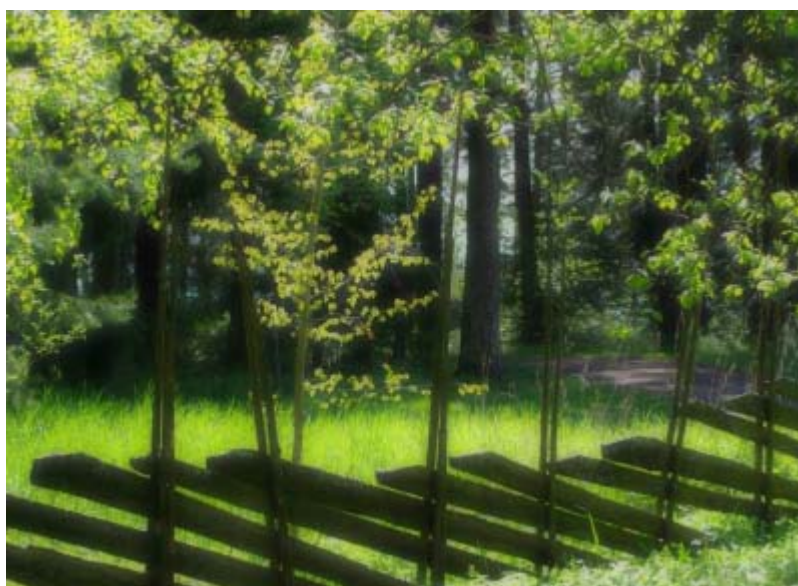




DEMENSPLAN 2008 - 2020

Rakkestad kommune



Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
1.1. BAKGRUNN FOR PLAN	3
1.2. PLANGRUPPA.....	3
1.2.1. Gruppen har bestått av følgende personer:.....	3
1.2.2. Andre personer som plangruppen har vært i kontakt med underveis i.....	4
prosessens:	4
2. BEFOLKNINGSPROGNOSER	4
Fig. 5 Prognose for antall med demenssykdom i Rakkestad	6
Østfold Analyse juni 2008.....	6
3. UTFORDRINGER FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE.....	7
3.1. UTREDNING OG DIAGNOSTISERING.....	7
3.2. HJEMMEBOENDE PERSONER MED DEMENS	8
3.3. BOFORMER.....	9
3.4. BEHANDLING OG TILRETTELEGGING AV TJENESTER	9
3.5. PERSONER MED SÆRSKILTE BEHOV	9
3.5.1. Personer med utfordrende adferd	9
3.5.2. Yngre demente	10
3.5.3. Psykisk utviklingshemmede.....	10
3.5.4. Personer med minoritetsbakgrunn.....	10
3.6. PÅRØRENDE, FRIVILLIGHET OG INFORMASJON.....	10
3.7. PERSONELL OG KOMPETANSE.....	11
4. TILTAK FOR DEMENSOMSORGEN I RAKKESTAD KOMMUNE	12
4.1. HOVEDMÅL:	12
4.2. TILTAK:	12
4.2.1. Diagnostikk/utredning.....	12
4.2.2. Formidling av diagnose og oppfølging	12
4.2.3. Demensteam	12
4.2.4. Frivillighet / foreninger	13
4.2.5. Hjemmebaserte tjenester	13
4.2.6. Dagtilbud.....	13
4.2.7. Avlastningsopphold /korttidsopphold	14
4.2.8. Omsorgsboliger	14
4.2.9. Bofellesskap for demente	15
4.2.10. Skjermet enhet.....	16
4.2.11. Forsterket enhet.....	16
4.2.12. Boliger for utviklingshemmede.....	17
4.2.13. Kriterier for tildeling av de ulike tilbud/boformer.	17
4.2.14. Kompetanse	17
5. OPPSUMMERING - VEIEN VIDERE	18
6. PRIORITERTE TILTAK MED ØKONOMISKE KONSEKVENSER	19
6.1. Demenskontakt i hjemmesykepleien sett i forhold til tiltak i omsorgskjeden, fra punkt 1.	19
6.2. Utbedre / bygge om avdeling B, skjermet enhet, fra en enhet på 11 plasser til 2 x 8 (6)plasser.	19
6.3. Dag- og kveldstilbud	20
6.4. Bofellesskap	20

1. INNLEDNING

Demens er en samlebetegnelse på flere ulike type sykdommer. Det blir derfor i et medisinsk perspektiv feil å snakke om demens som bare en sykdom. Demens har i mange år blitt kalt senil demens noe som vi nå vet er et sammensatt begrep. Vi vil likevel for enkelhets skyld senere i dokumentet omtale gruppen pasienter som "demente".

De fleste eldre mennesker vil i perioder ha svingninger i sin kognitive funksjon, dette kan avhenge av for eksempel dagsform, somatisk sykdom, skader og av typen demens.

I dag foregår det mye forskning på området demens og kognitiv svikt hos de eldre, og det blir derfor i fremtiden også viktigere for pasienten, og ikke bare av akademisk interesse, å få stilt rett diagnose så tidlig som mulig.

Som tidligere nevnt er det flere ulike typer demens, f. eks. Alzheimers demens som er den vanligste, vaskulærdemens, Lewy legemer demens og Parkinson demens. Da den medisinske behandlingen av disse typene demens kan variere er det derfor viktig at rett diagnose blir stilt. Dessuten vil behandlingen ofte hjelpe de som er i begynnelsen av sin demens bedre enn de som er kommet langt ut i sykdommen.

1.1. BAKGRUNN FOR PLAN

Vi står overfor store omsorgsutfordringer som en følge av økt levealder og endret alderssammensetning. Det betyr at antall personer med ulike demenslidelser vil bli fordoblet i løpet av de neste 35 år. Mest sannsynlig vil den største veksten komme om 10 – 15 år. Det vil ta tid å planlegge dette, både med tanke på bygningsmasse, organisering av tjenester og kompetanse. Omsorgsplan 2015 "Mestring og mening" og Demensplan 2015 "Den gode dagen" gir kommunene et godt utgangspunkt for å utarbeide egne demensplaner. De skisserer utfordringene på bakgrunn av befolkningsendring de neste år, samt at forskning på demens gir oss mer kunnskap. Demensplanen bør være en del av en kommuneplan for pleie og omsorgstjenesten, som det bør jobbes med videre med. En demensplan skal klargjøre hva som bør prioriteres av tilrettelagte tjenester til demente innenfor pleie- og omsorgstjenesten de nærmeste årene. Hovedmålet må være å forbedre og tilpasse dagens tjenestetilbud til demente i Rakkestad kommune og planlegge fremtidens omsorgskjede for mennesker med demens.

