

Temaplan for demensomsorg
2024 - 2028



Lier kommune

Innhold

Innledning.....	3
Del 1: Kunnskapsgrunnlag	4
1. Hva er demens?.....	4
2. Holdninger til demens	5
3. Hva er et demensvennlig samfunn?.....	6
4. Føringer og rammer	7
1. Nasjonale lover, forskrifter og verktøy:.....	7
2. Lokale strategier, mål, føringer og prosjekter	7
5. Demens i nåtid og framtid (forekomst og framskrivninger)	8
6. Risikofaktorer for demens	10
7. Prinsipper for god demensbehandling	11
1. Tidlig oppdagelse.....	11
2. Personsentrert omsorg.....	13
3. Mestring	13
4. Involvering	14
8. Medisinering mot demens	14
9. Organisering i Lier kommune	15
Del 2: Innsatsområder	17
1. Innsatsområde A: Samfunn, forebygging og folkehelse.....	18
2. Innsatsområde B: Kompetanse i befolkningen, medvirkning og involvering bruker/pårørende ..	20
3. Innsatsområde C: Tidlig diagnose og oppfølging i etterkant.....	22
4. Innsatsområde D: Gode og sammenhengende tjenester	22
5. Innsatsområde E: Velferdsteknologi	25
6. Innsatsområde F: Å bo hjemme og å bo i institusjon	27
7. Innsatsområde G: Aktivitetstilbud og avlastning	29
8. Innsatsområde I: Organisering og kompetanseutvikling internt.....	31



Innledning

Denne temaplanen er ment som et styringsverktøy for ledere og fagpersoner som arbeider innenfor fagområdet demens i Lier kommune. Brukere og pårørende vil, som sentrale interessenter av arbeidet rundt demensomsorg, dra nytte av å vite hvordan kommunen jobber med dette fagtemaet. Planen skal gi et balansert bilde av nåsituasjonen, utfordringer og muligheter – og foreslå tiltak i det løpende forbedringsarbeidet og i form av mulige prosjekter.

Kommunedirektøren har valgt å la kunnskapsgrunnlaget være en sentral del av dokumentet, for derigjennom å bidra til å spre kunnskap om sykdommen.

Det er tidvis referert til konkrete kilder. Samtidig er det hentet kunnskap fra Nasjonale retningslinjer og veiledere og særlig fra Demensplan 2020 og 2025. I arbeidet er det sett til andre kommuners planer, eksempelvis Stavanger, Asker og Oslo.

Tiltak som forutsetter økonomiske ressurser, eventuelt omprioriteringer av ressurser, vurderes i forbindelse med handlingsprogrammet.

Mål og tiltak er integrert i planen fordi det gir bedre leservennlighet og helhetsforståelse. Temaplanen bør sees i sammenheng med «Temaplan Helse, omsorg og velferd 2018 – 2026». Temaplan for demensomsorg viser til andre relevante planer i dokumentet.

Følgende har blitt gitt anledning til å gi innspill til demensplanen før den åpne høringsrunden:

- Brukere
- Ansatte
- Pårørende
- Kommuneoverlege
- Ledere i helse, omsorg og velferd i kommunen
- Ledere i forebyggende tjenester og organisasjonsutvikling
- Hukommelsesteamet
- Eldreråd
- Frivillige

I høringsrunden har disse fått invitasjon til å gi innspill: Frivillige organisasjoner, statsforvalteren, fastlegene, Nasjonalforeningen for folkehelsen, interimstyret i Lier demensforening, pårørende og brukere. Utover dette er temaplanen lagt åpent tilgjengelig for innspill.



Del 1: Kunnskapsgrunnlag

1. Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse for forskjellige sykdommer eller skader i hjernen. Sykdommene utvikler seg over tid og fører til økende endringer i hjernen. Hukommelsesproblemer, vansker med språket, orienteringsproblemer og vanskeligheter med daglige gjøremål er vanlig. Demens er en kronisk og tiltagende sykdom og brukeren vil ha et økende behov for tjenester fra kommunen gjennom sykdomsforløpet. Et demensforløp kan strekke seg over mange år. Gjennomsnittlig levetid med demensdiagnose er 8,1 år (Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet 2015).

Demens er en alvorlig sykdom som trenger systematisk oppfølging av fastlege og øvrig helsetjeneste, på lik linje med andre kroniske og dødelige sykdommer.

Demens skyldes sykdom i hjernen, og er ikke en naturlig del ved aldringsprosessen. Evnen til logisk tenkning blir påvirket og etter hvert blir det vanskelig å klare seg på egenhånd og utføre hverdagslige aktiviteter. Mange opplever endringer i humør og væremåte.

Mange rammes av mild kognitiv svikt uten å ha demens. Mild kognitiv svikt påvirker konsentrasjonen og hukommelsen, men personen mestrer likevel de daglige gjøremålene.

Ulike typer demens

Det er flere ulike sykdommer og skader i hjernen som kan føre til demens. Alzheimers sykdom er den vanligste typen, men det finnes også en rekke andre demenssykdommer. De aller fleste demenssykdommer utvikler seg slik at man gradvis blir dårligere. Disse fem formene for demens forekommer oftest:

- Alzheimers sykdom
- Vaskulær demens
- Frontallappdemens
- Demens med Lewy-legemer
- Parkinson og demens

Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens. Typiske symptomer kan være betydelig glemsomhet, særlig for nye hendelser. Problemer med å utføre oppgaver man tidligere har mestret, som å lage mat, betale regninger, holde orden på egne medisiner eller finne frem på nye steder er vanlig. Språket blir forringet ved at ord blir borte og vanskelig å gjenfinne og abstrakte uttrykk kan bli vanskelig å forstå.

Vaskulær demens skyldes karskader i hjernen grunnet manglende oksygentilførsel, for eksempel etter hjerneslag eller hjernedrypp. Vaskulær demens gir gjerne samme symptomer som ved Alzheimer, men kan variere avhengig av hvor i hjernen skaden er skjedd.

