdommer. Høgskolen i Nord-Trøndelag blir en nær og viktig samarbeidspartner.
- **Styrke legetjenesten og bedre den medisinske oppfølgingen**
Flere undersøkelser (Shdir) tydeliggjør hvor viktig tilstrekkelig legedekning med god faglig kompetanse om Eldres helse og sykdommer er for kvaliteten av den medisinske tjenesten på sykehjem. Funnene viser at en god legetjeneste bedrer kommunikasjon mellom lege og pleiere og fører til mindre feilemedisinering og mindre bruk av psykofarmaka. Demensplanen ser det derfor som en viktig strategi å styrke legetjenesten ved sykeheimen og samtidig vurdere kvaliteten på legesamarbeid i hjemmetjenesten.
- **Styrke spisskompetanse og tverrfaglighet**
Kommunen ønsker å utvikle spisskompetanse og synliggjøre tjenestetilbudet. Dette vil øke tilbudets tilgjengelighet, lette samhandling og bidra til generell kunnskapsheving. Ved opprettelse av stillinger bør målsettingen være å tilstrebe et større repertoar av faglig kompetanse.
- **Økt fokus på utvikling av gode miljøtiltak, praksisnær forskning og etisk kompetanse**
 - De faglige og etiske utfordringene krever reflekterte holdninger og gode kunnskaper hos personalet. Det bør tilrettelegges for både teoretisk påfyll og rom for refleksjon og veiledning i den enkeltes arbeidsdag.
 - Det foregår stor forskning på demensområdet og funn som kan lede til kurativ behandling vil bli revolusjonerende. Demens kan per i dag ikke helbredes og innsatsen må rettes mot miljøbehandling som kan skape best mulig betingelser for livskvalitet og mestring hos personene som rammes

Tiltak

- **Flere årsverk og økte stillingsbrøker**

I kommunens omsorgsplan skisseres en kapasitetsvekst i antall årsverk fram mot 2030.

Under forutsetning av at hjemmesykepleie og praktisk bistand drives slik som i dag vil økning i antall personer over 67 år kreve en økt bemanning på 20 årsverk. I tillegg vil utvidelse av plasser i sykeheim og bo og servicesenter til sammen utgjøre en økning på 17 årsverk.

Ser en på brukersammensetningen vil en stor andel av disse omfattes av demensomsorgen.

Samtidig som en gradvis oppretter flere stillinger bør kommunen tilstrebe større stillingsbrøker. Dette vil ikke bare påvirke kvaliteten på omsorgen, men også være viktig som et rekrutteringstiltak og kunne forbedre muligheten til å beholde kvalifisert personell.

Ved opprettelse av nye stillinger bør kommunen søke tverrfaglig kompetanse.

- **Kompetanseheving**

I regi av kompetansesenteret: *Aldring og helse* er det utarbeidet et opplæringsprogram som har som formål å heve grunnkunnskapen om demens blant ulike yrkesgrupper. Opplæringspakken; **Demensomsorgens ABC** består av studiehefter som skal benyttes i tverrfaglige refleksjonsgrupper på den enkelte arbeidsplass. Specialisthelsetjenesten er samarbeidspartner og skal hjelpe til med å arrangere halvårslige fagdager. Namsos kommune har søkt Fylkesmannen om simuleringsmidler for 80 deltakere, og det er planlagt oppstart i gruppene i løpet av høsten-09. Yrkesgruppene som er representert er sykepleiere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter og dekker både hjemmetjenesten, bo og servicesentrene og sykeheimen.

Arbeidet i studiegruppene vil ha effekt på generell fagutvikling og vil virke positivt på holdninger og etisk tilnærming.

Studiegruppene vil også være en viktig arena for implementering av nytt regelverk som omhandler helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse. (nytt kapittel i Pasientrettighetsloven fra 1/1 -09)

- **Styrking av legetjenesten**

Demensplanen foreslår opprettelse av egen tilsynslege ved demensavdelinga.

Planen ønsker også økt fokus på og evaluering av kvaliteten på samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenesten/ bo og servicesentrene.

- **Utvikling av innholdet i demensomsorgen**

For å skape "Den gode dagen" bør kommunen sette søkelys på både fysiske og psykososiale rammebetingelser, relasjon og samspill, kommunikasjon og miljøterapeutiske metoder. Ulike miljømetoder tas i bruk, men det er behov for utvikling og forskning omkring organisering og effekt av disse. Praktisnær forskning bør settes på dagsorden.

- **Hospiteringsordninger** innad i kommunen og mellom kommune og sykehus bør utarbeides.

4.7 Sårbare grupper

Framtidas omsorg må være forberedt på behov hos mennesker med ulike forutsetninger og betingelser knyttet til demensutvikling.

Mennesker med utviklingshemming er sårbare i utgangspunktet fordi de har redusert hjernefunksjon og det kan være vanskeligere å oppdage endringer og symptomer på demens. Disse personene kan ha behov for skjerming men har også behov for en tilrettelagt hverdag med muligheter for mestring. Utfordring: å planlegge med henblikk på likeverd og lik behandlingsmulighet. Fortsatt omsorg i egen bolig eller skjermet institusjonsomsorg?

Yngre personer med demens

Diagnosen kan ofte være vanskelig å stille. Sykdommen kan arte seg ulikt og oppleves annerledes hos yngre enn hos eldre. Utfordringer; arbeidsliv, familieliv – omsorg for pårørende(barn ,ektefelle), hvordan skape livskvalitet og mestring på andre arenaer?

Personer med innvandrerbakgrunn og demens

Utfordringer knyttet til ulike folkeslag, kultur(holdninger til sykdommen og hjelpeapparatet), språkforskjeller, familieomsorg.

Tiltak:

- Skaffe oversikt over omfanget og hvilke tilbud som eksisterer i kommunen i dag
- Øke kunnskap (utdanning, innhente erfaring fra andre kommuner)
- Spisskompetanse i ulike enheter

4.8 Anbefalte Tiltak

Prioritet	Tiltak
1	Kompetansehevingsprosjekt Demensomsorgens ABC
1	Bemanningsøkning, jfr.Omsorgsplan
1	Tilpasning demensavdelinger Namsos sykeheim
1	Bedret avlastningstilbud
1	Opprette demensteam, jfr. Omsorgsplan
2	Utbedre dagtilbudet i kommunen, jfr Omsorgsplan
2	Etablere pårørendeskole/ samtalegrupper
3	Utarbeide Informasjonsmateriell
3	Utrede behov for differensierte botilbud, jfr. Omsorgsplan

Litteraturliste

Engedahl/Haugen: *Demens. Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse 2006

Barstad,S.(2005) *Spøll åt me. Fire innlegg på Helse- og omsorgsdepartementets*

dialogkonferanse – mars 2005

<http://www.odin.no/hod/norsk/tema/p30006500/p30006502/048071-990099/dok-bn.html> (25.02.2005)

Helse og Omsorgsdepartementet: *Demensplan 2015. Den gode dagen*. 2007

HOD: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2006) *Stortingsmelding nr.25. Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*
Oslo: GAN Grafisk AS

Jakobsen, Schwartz: *Daycenter for home resident demented person*. Bachelorgradsoppgave i vernepleie 2006. Høgskolen i Nord Trøndelag avd. Namsos

Sosial og helsedirektoratet(Shdir): *Glemsk men ikke glemt. Om dagens situasjon og framtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. 2007

Statistisk sentralbyrå: *Befolkningsframskrivninger*