1.2. PLANGRUPPA

En bredt sammensatt gruppe har utarbeidet en demensplan for Rakkestad kommune i årene frem mot 2020.

1.2.1. Gruppen har bestått av følgende personer:

Berit Kvalsnes, enhetsleder hjemmesykepleien
Anita Buer, enhetsleder sykehjem
Marianne Ørka Hansen, enhetsleder sykehjem
Torill Mathisen, aktivitet ved miljøbasen og skjermet enhet, Skautun
Ann Helen Lund, koordinator miljøarbeidertjenesten
Vivian Sandvold, vernepleier ved skjermet enhet
Kirsti Engedahl, seksjonsleder Seksjon pleie, rehabilitering og omsorg

Grethe Strekerud Larsen, kvalitetskoordinator

1.2.2. Andre personer som plangruppen har vært i kontakt med underveis i prosessen:

Arealplanlegger Espen Glosli fra Teknikk og miljø
Psykisk helsearbeid v/psykiatrisk sykepleier Lisbeth Sikkeland
Sykehjemslege Espen Storeheier
Pårørenderepresentanter ved Skautun.
Representanter fra Eldrerådet.

Plangruppen har vært på besøk i Sarpsborg kommune for å se hvordan de har organisert sin demensomsorg med spesielt fokus på bofellesskap og dagtilbud. Noen medlemmer i gruppa har vært på kurs med demens som tema.

2. BEFOLKNINGSPROGNOSER

I dag finnes det cirka 66 000 personer med demens i Norge. Forekomsten av demens stiger med økende alder.

Forekomsten av demens på landsbasis i aldersgruppen 65-69 år er 0,9%, 17,6% i aldersgruppen 80-84 år, og fra 90 år og oppover har 40,7% utviklet en demenssykdom.

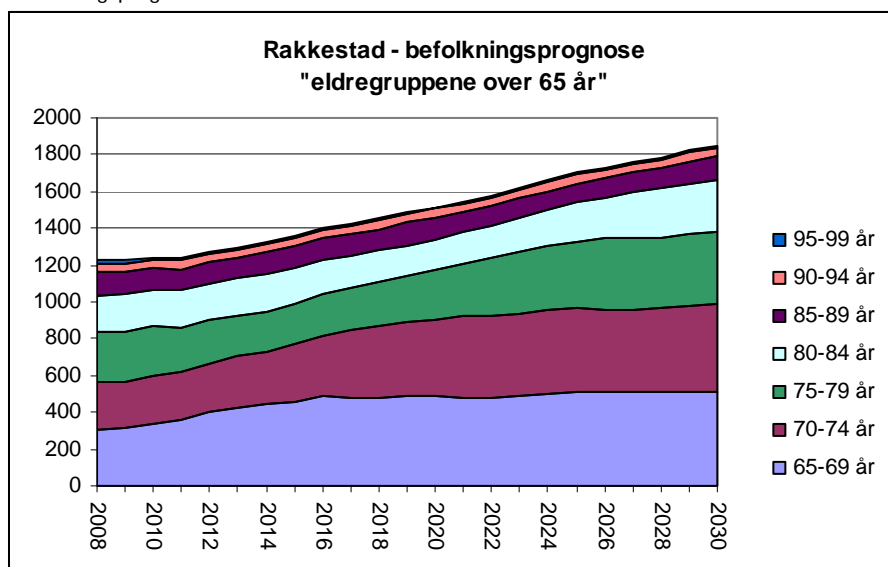
Fig.1 Forekomst av demens på landsbasis

Sykdomsfrekvenser for demente (% av befolkningen i aldersgruppen)	
65-69 år	0,9 %
70-74 år	2,1 %
75-79 år	6,1 %
80-84 år	17,6 %
85-89 år	31,7 %
90-94 år	40,7 %
95-99 år	40,7 %

Dette er basert på forskning, blant annet Rotterdam-studien, Euroderm, i 1995 og en norsk studie av Engedal og Haugen i 1993 er forekomst av demens beregnet i ulike aldersgrupper.

Fra rundt 2020 må vi regne med en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år. Det medfører en sterk økning i antallet personer med demens.

Fig. 2 Befolkningsprognose for Rakkestad



Østfold Analyse juni 2008

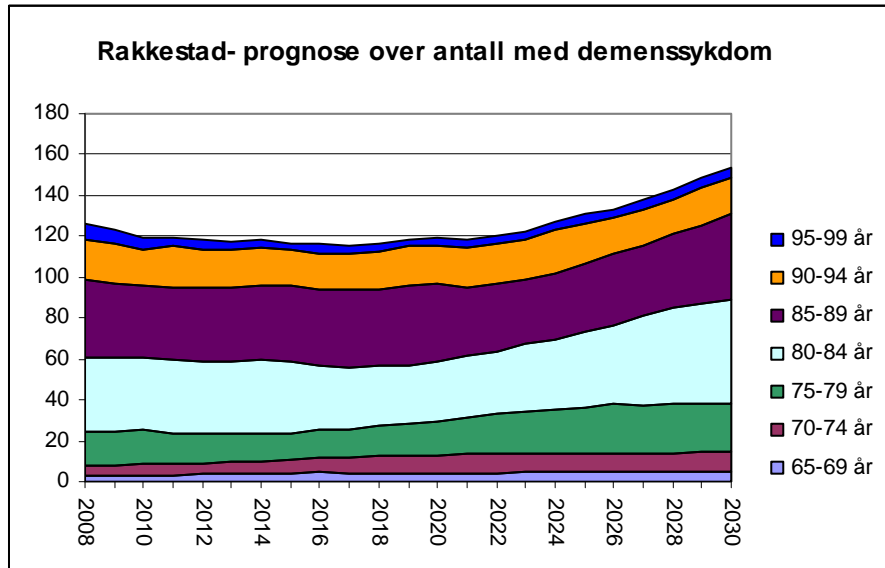
For Rakkestad sin del ser vi en størst økning i gruppen 65-69 år frem mot 2020. Den største økningen av eldre totalt i Rakkestad vil være fra 2020 – 2030 i aldersgruppene 70 -74 år, 75-79 år og 80-84 år.