Frontallappdemens rammer ofte i yngre alder enn de andre formene for demens. Sykdommen påvirker den fremre delen av hjernen, der vår evne til planlegging og impulskontroll sitter. Pasienter med denne diagnosen har ofte god hukommelse i starten av forløpet, og de viktigste indikasjonene er at atferden endres ved å miste hemninger, bli likegyldig eller ubehagelig mot andre.



Demens med Lewy-legemer har både kognitive, psykiske og motoriske symptomer. Typisk er synshallusinasjoner og vrangforestillinger, stivhet i armer og ben og treghet i bevegelsene. Et annet trekk er at det vil være store variasjoner i bevissthetsnivå fra dag til dag.

Demens ved Parkinsons sykdom kjennetegnes særlig av at det tar lang tid å tenke, snakke og utføre aktiviteter. Parkinsons sykdom rammer rundt én prosent av befolkningen over 65 år. Demens ved Parkinson medfører gjerne mindre problemer med å orientere seg i tid og sted, og mindre hukommelsesproblemer for daglige hendelser, enn ved Alzheimers sykdom. Det er vanlig at tempoet i bevegelsene senkes. Ofte kan omgivelsene oppleve at det kommer svar på spørsmål lenge etter det ble stilt (Nasjonalforeningen for folkehelsen).

Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) er trolig de mest belastende symptomene ved demenssykdommene. APSD-syndromet består av ikke-kognitive symptomer og inkluderer blant annet apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Syndromet er uklart avgrenset og omfatter uensartede symptomer (Engedal og Haugen, 2009). APSD-syndromet er hyppig forekommende og har avgjørende betydning for personens livskvalitet og for belastningen på pårørende og omsorgspersonell.



2. Holdninger til demens

Holdninger til en sykdom er i stor grad påvirket av kunnskapen om sykdommen. Det er en vanlig oppfatning, at demenssykdom ikke kan helbredes og at utviklingen av sykdomsforløpet ikke lar seg bremse. Disse faktorene kan føre til en stigmatisering rundt sykdommen, og at omgivelsene trekker seg unna personen med demens og deres pårørende. Når en person i nær familie rammes av sykdommen kan man også oppleve at situasjoner blir misforstått, og at det blir vanskelig å opprettholde et sosialt liv.

Man kan til en viss grad også møte noen av de samme holdningene blant helsepersonell. Personer med demens og deres pårørende kan føle seg overlatt til seg selv, med liten støtte eller oppfølging.

Mange pårørende påtar seg et stort oppfølgingsansvar i det daglige og kan ende med å bli utslitte.



3. Hva er et demensvennlig samfunn?

Et demensvennlig samfunn handler om å inkludere personer med demens og deres pårørende. Et slikt samfunn gjør det enklere og tryggere for personer med demens å mestre hverdagslige aktiviteter. Det innebærer at omverden møter personer med demens med forståelse for deres situasjon og med respekt og velvilje. Et demensvennlig samfunn er avgjørende for god livskvalitet, evne til å mestre eget liv og er bra for alle. Personer med demens blir mer selvhjulpne og kan leve aktive liv lengst mulig. Ved å bli møtt med respekt og forståelse, vil personer med demens og deres pårørende oppleve trygghet, frihet og verdighet. God kunnskap bidrar dessuten til at arbeidshverdagen til personer i ulike serviceyrker blir enklere i møte med personer med demens.

Nasjonalforeningen for folkehelse gjennomfører programmer som styrker kommunen som «et demensvennlig samfunn». Lier ble tatt inn i ordningen som demensvennlig samfunn i juni 2017. Under programmet ble det arbeidet målrettet og gjort fremstøt mot lokale bedrifter, næringer og butikker. Samarbeidet med næringslivet har siden den gang vært på et lavt nivå. En slik satsning med tilhørende kunnskapsarbeid må holdes vedlike.

«Vi gamle blir ikke regnet med i samfunnet lenger. Det er vanskelig å ikke henge med i utviklingen.»
(Hjemmeboende ektepar i 80 årene, Lier, 2023)

For at et samfunn skal være demensvennlig, skal miljøet være tilpasset slik at personer med demens kan orientere seg og delta. Boligen må være universelt tilpasset, og utemiljøer og lokalsamfunn må ha god fysisk utforming. Det kan blant annet innebære god skilting, god veiledning, oversiktlige inne- og uteområder og tilrettelagte betalingsløsninger. Mennesker som personer med demens møter i butikker o.l., skal ha kunnskap og holdninger som gjør at personen det gjelder blir møtt med forståelse og at kommunikasjonen er tilpasset personen med demens. Et demensvennlig samfunn er alt et aldersvennlig samfunn er, men med ytterligere tilpasninger.



4. Føringer og rammer

1. Nasjonale lover, forskrifter og verktøy:

Lov/forskrift	Rettighet/krav
Lov om pasient og brukerrettigheter	§ 2-1 a andre ledd. Rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen § 3-1.Pasientens eller brukerens rett til medvirkning § 3-2.Pasientens og brukerens rett til informasjon § 3-3.Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende § § 3-6 og 3-8 § 4-1 Utgangspunkt for all ytelse av helsehjelp er at hjelpen bare kan gis dersom pasienten samtykker §4-6 og kapittel 4A sikrer nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse Kapittel 4 A har som formål å forebygge og begrense bruk av tvang (somatisk helsehjelp)
Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)	§ 3-2.Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester Pkt. 7. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens §4-1 og 4-2 lov om plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet § 7-1.Individuell plan § 7-2.Koordinator
Helsepersonelloven. (1999/2007).	
Nasjonal faglig retningslinje om demens	
Demensplan 2025	
Stortingsmelding 15 Leve hele livet	
Stortingsmelding 24 Felleskap og meistring – bu trygt heime	

2. Lokale strategier, mål, føringer og prosjekter

- a. Kommuneplanens samfunnsdel
- b. Handlingsprogram 2023-2026
- c. Folkehelsestrategien
- d. Temaplan for helse, omsorg og velferd
- e. Tiltaksplan for velferdsteknologi
- f. Helhetlig boligstrategi
- g. Lier kommunes frivillighetspolitiske plattform
- h. For kropp og sjel - en strategiplan for kultur, idrett og friluftsliv
- i. Anleggsplan for fysisk aktivitet, friluftsliv og idrett



- j. Den kulturelle spaserstokken – handlingsplan
- k. TØRN-prosjektet (for å utvikle heltidskultur i Lier)
- l. Leve hele livet-prosjektet i Lier kommune
- m. Prosjektet «Rett tiltak til rett tid» - Lier kommunes oppfølging av Demensplan 2025
- n. Helse, omsorg og velferd - Kompetanse- og utviklingsplan for i Lier kommune 2022-2024

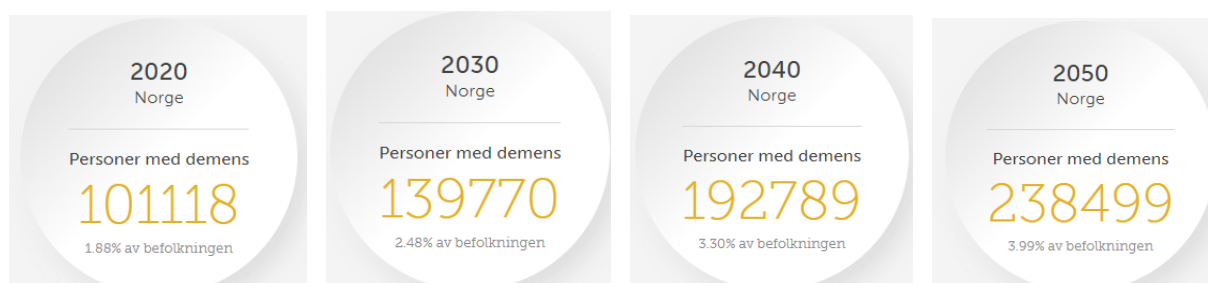
I Handlingsprogram 2023 – 2026 er det et uttalt mål å øke kunnskapen om kognitiv svikt:

“Det igangsettes et arbeid for å spre kunnskap rundt kognitiv svikt, herunder hvordan man kan tilrettelegge i eget hjem. Økt fokus på bruk av velferdsteknologi kan være et hjelpemiddel for å lykkes.»

Vi ser en klar sammenheng mellom lovverket, de nasjonale meldingene, lokale føringer og planer. Tiltakene understøtter hverandre i målet om å bo trygt hjemme lenger og om kvalitet i tjenestene. Føringer og alle planene leder til tiltak innen eksempelvis stedsutvikling, kompetansebygging, boligutvikling, boligtilpasning, aktivitetstilbud, avlastningstilbud, velferdsteknologi og arbeidsforhold.

5. Demens i nåtid og framtid (forekomst og framskrivninger)

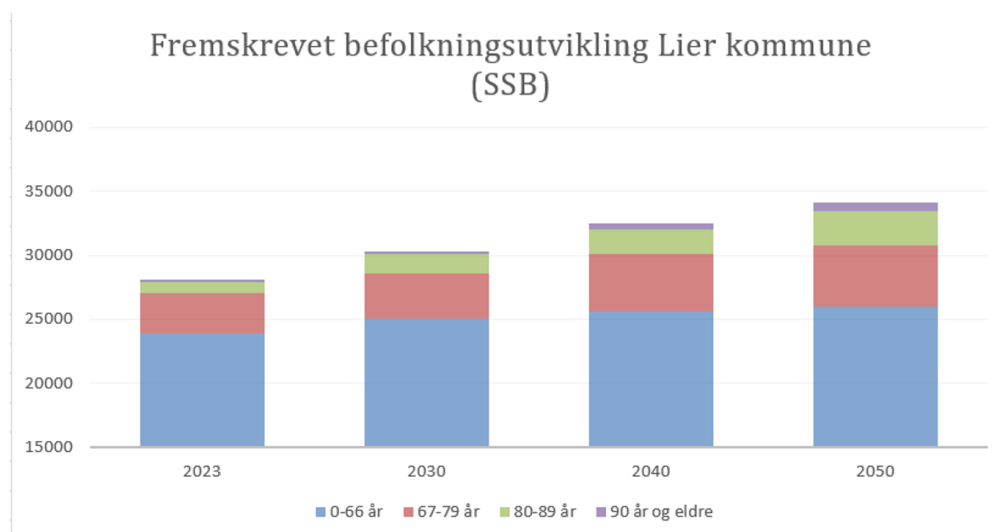
I dag har over 100 000 mennesker i Norge demens, og trolig vil antallet dobles de neste 20 årene. Mange tror demens kun rammer eldre, men også yngre personer kan få demenssykdom. Over 400.000 er nær pårørende til en med demens. Av alle som lever med demens i dag, antar vi at minst 2.000 personer er under 65 år, men disse tallene for yngre er usikre anslag. Demens er en underdiagnostisert sykdom og det er store mørketall.



Framskrivning på nasjonalt nivå tilsier en økning i antall personer med demens på 235,8 % mellom 2020 og 2050.



Lokal situasjon og utvikling

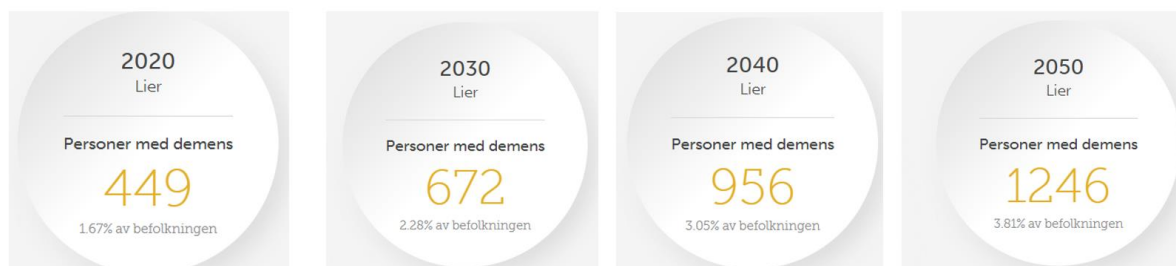


Liers befolkning er per 2. kvartal 2023 på litt over 28.000. Andelen av personer over 80 år vil stige mer enn de andre aldersgruppene.