Fig. 3 Befolkningsprognose for Rakkestad

Rakkestad - befolkningsprognose - estimeringsperiode årene 2001-2007																							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
65-69 år	302	310	341	355	404	427	445	457	491	481	483	488	486	473	482	491	504	515	515	515	509	507	510
70-74 år	262	257	255	267	260	278	285	312	326	369	390	407	418	449	441	444	449	448	437	445	453	466	475
75-79 år	269	274	271	239	233	222	219	218	229	224	239	247	271	282	320	340	355	365	392	385	389	394	393
80-84 år	204	204	203	205	203	199	204	200	178	173	166	166	167	176	172	185	192	211	220	249	266	278	285
85-89 år	121	115	110	112	114	116	117	116	119	119	118	122	119	105	104	100	103	104	110	108	115	121	133
90-94 år	48	48	43	50	45	46	44	42	43	44	46	47	46	48	49	48	51	49	43	43	42	45	45
95-99 år	18	16	15	11	11	10	10	9	11	10	10	9	9	10	10	10	11	11	11	11	12	12	12
Tot. befolkn. over 65 år	1224	1224	1238	1239	1270	1298	1324	1354	1397	1420	1452	1486	1516	1543	1578	1618	1665	1703	1728	1756	1786	1823	1853

Østfold Analyse juni 2008

Fig. 4 Prognose over antall med demenssykdom



Østfold Analyse juni 2008

Fig. 5 Prognose for antall med demenssykdom i Rakkestad

Rakkestad kommune - prognose for antall med demens-sykdom																							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
65-69 år	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
70-74 år	6	5	5	6	5	6	6	7	7	8	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10	10	10
75-79 år	16	17	17	15	14	14	13	13	14	14	15	15	17	17	20	21	22	22	24	23	24	24	24
80-84 år	36	36	36	36	36	35	36	35	31	30	29	29	29	31	30	33	34	37	39	44	47	49	50
85-89 år	38	36	35	36	36	37	37	37	38	38	37	39	38	33	33	32	33	33	35	34	36	38	42
90-94 år	20	20	18	20	18	19	18	17	18	18	19	19	19	20	20	20	21	20	18	18	17	18	18
95-99 år	7	7	6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5
Antall med demens-sykdom	126	123	119	120	118	118	118	117	116	116	117	119	119	119	120	122	127	131	133	138	143	149	154

Østfold Analyse juni 2008

De ulike tabellene viser ingen stor økning av demente før i 2020. I de senere årene har vi sett et økende antall demente med behov for tilrettelagte tilbud. Tjenestetilbudet i kommunen har ikke vært tilstrekkelig for å møte dette behovet. Selv om prognosene ikke viser noen stor økning, må det satses på en bedre organisering og en videreutvikling av tjenestene. Ulike grupper kan forskyve prognosene og medføre økt antall demente frem mot 2020.

Det som ikke kommer frem i prognosene og som kan medføre en økning av demente og som kan få behov for tilrettelagte tjenester innen demensomsorg:

- **Yngre demente under 65 år.**
- **Demens som en følge av rus – og alkoholsmisbruk. Dette er noe som også kan komme til å øke i årene fremover.**
- **Tilflytting av eldre fra andre kommuner / byer. Det kan bli en større tilflytting enn det vi ser i dag og det kan øke antall eldre mer enn det prognosene sier.**

- **Personer med minoritetsspråklig bakgrunn som utvikler demens.**
- **Psykisk utviklingshemmede, antall eldre øker i denne gruppen og det er en overhyppighet av demens hos denne gruppen.**

Prognosene gir oss en veiledning og en klargjøring på at vi må organisere tjenestetilbudet til demente i kommunen. Vi har erfart i lengre tid at det er utfordringer og begrensninger i tilrettelagte tilbud for demente. Kommunen må derfor utbedre og organisere dagens tilbud til demente samt at vi skal være forberedt på å møte det som ikke kommer frem i tabellene.

3. UTFORDRINGER FOR PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

Demensomsorgen bør i størst mulig grad være en integrert del av det helhetlige helse- og sosialtjenestetilbudet i kommunen. I Rakkestad er det i dag kun ett tilrettelagt tilbud til demente, en skjermet enhet med 11 plasser på Skautun sykehjem. Som en følge av behov og etterspørsel tilbys det også avlastning og dagopphold.

For Rakkestad er det nødvendig å styrke og bygge ut tilrettelagte tilbud til demente. De fleste demenssykdommer utvikles over tid og det er behov for å differensiere og tilrettelegge tjenestetilbudene alt etter hvilken fase av sykdommen den enkelte befinner seg i og hva slags familiesituasjon de har. Det er behov for et bredere spekter av tiltak som kan gi rett tilbud til den enkelte demente og lette situasjonen for deres pårørende. Et godt og fleksibelt dagtilbud og avlastningstilbud kan utsette behovet for et heldøgns omsorgstilbud for mange. For personer som trenger heldøgns omsorg vil en plass i et tilrettelagt bofelleskap være et godt egnet tilbud. Andre kommuner som f. eks Sarpsborg har gode erfaringer med slike bofelleskap. For personer som har en større grad av uro og trenger skjerming fra ulike stimuli, kan skjermede enheter i sykehjem være best egnet.

Innholdet i behandlingen av demente er viktig. Å tilrettelegge det bygningsmessige er ikke tilstrekkelig. Sammensetningen av beboergrupper, vurdering av den enkeltes behov og et faglig innhold i behandlingen er svært viktig.

I Rakkestad har vi pr. i dag ulike typer sykehjemsavdelinger, omsorgsboliger og hjemmetjenester. Det vil også være naturlig å tenke at flest mulig personer med demens skal bo hjemme så lenge som mulig.

Det regnes at cirka halvparten av de demente i en kommune er hjemmeboende.

Mange av de som har heldøgns omsorgstilbud i sykehjem er demente. Disse utfordringene som er nevnt her gir oss klare indikasjoner på at det er helt nødvendig med en demensplan, hvor ulike tiltak prioriteres for kommende handlingsplanperioder.

3.1. UTREDNING OG DIAGNOSTISERING

For å kunne gi den enkelte demente en hensiktsmessig behandling og omsorg må det foretas en utredning. En diagnose gir både personer med en demenssykdom, deres pårørende og hjelpeapparatet en realistisk mulighet for planlegging og iverksetting av nødvendige tiltak. Primærhelsetjenesten har ansvaret for utredning og diagnostisering av personer med demens.

I lov om helsetjeneste i kommunene § 1-2 står det at "kommunenes helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver: diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte." I utredningsfasen er det viktig å henvise til spesialisthelsetjenesten. Det må utvikles rutiner for utredningsarbeidet. Jo tidligere og bedre diagnostisering blir gjort, jo bedre informasjon kan man gi til pårørende. Det vil også gi et bedre tilpasset tjenestetilbud til den enkelte demente.

I Rakkestad er det pr. i dag ikke organisert kontakt med fastleger der hjemmesykepleien kan samarbeide om personer som utvikler demens.

Når det gjelder hjemmeboende personer med demens, må det iverksettes rutiner for samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene.

Målet med utredning og diagnostisering må være å øke kapasiteten og heve kvaliteten i utredning av personer med symptomer på demens.

3.2. HJEMMEBOENDE PERSONER MED DEMENS

På landsbasis er det i dag ca 30 000 personer med demens som bor i eget hjem.. Frem til år 2020 vil antallet øke til om lag 40 000. Det innebærer et økt antall brukere med demens i hjemmetjenesten og mange av dem er avhenging av tilrettelagte omsorgstjenester i hjemmetjenesten.

Det økende antall personer med demens som bor i eget hjem vil stille store krav til kommunen i henhold til å organisere, dimensjonere og tilrettelegge hjemmetjenestene og å sørge for at det er tilstrekkelig kompetanse i personalgruppene til å kunne gi faglig forsvarlig tjenestetilbud.

Det er et mål at alle skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester i eget hjem. Det er en utfordring å tilrettelegge tjenestene for personer med demens slik at den enkelte og deres pårørende opplever trygghet og sikkerhet.

Det beste for den demente er at ting skjer regelmessig, få personer å forholde seg til, og at hjemmesykepleien har kunnskap om demens.

Personer med demens trenger tett oppfølging i forhold til stell, matsituasjoner og medisinerings som er tilrettelagt den enkeltes behov.

I Rakkestad ser vi at hjemmeboende demente som bor alene ofte får tett oppfølging av familie og pårørende i tillegg til hjemmesykepleien. Mange demente bor også i omsorgsbolig. Dette er mulig med fast bemanning, daglige rutiner og vedtak tilpasset den enkelte. Her kan kommunen videreutvikle botilbud til demente ved å se på eksisterende omsorgsboliger og utvikle tilbudet til å bli trygge boformer for lettere demente som ikke trenger en skjermet avdeling.

Hos demente som bor sammen med ektefelle er hjemmesykepleien mindre inne i bildet, ofte er det ikke de tjenestene som hjemmesykepleien tilbyr de mest aktuelle her. Noen har faste besøk, andre har vedtak der hjemmesykepleien kan kontaktes ved behov.

Det hjemmesykepleien erfarer er at pårørende til demente ofte trenger dagtilbud, avlastning og veiledning i forhold til demenssykdommen.

Hjemmesykepleien har pr i dag ingen fast demenskontakt som familie og pårørende kan henvende seg til. Det er heller ikke organisert samarbeid med fastleger der vi kan samarbeide om personer som utvikler demens her i kommunen. Hjemmesykepleien kommer inn i bildet når sykdommen har fått utviklet seg en stund.

Dette er to tjenester det bør jobbes videre med for at vi kan komme tidligere inn med tjenestene.

3.3. BOFORMER

Demens gir ulike typer adferd og tilrettelegging av boformer må ta hensyn til dette. En demenssykdom gir svikt i hukommelse, oppmerksomhet, steds- og tidsorientering og forståelse for rom og retning. Det fysiske miljø må tilrettelegges med tanke på best mulig mestring for slik funksjonsvikt.

Med tilrettelagt boform for personer med demens menes skjermet enhet i sykehjem eller omsorgsbolig / bofellesskap med bemanning. Fra 2005 viser en oversikt at dekningsgraden av tilrettelagt botilbud bare var 14 %. På generell basis sier man at opp mot 80 % av de som bor i sykehjem har en demenssykdom.

Som tidligere nevnt har Rakkestad kun en tilrettelagt boform for demente med 11 plasser. Der er det alle typer demensdiagnoser med ulikt funksjonsnivå. Det bor demente med ulikt funksjonsnivå i egne boliger, omsorgsboliger og i andre avdelinger på Skautun.

Det er et tilbud om avlastning i turnus på skjermet enhet og et dagtilbud ved miljøbasen på Skautun inntil 5 dager pr. uke.

Omsorgsbolig kan fortsatt være en egnet boform avhengig av diagnose, funksjonsnivå, hjelpebehov og bemanning.

De personer med demens som har store adferdsmessige tilleggsproblemer vil ha behov for en mindre boenhet med nødvendige bygningsmessige tilpasninger. En slik enhet krever økt bemanning, faglig spesialisering og veiledning av personalet. Tilrettelegging av uteareal er også viktig for demente.

I utgangspunktet er 11 plasser for lite og enheten er lite funksjonell. Dagpasienter som har tilhørighet ved miljøbasen er også brukere av enheten. Når dagpasienter /avlastningspasienter får et økende omsorgsbehov som tilsier at de trenger en tilrettelagt boform, har Rakkestad kommune pr. i dag for få plasser å tilby.

De ulike tilrettelagte boformene krever klare kriterier for hvem som tildeles plassene.

Det må være klare kriterier for hvem som skal få plass ved en skjermet enhet.

3.4. BEHANDLING OG TILRETTELEGGING AV TJENESTER

Miljømessig tilrettelegging har som mål at den enkeltes funksjoner skal bevares lengst mulig. Dersom miljøet er understimulerende eller stressende, blir adferd og følelsesmessige reaksjoner mer negative enn nødvendig. Eksempler på dette er manglende fysisk tilrettelegging av bolig og bomiljø, mangel på individuelt tilrettelagte tjenester og mangelfull faglig kompetanse hos personalet.