For aldersgruppen over 80 år vil en se en økning på ca. 300%:

År	2023	2030	2040	2050
Antall innbyggere over 80 år	1094	1712	2350	3309

SSBs fremskrivning av antall personer med demens i Lier kommuner viser dette:



Det er store steds- og boligutviklingsprosjekter i Lier som vil påvirke befolkningsutviklingen i stor grad. Hvis disse utviklingsprosjektene tas med i betraktningen, vil Lier kommune kunne få et betydelig høyere antall personer med demens.

Per oktober 2023 forholdt hukommelsesteamet i hjemmetjenesten seg til ca. 200 registrerte personer der det foreligger mistanke om demens eller som har fått en demensdiagnose. I Lier er det 115 sykehjemsplasser + to pårørenderom. I tillegg er det mulighet for å kjøpe plasser i private institusjoner. Mellom 80-85 % av alle beboere ved sykehjemmene har demens.

«Jeg vet ikke hva jeg hadde gjort uten dere». (Pårørende til Hukommelsesteamet, Lier, 2023)





6. Risikofaktorer for demens

Nøkkelindikatorene for god helse er:

- høy kognitiv aktivitet
- høy fysisk aktivitet
- et aktivt sosialt liv og
- et godt kosthold



Lier kommune har arbeidet langsiktig med sitt folkehelsearbeid for alle aldersgrupper, noe som er forebyggende – også med tanke på å utvikle en demenssykdom. Når det gjelder risikofaktorene for å utvikle demens, er det i de senere årene forsket en del på dette.



Lancet-kommisjonen, som er en bredt sammensatt internasjonal forskergruppe om demens, oppsummerte i 2020 en rapport om eksisterende og ny kunnskap om forebygging av demens, behandling og omsorg. Rapporten viderefører anbefalingene fra 2017 fra Verdens demenskommisjon.

Risikofaktorer for demens er:

- lav utdanning
- hørselstap som middelaldrende
- røyking
- høyt blodtrykk som middelaldrende
- overvekt som middelaldrende
- depresjon sent i livet
- fysisk inaktivitet sent i livet
- diabetes sent i livet
- sosial isolasjon sent i livet

Av nevnte risikofaktorer er utdanning, hørselstap og røyking mest avgjørende. Rapporten viser til at ny forskning identifiserer tre nye risikofaktorer:

- høyt alkoholforbruk
- traumatiske hodeskader
- luftforurensning

Opptil en tredel (35%) av alle nye demens-tilfeller kan forebygges ved å gjøre bedre valg i hverdagen. Selv om en demensdiagnose oftest blir satt senere i livet, begynner endringene i hjernen vår vanligvis flere år tidligere. Risikofaktorene virker gjennom hele livet. En bredere tilnærming til å forebygge demens, som fokus på disse foranderlige risikofaktorene, vil være nyttig med tanke på at det stadig blir flere eldre og flere tilfeller av demens.

Det er viktig å påpeke at man kan bli rammet av demens selv om man unngår risikofaktorene. Man kjenner fremdeles ikke til balansen mellom livsstilsfaktorene og genetisk risiko for utvikling av sykdom.

(Kilde: forskning.no, Gill Livingston mfl.: Dementia prevention, intervention and care,. *The Lancet*, 2017)

7. Prinsipper for god demensbehandling

Det er fire viktige prinsipper for god demensbehandling:

1. tidlig oppdagelse
2. personsentrert omsorg
3. mestring
4. involvering

1. Tidlig oppdagelse

Utredning og diagnostikk er en forutsetning for å yte effektiv helsehjelp til en pasient. Gjennomgang av norske pasientregistre viser at bare om lag 56 prosent av de som antas å ha demenssykdom har en registrert demensdiagnose (Nasjonal faglig retningslinje for demens, Helsedirektoratet 2019).



En norsk undersøkelse viser at om lag 40 prosent av personer over 70 år som mottar hjemmetjenester reelt sett har demenssykdom, men bare om lag en av fem prosent av disse har en demensdiagnose som er kjent for dem selv eller tjenesteyterne (Wergeland et al., 2014).

Over 80 prosent av beboere på sykehjem har en demenssykdom, oftest av moderat og alvorlig grad (Vossius et al, 2015), men relativt få av disse, omlag 56 prosent, har blitt utredet og gitt en demensdiagnose (Vossius et al, 2018). For disse er utredning og korrekt diagnose også sentralt fordi:

- det er en forutsetning for å få riktig medisinsk og psykososial behandling og oppfølging i sykehjemmet
- kartlegging av type og alvorlighetsgrad av kognitiv funksjonssvikt vil være en forutsetning for å kunne tilrettelegge og yte god nok hjelp i praktiske situasjoner
- å kunne kommunisere effektivt med beboere som har språkvansker
- å kunne vurdere samtykkekompetanse, for eksempel med hensyn til behandling og økonomi
- å kunne ivareta pårørendes rett til informasjon og medvirkning sammen med personer som ikke har samtykkekompetanse
- å muliggjøre planlegging og oppfølging for pasient og pårørende om juridiske og økonomiske spørsmål
- det gir mulighet for omgivelsene til å forstå situasjonen slik at pasient og pårørende kan få hjelp og støtte

En diagnose er nødvendig for at personen selv og pårørende skal kunne tilbys tilrettelagt informasjon. Når kognitiv svikt begynner å skape problemer i dagliglivet, er det også viktig med diagnose for å få tilgang til tilrettelagt oppfølging. Fra 2020 har kommunene plikt til å ha dagaktivitetstilbud for personer med demens, og en diagnose er nødvendig for å få tilgang til dette tilbudet. Demensutredning kan også sees på som en måte å utelukke demens på. Det er viktig at de som ikke har demens, får rett behandling.

Kunnskap om kognitiv svikt i befolkningen er viktig for å sikre at aktuelle personer kommer til utredning og får satt diagnose tidlig, slik at tiltak kommer på plass tidligst mulig i sykdomsforløpet.