3.5. PERSONER MED SÆRSKILTE BEHOV

3.5.1. Personer med utfordrende adferd

Situasjonen er bekymringsfull når det gjelder utredning og behandling av psykiske tilleggs lidelser hos personer med demens, dvs. personer med adferdsmessige og psykiske symptomer. Kommunehelsetjenesten har ansvaret for denne brukergruppen i samarbeid

med spesialisthelsetjenesten. Denne gruppen krever særdeles godt tilrettelagt bomiljø (forsterket enhet). Det settes også store krav til kompetanse hos personalet.

3.5.2. Yngre demente

Ikke bare eldre, men også yngre personer under 65 år kan utvikle demens. Yngre personer med demens kan henvises til spesialisthelsetjenesten. Både den som selv får sykdommen og deres familie har stort behov for informasjon, råd og veiledning. Det kan ikke forventes at helsepersonell i den enkelte kommune har tilstrekkelig kompetanse og erfaring. Spesialisthelsetjenesten må ta et spesielt ansvar for å gi veiledning, utarbeide individuelle planer og bidra til å heve kompetanse i kommunehelsetjenesten.

3.5.3. Psykisk utviklingshemmede

Det er en overhyppighet av demens hos utviklingshemmede, særlig hos de med Downs syndrom og andre med fysiske skader i hjernen. Utviklingshemmede utvikler også demens tidligere enn andre. Det er vanskelig å diagnostisere demens hos utviklingshemmede. Viktig med kjente ansatte som ser endring hos beboerne, og kan kommunisere med dem.

3.5.4. Personer med minoritetsbakgrunn

Det er en mulighet for at økt tilflytting i fremtiden kan medføre flere eldre med minoritetsbakgrunn. Her vil blant annet utfordringer som språk og kommunikasjon være aktuelle.

3.6. PÅRØRENDE, FRIVILLIGHET OG INFORMASJON

En demenssykdom omfatter fra starten langt flere enn den som får diagnosen. Det er de pårørende som observerer de første symptomene på demens og blir konfrontert med den sykes angst og usikkerhet. Pårørende er i de fleste tilfeller ektefeller og voksne barn. Pårørende opplever en sorgprosess ved det å få en dement i familien og dette takles på ulike måter. Noen mestrer forandringen i hverdagen bedre enn andre. Å skaffe seg kunnskap om demenssykdommen og om egen livssituasjon krever aktiv handling. Det er ikke alle som får det til uten hjelp utenfra. Omsorgen i hjemmet for den demenssyke kan forlenges og en innleggelse i institusjon utsettes med tilrettelegging og avlastning for pårørende. Det er viktig å legge til rette for en informasjonsstrategi i nært samarbeid med frivillige organisasjoner.

Det er behov for å forbedre samordning og utvikling av samarbeidet med frivillige. Med frivillige menes frivillige og humanitære organisasjoner, frivillighetsentral og helse- og velferdssentra.

Viktige problemstillinger som bør drøftes er den frivillige innsatsen som ytes til personer med demens og deres pårørende slik at den kan bli målrettet, samordnet og styrket. Det er viktig at det gis opplæring og informasjon til de frivillige som yter innsats overfor personer med demens og deres pårørende.

Informasjonsarbeid er viktig for å øke bevisstheten om demens. Hovedformidlingen av informasjon vil foregå i kommunen gitt av fastlege og helsepersonell.

Det viser seg i studier lokalt (2008) at informasjon og kommunikasjon mellom fagpersoner, helsetjenesten og fastlegen er av vesentlig betydning for pårørende med omsorg for ektefelle med demens. Informasjon om hvordan de kan mestre utfordringer og konflikter i hverdagen har for de spurte betydning mye. Å kunne snakke med andre pårørende i grupper var av stor betydning for flere.

3.7. PERSONELL OG KOMPETANSE

Med økende antall demente er utfordringen å skaffe personell med fagutdanning og kompetanse innenfor demens.

Vi ser at veiledning av personalet kan være mangelfullt i dag. Det er viktig at veiledning blir gitt til personalgrupper som arbeider med demente personer. Det er også viktig å gi ønsket kompetanse for å beholde og rekruttere personell. Det må legges til rette for at ufaglærte tar grunnopplæring.

Det er i dag et fåtall med videreutdanning innenfor geriatri/demens men har mange ansatte med lang erfaring innenfor dette området.

Antall timer med sykehjemslege og samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktige områder som bør styrkes.

4. TILTAK FOR DEMENSOMSORGEN I RAKKESTAD KOMMUNE

Tiltakene tar utgangspunkt i omsorgskjeden / tilrettelagte tilbud for demente.

4.1. HOVEDMÅL:

Sikre et variert og tilstrekkelig omfang av omsorgstjenester tilpasset den enkelte dementes behov og deres pårørende, og som kan bidra til at flest mulig kan bli boende i egen bolig. Det skal kunne tilbys tilrettelegging for spesielle behov.

4.2. TILTAK:

4.2.1. Diagnostikk/utredning

MÅL:

Den enkelte bruker skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens.

For at dette skal fungere er det nødvendig at både fastleger og helsepersonell i kommunene har kunnskap og kompetanse i forhold til diagnostisering, og at det finnes tilbud i spesialisthelsetjenesten som kan gi råd og veiledning til kommunehelsetjenesten.

- Samarbeid mellom fastlege/hjemmesykepleie
- Samarbeid kommunehelsetjenesten – spesialisthelsetjenesten.
- Utvikle rutiner

4.2.2. Formidling av diagnose og oppfølging

MÅL:

Skal være utviklet et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å få til en sammenheng og forutsigbarhet i behandlingen.

- Viktig å følge opp de som har fått diagnosen demens og deres pårørende.
- Samarbeid mellom fastleger, hjemmesykepleie, hjemmehjelp og kontaktperson demensteam må settes i system = rutiner.

4.2.3. Demensteam

MÅL:

Et demensteam skal være sammensatt av fagpersoner innenfor kommunehelsetjenesten og som samhandler / utvikler demensomsorgen.

- Et demensteam kan bestå av personer fra hjemmesykepleien, sykehjem, dagtilbudet og evt. fastleger.
- Fortløpende evaluere demensomsorgen.
- En del av teamet kan være veiledere for demente og deres pårørende og henvise videre til frivillige organisasjoner, samtalegrupper m.m.
- En del av demensteamet kan også ha samtalegrupper for brukere / pårørende.
- Det er viktig at informasjon om ulike tilbud i kommunen til pårørende og den demente blir gitt fra helsepersonell og fastlege. Det kan annonseres i lokalavisa eller via en brosjyre.
Informasjon og kunnskap vil på lang sikt gi pårørende innsikt i demenssykdommen.

4.2.4. Frivillighet / foreninger

MÅL:

Det må være et system for informasjons- og opplysningsarbeid til de som skal bidra med frivillig innsats for demente og deres pårørende.

Samordningen med den frivillige innsatsen på demensområdet bør styrkes.

Frivillige / organisasjoner kan bidra med følgende:

- Støttekontakt
- Avlastningordning i hjemmet
- Gå turer
- Demenskafe
- Samtalegrupper
- Temakvelder

4.2.5. Hjemmebaserte tjenester

MÅL:

Hjemmebaserte tjenester kan bidra til at den demente kan bo lenger i eget hjem.

- Hjemmesykepleien kan være delaktig i utredning av demente.
- Hjemmesykepleien bør ha en demenskontakt som gi råd og veiledning til den demente og pårørende.
- For at hjemmebaserte tjenester skal kunne gi god behandling og tilrettelagte tilbud, er at de ansatte har basiskunnskap om demens og hvilke konsekvenser demenssykdommer har for den som rammes og deres familier.

4.2.6. Dagtilbud

MÅL:

Tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud.

Innholdet i et dagaktivitetstilbud styrkes på følgende områder: kultur, trivsel, måltider, hverdagsaktiviteter.

- Utvikle et fleksibelt dagtilbud med åpningstider dag, kveld, helg og helligdag.
- Den demente kan bo hjemme lenger og pårørende får avlastning.
- At det i større grad involveres frivillige i denne type tilbud.
- Dagtilbudet kan sees på i sammenheng med et bofellesskap for demente.

Grønn omsorg – mestring og gode opplevelser på gården – et alternativt dagtilbud

Gjennom nasjonale føringer (St. meld. 25) og en stadig økende gruppe mennesker som rammes av demens, oppfordres kommunene nå spesielt til å se på gode dag- og aktiviseringstilbud for denne gruppen.

Målet med å organisere dagtilbudet for personer med demens i grønn omsorg, er å skape et lite fellesskap i et naturlig og oversiktlig miljø på en gård. Målet for brukerne er å tilby samvær og aktiviteter i en naturlig ramme som de kjenner seg igjen i og kan trives med. Å oppleve mestring, trivsel og gode stunder sammen med andre mennesker gir gode følelser og betyr derfor en høyere livskvalitet.

Målgruppa er hjemmeboende personer med demens og dagtilbudet kan tilpasses alle aldersgrupper for personer med demens

Personer med demens som er tidlig i sykdomsutviklingen, opplever ofte tradisjonelle dagtilbud i sykehjem som lite egnet. Yngre personer med demens vil ofte ha opplevd å bli fratatt sin yrkesrolle, sertifikat og lidd andre tap som følge av sykdommen. Grønn omsorg kan delvis erstatte en arbeidssituasjon med kjente aktiviteter som er nyttige og som blir satt pris på. Fra å være passive hjemme, med behov for tilsyn og aktivisering av pårørende, får personene med demens et dagtilbud som kan gi en opplevelse av mestring, mening og muligheter.

4.2.7. Avlastningsopphold /korttidsopphold

MÅL

Avlastningsopphold / korttidsopphold er et sentralt tilbud til demente og deres pårørende slik at demente kan bo hjemme lengre og utsette heldøgns omsorgstilbud.

- Tilbudet må være fleksibelt slik at den demente kan bo hjemme lenger og pårørende får avlastning.
- Der hvor flere tjenester er inne i bildet som f.eks hjemmesykepleie og sykehjem, kan individuell plan være et godt redskap for samarbeid og kontinuitet i behandlingen av den demente.

4.2.8. Omsorgsboliger

MÅL

Omsorgsbolig kan være et aktuelt botilbud når behovet for hjelp og oppfølging øker for den demente som bor i egen bolig.

- Fast bemanning i omsorgsboligen.
- At tjenestene er tilrettelagte.
- Gi trygghet.

4.2.9. Bofellesskap for demente

Bofellesskap er et alternativ til omsorgsbolig som en tilrettelagt boform for demente. Bofellesskap kan samkjøres med dagtilbud.

MÅL

Tilrettelagt botilbud for demente som tildeles ut fra kriterier og være en individuelt tilpasset boform.

- Fast bemanning med heldøgns omsorg og pleie.
- Tverrfaglig sammensatt personalgruppe.
- Bygges i tilknytning til Skautun, viktig for fagmiljø / kompetanse
- Antall plasser: 8
- Evt. 2-3 plasser som benyttes til avlastning.
- Dagavdeling bør være i samme bygningsmasse og er et tilbud til hjemmeboende.
- Bemanning i bofellesskapet kan samkjøres med bemanningen på dagavdelingen.
- Rett kompetanse for de som arbeider i et bofellesskap

Sykehjem

Statistikk viser at om lag 80 % av beboere i sykehjem er demente.

Selv om det bygges bofellesskap vil det også være demente på vanlige sykehjemsavdelinger. Det avhenger av funksjonsbehov hos den enkelte. Etter som sykdommen utvikler seg kan demente få behov for heldøgns pleie og omsorg. De vil ha redusert evne til å se konsekvenser av egne beslutninger og redusert evne til å gi samtykke til behandling. Det innebærer at omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i skjermede enheter i sykehjem. Små og oversiktlige miljøer og stabilt personell med spesialkompetanse er viktig i omsorgen for aldersdemente. Spesielt tilrettelagte tilbud som skjermet enhet, kan bidra til mer trygghet og øke beboernes funksjonsnivå.

Fra Handlingsplan for eldreomsorg – trygghet, respekt, kvalitet 1997.

4.2.10. Skjermet enhet

MÅL

En spesielt tilrettelagt boform for de som har behov for heldøgns pleie og omsorg, og som har redusert evne til egenomsorg.