Verktøyene for å stille diagnose utvikles raskt. Tidlig behandling før kognitiv svikt er påvist, kan være avgjørende for rett behandling og utsettelse av sykdomsforløpet. Hvis behovet for tidlig diagnose skal tas på alvor, vil vi komme i en situasjon der behovet for kartlegging øker med ca. tre ganger. Dette stiller store krav til kapasitet i kartlegging, utredning og behandling i tidlig fase. (Geir Selbæk, 2023.)

Hva som oppleves som rett tidspunkt for å starte en utredning vil variere fra person til person. Det er ikke uvanlig at personen selv, pårørende og helse- og omsorgspersonell har ulike oppfatninger om nødvendigheten av utredning og/eller hva som er rett tid for gjennomføring. Utredning baseres på frivillighet, derfor må personen selv ønske utredning eller samtykke til dette. Helse- og omsorgspersonell og pårørende spiller en svært viktig oppgave i å motivere personen for utredning.

Det er i dag flere eldre som gir fremtidsfullmakt til sine pårørende. Det er viktig at en slik avtale inngås mens fullmaktsgiver er samtykkekompetent og i stand til å ivareta sine egne interesser. Er avtalen inngått for sent, kan avtalen erklæres ugyldig av Statsforvalteren.



2. Personsentrert omsorg

Det framgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 at kommunen skal innrette tjenestene sine slik at pasient eller bruker gis et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud. Videre bestemmer formålsbestemmelsen til helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 femte ledd at loven skal sikre at tilbudet tilpasses den enkeltes behov.

Personsentrert omsorg og behandling vil i praksis innebærer at alle omsorgsnivåer og ledd i tjenesteapparatet har:

- en ledelse med kunnskap om personsentrert omsorg og behandling, og som formidler dette verdigrunnlaget gjennom virksomhetens visjon og løpende prioriteringer og avgjørelser.
- en organisasjonsstruktur hvor det legges til rette for dialog med og medvirkning fra tjenestemottakere og pårørende.
- et personale med nødvendig kompetanse, kommunikasjonsmessige og relasjonelle ferdigheter samt engasjement i arbeidet.
- personalet utøver sin praksis i tråd med gjeldende faglige og etiske normer.
- et system for det løpende fagutviklings- og forbedringsarbeidet basert på personsentrert omsorg og behandling som gir seg utslag i behovsdekning, brukertilfredshet, pasientsikkerhet, opplevelse av medvirkning og trivsel.

Grunnleggende etiske normer innebærer at personer med demens respekteres for deres iboende verdi selv om rasjonelle refleksjoner og daglige aktiviteter kan være svekket som følge av demenssykdommen. Personsentret omsorg vil i praksis underbygge personens opplevelse av egenverd. Dette innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit. Leder har ansvar for at diskriminerende og nedlatende holdninger som eventuelt kommer til uttrykk blant personalet, aktivt korrigeres. Når egenverdet blir understøttet og bekreftet, gir dette mulighet for at personen med demens kan oppleve egenverdi, velvære og trivsel.

Leder for virksomheten har ansvar for at ansatte har den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevd, slik at den enkelte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig (Nasjonal faglig retningslinje om demens).

3. Mestring

«Jeg ønsker å kunne hjelpe til og være til nytte» (Person med demensdiagnose, Lier, 2023)

Opplevelse av mestring er sentralt for følelsen av egenverd og selvfølelse. God mestringsevne krever en viss grad av fysisk og kognitiv funksjonsevne, for at brukere og personer med demens kan fungere i egen bolig, i trygge og kjente omgivelser. Tap i egen funksjonsevne kan kompenseres med tilrettelagte tjenester, slik at brukeren opprettholder mestringsevnen.

For å opprettholde mestringsnivået vil forebyggende tiltak være sentralt. Gjennom tilpassede tiltak og tilrettelegginger kan en person med demens bo trygt hjemme lenger.

Følelsen av mestring er også avhengig av omgivelsenes respons på en person med demens. Alle fortjener å bli møtt med vennlighet og åpenhet, dette er det ikke alle personer med demens som



opplever. God mestringsfølelse avhenger derfor av hvilke holdninger familie, nabolag, næringsliv og andre har til personen med demens og deres pårørende.

Lier kommune tilbyr i dag en rekke aktiviteter til godt voksne, som forebyggende tjenester, rehabilitering og tilretteleggende tiltak. Velferdsteknologi er også et virkemiddel.. Hukommelsesteamet kartlegger person med demens og hvilke tiltak som kan settes i verk for å sikre at brukeren kan få tilrettelagte løsninger som bidrar til at mestrings- og boevnen opprettholdes. Situasjonen for pårørende blir også kartlagt.

4. Involvering

Lov om pasient- og brukerrettigheter (kapittel 3 om sett til medvirkning og informasjon § 3-1) gir pasient og bruker rett til å medvirke ved gjennomføring av helse og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Kapittel 5.1 om Selvbestemmelse, involvering og deltakelse sier at personer med demens og deres pårørende skal involveres i beslutninger som angår dem, ha innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud og delta i samfunnet på linje med andre. Medvirkningens form må tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

I utformingen av tjenesten må det tas hensyn til pasientens og pårørendes mulighet til å uttrykke hva som er for viktig dem.

Helsepersonelloven § 22 bestemmer at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysninger gjøres kjent for andre i den utstrekning den som har krav på taushet samtykker. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til informasjon på lik linje med pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3.

8. Medisinering mot demens

Det finnes i dag ingen legemidler som helbreder demens, eller som i vesentlig grad stanser utviklingen av sykdommen. Det finnes derimot to grupper medisiner som kan bedre noen av symptomene hos en del pasienter med Alzheimer demens. Den mest brukte er såkalte kolinesterasehemmere. Det andre alternativet er NMDA-reseptor antagonist memantin. Kolinesterasehemmerne er godkjent for behandling hos pasienter med mild til moderat Alzheimer demens, mens memantin er godkjent ved moderat til alvorlig Alzheimer demens.