- Bygge om skjermet enhet, avdeling B til to oversiktlige boenheter med 8 (6) plasser x 2.
- Et alternativ er å bygge om deler av avdeling A, 6 plasser for demens for å gi et differensiert tilbud.
Pr. i dag har vi personer med demens fordelt på hele sykehjemmet og omsorgsboligene. Ved å samle personer med demens gis det muligheter for å gi et bedre tilrettelagt tilbud til denne pasientgruppen. Viktig i forhold til å bruke riktig kompetanse på rett sted.
- "Smått er godt", det innebærer både bygningsmessige og organisatorisk. Gode fellesarealer både innendørs og utendørs er viktig.
- Planlegging av miljøet i en skjermet enhet må ta hensyn til pasientens sviktende evne til orientering, romoppfatning og læring.
- Det er en utfordring at det kan være et misforhold mellom hvem som bor i en skjermet enhet og sammensetning av personalet som skal ta seg av behandling og omsorg. Beboere i en skjermet enhet kan ha alvorlige adferdsforstyrrelser, i tillegg til sin demenssykdom, noe som stiller store krav til personalet.
Målet må være at bemanningsnormen tas opp til vurdering i forhold til hva slags type demenssykdommer som preger avdelingen.
Det kan være pasienter med store adferdsproblemer som vil kreve mye av personalet. Stabilitet i personalgruppa er også særdeles viktig, også i helger og ferier.

En av de skjermede enhetene er tenkt bygget slik at deler av denne enheten kan brukes som en forsterket enhet.

Det foreslås at to rom kan avgrenses fysisk fra de øvrige rommene, hvor det i tillegg inngår et fellesareal.

4.2.11. Forsterket enhet

Personer med alvorlig demens med store adferdsforstyrrelser blir diagnostisert av spesialisthelsetjenesten. Når utredningen er utført og de erklært ferdigbehandlet, blir de sendt tilbake til hjemkommunen. Kommunen har verken økonomiske eller faglige resurser til å etablere et tilrettelagt tilbud for denne gruppen pasienter. Bare hver 6. kommune mener de har godt nok tilbud. En forsterket enhet er beregnet for personer med demens som har en adferd som omgivelsen har vanskeligheter med å forholde seg til. De skal ha tilrettelagte fysiske omgivelser, et lite antall beboere (1-2) og et kvalifisert personell. Det er også særdeles viktig med veiledning av denne personalgruppen. Det innebærer store økonomiske og faglige utfordringer å drive en forsterket enhet. Derfor burde flere kommuner samarbeide om å drifte en slik enhet (interkommunalt samarbeid).

MÅL

Omgjøring av en enhet på avdeling B til en forsterket enhet med inntil 2 plasser.

- Ved behov for en plass ved forsterket enhet må personalressursene økes med minimum 1:1 bemanning
- Samarbeid med psykisk helsearbeid blant annet tilbud om veiledning til personal

4.2.12. Boliger for utviklingshemmede

MÅL

At utviklingshemmede med demens kan bo i egen boenhet så lenge som mulig med individuelt tilrettelagte tilbud.

- Kartlegge beboere jevnlig, slik at det blir mulig å stille en eventuell demensdiagnose.
- Gi dagtilbud med økt bemanning dagtid til utviklingshemmede med demens som er pensjonert fra ASVO og dagsenter.
- Øke kompetansen hos de ansatte på aldring / demens hos utviklingshemmede.
- Gruppebolig med døgnbemanning er en fin boform for demente utviklingshemmede. Viktig med nok bemanning. Men selv med tilrettelagt boform kan det bli behov for å søke sykehjems plass på skjermet enhet, spesielt for å ivareta de andre beboerne i bofellesskapet.

4.2.13. Kriterier for tildeling av de ulike tilbud/boformer.

MÅL

Målet med kriterier er å gi riktig botilbud til den demente ut fra funksjonsnivå og aktivitetsbehov. For å oppnå et optimalt botilbud til demente er det nødvendig med et differensiert botilbud.

- Skriftlige rutiner for kriterier tildeling.
- Egen gruppe som tar hjemmebesøk og forbereder til tildelingsutvalget.
- Kriterier for overflytting mellom de ulike boformer.
- Tjenester tildelt ved vedtak etter gjeldende lovverk.

4.2.14. Kompetanse

MÅL

Kompetansen vedrørende demens styrkes, enten det gjelder grunnutdanninger, videreutdanninger og kurs.

- Utvikle et opplæringsprogram til internt bruk til helse- og omsorgspersonell, herunder en opplæringspakke i grunnleggende demenskunnskap.
- Videreutdanning i geriatri / demens og psykiatri ved høyskole og fagskoleutdanning.
- Kompetansehevingen må også sees i sammenheng med omsorgsplanens tiltak for å styrke legetjenesten i sykehjem og bedret medisinsk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

5. OPPSUMMERING - VEIEN VIDERE

Under utarbeidelsen av Demensplan for Rakkestad kommune 2008 – 2020 har planprosessen synliggjort at Rakkestad kommune har et behov for å forbedre og tilpasse dagens tjenestetilbud og planlegge framtidens omsorgskjede for mennesker med demens. Tidlig innsats ved å iverksette tiltak i demensplanen er med på å møte de utfordringer vi allerede har. Som nevnt innledningsvis forventes en fordobling av antall personer med ulike demenslidelser de neste 35 år. Dette regnes som en de største utfordringene for den kommunale omsorgssektoren.

Samfunnsutgifter ved demenssykdommer er høye og vil bli høyere. Årlige kostnader i Norge i 1995 var om lag 14 milliarder kroner. Til sammenligning var bruttoutgiftene til den samlede helse- og sosialtjenesten i kommunene vel 45 milliarder kroner. Det som ikke kommer frem i disse tallene er pårørendes omsorgsbyrde.