Det er vist i forskning at medikamentene kan ha en positiv effekt på tenkning, oppmerksomhet, initiativ og hukommelse. Effekten er imidlertid beskjeden og hjelper bare hos noen av pasientene. Kombinasjonsbehandling av kolinesterasehemmere og memantin er forsøkt i noen studier. Resultatene er ikke entydige, men i beste fall gir en slik kombinasjonsbehandling kun beskjedne effekter på



kognisjon. Nasjonal faglig retningslinje om demens anbefaler ikke samtidig behandling med begge medikamentene.

Det er vanskelig å vite hvilke pasienter med Alzheimer demens som vil ha nytte av medisin mot demens. Derfor er det vanlig å anbefale at nesten alle pasienter med Alzheimer demens får forsøke medikamentell behandling. En del vil dessverre oppleve plagsomme bivirkninger. Hyppige bivirkninger er mage- og tarmbesvær, vanligvis kvalme. Dersom plagsomme bivirkninger oppstår eller dersom det ikke er påvisbar effekt etter fire til seks måneders behandling, anbefales det at behandlingen endres eller avsluttes.

Det anbefales at demensbehandling med medikamenter bare gjennomføres av leger som har erfaring med diagnostisering og behandling av demens (Kilde: nhi.no).

Mange pasienter og pårørende har forventninger til effekten av medisiner, som ikke kan innfris. Medisiner spiller kun en begrenset rolle i behandling av demens. Miljøterapi og psykososiale tiltak er førstevalget som behandling.

9. Organisering i Lier kommune

Måten demensomsorgen er organisert på, vil påvirke de ansatte og tjenestene kommunen leverer.

Hovedaktører i demensbehandlingen i Lier er:

Fastlegene har en viktig rolle i det de står ansvarlig for diagnostisering. Kartlegging og utredning skjer ofte i samarbeid med hukommelsesteamet i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten: Utvidet utredning ved mistanke om demens foreslås gjennomført i spesialisthelsetjenesten når basal utredning enten ikke har vært tilstrekkelig for å stille diagnose, symptomene er vanskelige å bedømme eller atypiske, eller når det klinisk sett er mistanke om at personens symptomer kan bero på en sjelden demenssykdom. (Kilde: Nasjonal faglig retningslinje om demens).

Hukommelsesteamet: Kommunen har i dag et hukommelsesteam som består av to personer med til sammen en stillingshjemmel på 1,6 årsverk. Av disse to har hukommelsesveileder en 100 prosent stilling og leder hukommelsesteamet. Hukommelsesteamet er den sentrale faglige instansen og har kontakt med fastlege, spesialisthelsetjenesten, hjemmetjenesten, forvaltning helse og bolig, demenskontaktene, personer med demens og dere pårørende. Hukommelsesteamet er organisert i hjemmetjenesten. Hukommelsesteamet:

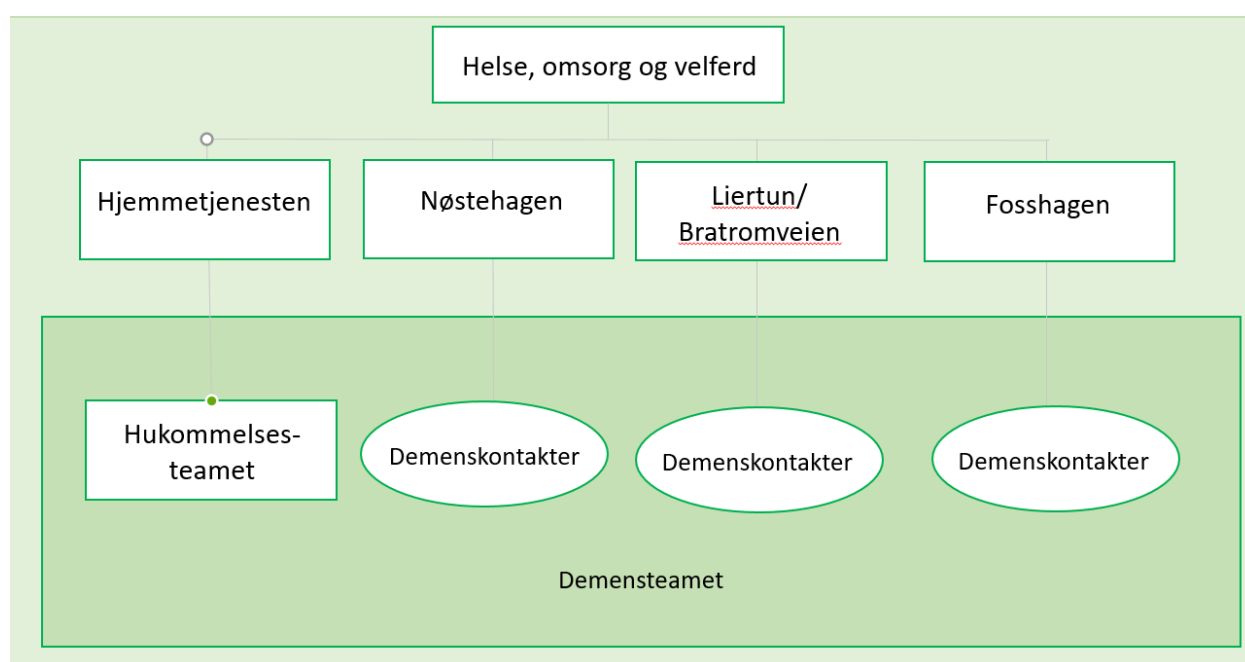
- samarbeider med fastlegene om utredning
- foretar kartlegging, blant annet ved hjemmebesøk og pårørendesamtaler
- fungerer som kontaktperson for personen med demens og pårørende
- informerer personen med demenssykdom og deres pårørende om kommunens tjenestetilbud
- støtter og veileder personer med en demenssykdom og deres pårørende
- er behjelpelig med å finne de rette hjelpemidlene bistår med søknader
- arrangerer samtalegrupper for personer med demens og deres pårørende
- arrangerer pårørendeskole
- fasiliteterer demensteamet
- administrerer «Kor Livat» (demenskor for hjemmeboende personer med demens)



I tillegg til hukommelsesteamet skal det være demenskontakter på institusjonene som har beboere med demens. Demenskontaktene skal være ressurspersoner om demens på sine avdelinger, det vil si gi råd og veiledning til sine kolleger. Sammen utgjør demenskontaktene og hukommelsesteamet «Demensteamet» i Lier. Demensteamet kan være et viktig forum for å utveksle erfaringer og drive kompetansebyggende tiltak. I tillegg er det fagkoordinatorer med god kompetanse om demens på avdelingene. Det er utarbeidet funksjonsbeskrivelse for rollen demenskontakt og ytterligere rollebeskrivelser er under utarbeidelse som et ledd i kvalitetsarbeidet i kommunen.