Husbankens investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns tjeneste ble etablert i 2008, jmf. St.prp. nr. 1 for 2007-2008. Målgruppen for tilskuddet er både eldre og personer med langvarige somatiske sykdommer, utviklingshemming, psykiske og sosiale problemer. Tilskuddet skal både gi økt kapasitet og bidra til utskifting av gamle og uegnede bygninger. Det er en forutsetning at både nybygging og moderniseringer skal utformes slik at tilbudet er tilpasset beboere med demens og kognitiv svikt. En av de store utfordringer for demensomsorgen er å sikre et tilstrekkelig antall boliger og sykehjemsplasser som er tilpasset personer med demens. Investeringstilskuddet skal gi en økonomisk forutsigbarhet og stimulere til nødvendig utbygging av flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger for denne pasientgruppen.

Investeringstilskuddet i Husbanken legger også til rette for bygging av fellesarealer med muligheter for dagaktivitetstilbud.

Sett i forhold til de utfordringene vi har i dag med å imøtekomme tilrettelagte tilbud til personer med demens og sett i forhold til føringer fra statlige myndigheter (Demensplan 2015) er det behov for å iverksette tiltak for Rakkestad kommune.

Arbeidet med systemer og rutiner vedrørende demensomsorgen i Rakkestad må igangsettes umiddelbart. Samtidig må vi også ha en fremdriftsplan over tiltak som krever investeringer og økte driftsutgifter, som legges inn i handlings- og økonomiplan. Det kan være aktuelt at plangruppen for utarbeidelse av denne demensplanen, fortsetter som en arbeidsgruppe for å utarbeide og sette i system organisering av demensomsorgen. Iverksetting av de økonomiske investeringene som vi ser behov for både bygningsmessig og driftsmessig avhenger av politiske vedtak.

6. PRIORITERTE TILTAK MED ØKONOMISKE KONSEKVENSER

6.1. Demenskontakt i hjemmesykepleien sett i forhold til tiltak i omsorgskjeden, fra punkt 1.

En sykepleier / vernepleier / fagarbeider med en videreutdanning i geriatri/ demens får et funksjonstillegg for å inneha denne rollen. (Funksjonstillegg se "Personalpolitisk plan / kampen om arbeidskraft")

Oppstart:

2009

6.2. Utbedre / bygge om avdeling B, skjermet enhet, fra en enhet på 11 plasser til 2 x 8 (6)plasser.

Den ene enheten må også gjøres om til forsterket enhet med 1-2 plasser. Et alternativ er å utbedre / bygge om deler av avdeling A, fra langtids sykeavdeling med 10 plasser, til en enhet for demente på 6 plasser. Resterende 4 rom beholdes til langtidsplasser.

Investeringsstilskudd

Investeringsstilskudd fra Husbanken for ombygging og modernisering av sykehjem og omsorgsboliger:

Pr. i dag gis det 20% ved rehabilitering.

Nye plasser 30 %.

Bofellesskap 20 – 40 %

Driftsutgifter / lønnsutgifter

Lønnsutgifter, gjelder fastlønn, alle utgifter, vikarinneleie og ulike tillegg i turnus sett i forhold til dagens lønnsnivå med bemanning som består av sykepleiere / vernepleiere, fagarbeidere og assistenter. Noen av disse bør ha videreutdanning innen geriatri / demens og psykiatri. Det utarbeides en bemanningsplan fordelt på dag, kveld og natt.

Oppstart:

2010

Lønnsutgifter ved forsterket enhet:

Sum netto lønnsutgifter 1:1 bemanning vil beløpe seg til ca 2,9 mill. kroner (pr.juni 2008)

En bruker i en forsterket enhet vil komme inn under en tilskuddsordning, hvor en kan søke om tilskudd til ressurskrevende tjenester. Kommunen må selv dekke kr 800 000,- av lønnsutgiftene + 15 %, resterende 85 % dekkes av staten.

Oppstart:

Behovet er til stede, men kommunen har ikke dette tilbudet i dag. Alternativet er å kjøpe plass frem til omgjøring av skjermet enhet er ferdigstilt.

6.3. Dag- og kveldstilbud

6 – 8 plasser

Bemanning: 1 aktivitør og 1 miljøarbeider

Bemanningen bør sees sammen med bemanning i bofellesskap, da beboerne i bofellesskapet kan benytte dagtilbudet.

Oppstart:

Det gis dagtilbud i dag ved miljøbasen. Dette er også et tilbud som benyttes av andre beboere ved Skautun og omsorgsboligene. Sett i forhold til demensplan så ønsker vi å legge dette tilbudet til bofellesskapet. Derfor må alternative løsninger tas i bruk før bofellesskapet er klart. Det forventes en økende etterspørsel etter dagopphold. I tillegg til lønnsutgifter ved et dagtilbud må det også regnes inn generelle driftsutgifter som blant annet til aktiviteter, turer m.m

Husbankens investeringsstilskudd legger til rette for bygging av fellesarealer med mulighet for dagaktivitetstilbud ved sykehjem og omsorgsboliger.

6.4. Bofellesskap

Utbygging / omgjøring i deler av omsorgsboligen Andebo, 8 boenheter med bemanning.

Investeringstilskudd fra Husbanken for ombygging og modernisering av sykehjem og omsorgsboliger:

Pr. i dag gis det 20% ved rehabilitering.

Nye plasser 30 %.

Bofellesskap 20 – 40 %

Lønnsutgifter ved et bemannet bofellesskap:

Fastlønn, alle utgifter, vikarinneleie og ulike tillegg i turnus sett i forhold til dagens lønnsnivå med bemanning som består av sykepleiere / vernepleiere, fagarbeidere og assistenter.

Miljøarbeider som har ansvar for renhold i leiligheter og matservering.

Det utarbeides en bemanningsplan fordelt på dag, kveld og natt.

Oppstart:

2012

Behovet for bedre tilrettelagte botilbud for demente er aktuelt allerede i dag. For tiden har vi venteliste på plass ved skjermet enhet. Det er også demente ved øvrige avdelinger ved sykehjemmet og omsorgsboligene som har behov for bedre tilrettelagte botilbud i dag. Det samme gjelder for dagpasienter. Behovet for å gjøre om skjermet enhet er mest aktuelt. Der inngår også forsterket enhet.

Demensplanen som her er utarbeidet må evalueres årlig da vi vet at antall demente øker og hvor tallmaterialet kan være usikkert i forhold til antallet. Dette kan medføre en forskyvning i behovet for tilrettelagte tilbud til demente.

Det vil i planperioden være fokus på implementering av tiltak for dagtilbudet og avlastningsordningen for personer med demens.