Forvaltning helse og bolig: Denne organisasjonsenheten er organisert under helse, omsorg og velferd. Virksomheten er en sentral aktør i utredning og kartlegging av behovet for tjenester til bruker og fatter vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Hjemmetjenesten har en rekke tilbud til personer med demens, som omfatter tilsyn, trygghet, ernæring, hygiene og medisinerings. Hjemmetjenesten skal gi en systematisk oppfølging over tid. Ved mistanke om demens hos bruker kobles hukommelsesteamet på. I flere tilfeller er hukommelsesteamet de første som møter brukeren.



Figur Organisering: Demensteamet ledes av hukommelsesteamet og utgjør et fagorgan for demens i kommunens virksomheter.

Lokal demensforening: Det er i skrivende stund ingen aktiv pårørendeorganisasjon i Lier. Det betyr at pårørendeskolen og kontakten med hukommelsesteamet er de pårørendes viktigste kilde til informasjon og kunnskap lokalt i Lier. Det er vennegrupper og pårørendegrupper knyttet til institusjonene, uten at disse er organisert som forening/lag.

Pårørende står ofte for det meste av omsorgen og er den viktigste støttespilleren for personen med demens. For noen tilsvarer dette en fulltidsjobb. Arbeidet kan være givende for pårørende. Mange ønsker å bistå sine, men det kan medføre store utfordringer å gi omsorg til en person med demens.

Frivilligheten utgjør en viktig del av «økosystemet» rundt personer med demens og deres pårørende. (Se for øvrig avsnitt Samfunn, forebygging og folkehelse.)



Del 2: Innsatsområder

Typisk for demens er at sykdommen ikke kan kureres. Derfor er det viktig å se på alle tiltakene som verktøy for å forebygge utviklingen av demens, sikre godt tilpassende omgivelser for personen med demens, gi støtte til pårørende og legge til rette for best mulige tjenester til rett tid.

Fra stortingsmeldingene «Leve hele livet» og «Felleskap og meistring - Bu trygt heime» og i regjeringens «Demensplan 2025» ligger det føringer for mål og tiltak – og tre hovedmål er sentrale:

- Mer aldersvennlig/demensvennlig samfunn
- Bo trygt hjemme lenger
- Rett tiltak til rett tid

Lier kommune har valgt disse innsatsområdene for arbeidet for en bedre demensomsorg:



1. Innsatsområde A: Samfunn, forebygging og folkehelse

«Vi valgte å være åpne om sykdommen, men folk rundt oss var nok ikke klare for å ta imot informasjonen. Noen trakk seg unna og lot være å snakke med oss. Heldigvis er det andre vi kan støtte oss på.» (Ektepar, Lier, 2023)

Personer med demens møter forskjellige mennesker med varierende kunnskap og holdninger, de ferdes på veier og stier som er mer eller mindre tilpasset og orienterer seg i en arkitektur som i varierende grad tar høyde for personer med nedsatt funksjonsevne.

Med et økt antall eldre og personer med demens i befolkningen, vil det være avgjørende for aktivitet, god helse og mestring at samfunnet gjøres demensvennlig. Det innebærer at stier, veier, steder og møteplasser er universelt utformet, og at de i tillegg er tilpasset personer med demens. Måten folk møter en person med demens, er avgjørende for hvordan personen med demens kan fungere i samfunnet og i hvilken grad man kan bevege seg tilnærmet normalt i omgivelsene.

Lier ble i 2017 et demensvennlig samfunn, men arbeidet med å opprettholde denne benevnelsen må være kontinuerlig. Siden korona-utbruddet i 2020 har denne satsningen avtatt.

Det er en klar sammenheng mellom levekår og helse. Årsakene til sosiale forskjeller i helse er sammensatte, og noen faktorer virker antakelig gjennom hele livsløpet. Det er dokumentert at samfunnsmessige og miljømessige forhold som oppvekst og utdanning, arbeid, boforhold, økonomisk trygghet, sosial aktivitet og støtte samt et trygt og inkluderende nærmiljø har betydning for befolkningens helse generelt, men også for utvikling av ikke-smittsomme sykdommer og demens. Folkehelsearbeid handler derfor om å fremme fysisk og psykisk helse og om å redusere sosiale helseforskjeller, og det handler om å redusere risiko for sykdom som blant annet kan knyttes til livsstil. Det er fortsatt behov for bedre kunnskap om effekt av forebyggende tiltak for den enkelte.

Det er ingen kur eller enkelttiltak som virker mot demens, og forebygging av demens må bygge på en helhetlig og bred tilnærming. Nøkkelindikatorene for god helse og risikofaktorer for demens peker mot det samme.

Lier kommunes folkehelsestrategi viser til definerte målområder for å fremme folkehelse. Kommunen har et stort og bredt tilbud innen fysisk aktivitet, sosiale møteplasser og aktivitet til innbyggerne i form av forebyggende aktiviteter. Forebygging av demens foregår i form av livsstilsvalg gjennom hele livet. Kommunen har også etablert to kor for personer med demens, ett for hjemmeboende og ett på Fosshagen ressurscenter.

Alt arbeid som hindrer innbyggerne fra å bli utsatt for risikofaktorene for å utvikle demens, er viktig i arbeidet med å fremme folkehelsen.

Samarbeidet mellom frivillig sektor, næringsliv og kommunen kan i stor grad være med på å definere hvor demensvennlig et samfunn faktisk er. Næringslivet har arbeidstakere som kan få demenssykdom, eller de kan ha arbeidstakere i rollen som pårørende til personer med demens. Måten arbeidsgiver forholder seg til arbeidstakere i slike situasjoner kan i stor grad definere hvordan arbeidstaker opplever den nye livssituasjonen. Næringslivet vil også møte personer med demens på kundesiden, spesielt i butikker, der personer med demens kan ferdes selv med nokså langt framskredet demenssykdom.

Frivillig innsats har vært og vil fortsatt være avgjørende for å gi personer med demens og deres pårørende aktivitet, støtte og avlastning i hverdagen. Frivilligheten i Lier utgjør et rikt mangfold av organisasjoner og aktiviteter, og spiller en stor og avgjørende rolle for innbyggernes fysiske og sosiale



liv. Dette er i tråd med frivilligstrategien. For tiden har hjemmetjenesten i liten grad en koordinerende funksjon mellom personer med demens og frivillig sektor, noe sykehjemmene har etablert i sterkere grad. Med flere hjemmeboende personer med demens, vil behovet for samarbeid og koordinering med frivillig sektor øke.

Flere som får en demensdiagnose mister førerkortet sitt. Derfor er godt utbygde transportløsninger avgjørende for at hjemmeboende brukere kan komme seg til aktivitets- og behandlingstilbud. Dette er også avgjørende for å forhindre isolasjon og utenforskap.

«Det å miste førerkortet, opplevde jeg som en stor sorg. Det å miste denne friheten til å komme seg rundt på egenhånd, var et stort tap». (Person med demensdiagnose, Lier, 2022)

Lier kommunes folkehelsestrategi viser til prioriterte folkehelseområder med tilhørende tiltak. Alle tiltakene har relevans for langsiktig forebygging av utvikling av demens.

Med bakgrunn i befolkningsutviklingen og den forventede økningen i forekomst av personer med demens, vil det være et behov for egnede boliger. Det er et uttalt mål at flere skal bo trygt hjemme så lenge det er forsvarlig.

Mål

- Lier kommune skal være et aldersvennlig og demensvennlig samfunn.
- Lier kommune skal ha gode forebyggende tilbud som er tilpasset personer med demens
- Alle personer med demenssykdom skal ha mulighet til å forflytte seg i Lier
- Frivillige organisasjoner skal oppleve at Lier kommune legger godt til rette for samarbeid om tilbud til brukerne

Tiltak

- Fremme eksisterende tilbud mot målgruppen pårørende, brukere og ansatte, gjennom å utvikle eget informasjonsmateriell som distribueres sammen med annen relevant informasjon.
- Iverksette ny demensvennlig samfunn-kampanje blant annet mot næringsliv, stedsutviklere og frivillige organisasjoner.
- Utvikle møteplasser og turstier som er demensvennlige.
- Utvikle frisklivstilbud for hjemmeboende personer med demens.
- Utvikle nye tilbud og eventuelt kurs rundt planlegging av egen alderdom og bosituasjon
- Arbeide ut transportløsninger som gjør det mulig for alle som ikke selv kjører bil å komme seg til aktiviteter og tilbud.



2. Innsatsområde B: Kompetanse i befolkningen, medvirkning og involvering bruker/pårørende

For at personer med demens og deres pårørende skal møtes med forståelse og ikke bli stigmatisert eller utestengt, må innbyggerne ha kunnskap og gode holdninger. Dette er med på å gjøre liersamfunnet til et demensvennlig samfunn.

Kunnskap er en forutsetning for at mistanken om demens vekkes og at brukeren kan komme til utredning hos fastlegen eller til kartlegging av kommunens ansatte så tidlig som mulig. Dette krever at befolkningen har innsikt nok til å ta kontakt med fastlege eller hukommelsesteamet.

Brukere kan oppleve at de blir «usynlige» ved at de ikke involveres i samtaler om egen situasjon og at beslutninger tas uten deres involvering – selv om de har funksjonsnivå til å ha kvalifiserte meninger og til å ytre dem.

«Jeg kan fortsatt gjøre mye selv om jeg glemmer», (Person med demensdiagnose, Lier, 2023)

Pårørende har i studier rapportert at det er fire hovedroller de naturlig må ta:

- Omsorgsgiver: ivaretar omsorgsbehov - mat, medisiner, toalettbesøk, handle, betale regninger
- Kunnskapskilde: formidler informasjon om den syke til tjenesteytere
- Pådriver og koordinator: tar kontakt med kommunen, fungerer som bindeledd, hjelper til med søknader, purrer

(USN, Anette Hansen).

Pårørende har gitt uttrykk for at deres informasjonsbehov i tidlig fase er stort og at det er krevende å sette seg inn i sykdommen, egne rettigheter, hvilke aktører som er relevante å kjenne til – og ikke minst hva kommunen kan bidra med. Det er også viktig for dem å vite hva kommunen forventer av dem som pårørende (Kilde: Pårørenderepresentant i Lier).

Lier kommune har lagt til rette for lett tilgjengelig informasjon knyttet til demens på sine hjemmesider.

Pårørende får i dag tilbud om veiledning og informasjon gjennom utredning og kartlegging i hjemmet, i pårørendeskole og i samtalegrupper. De som mottar tjenester fra hjemmetjenesten, får tildelt en primærkontakt. Primærkontaktens rolle er å fungere som det viktigste bindeleddet mellom pårørende, bruker, andre tjenesteytere og ansatte. Helse, omsorg og velferd har også nylig utviklet «Samarbeidsrutine pårørende/verge til personer som mottar helse- og omsorgstjenester» for å sikre god kvalitet i pårørendedialogen.

For tiden har kommunen disse informasjonsproduktene:

- Egen side om demensomsorg i kommunen
- Brosjyre om tilbudene fra hukommelsesteamet
- Facebook-siden Leve hele livet 60+ som blant annet formidler demensrelaterte informasjon
- Brosjyren Aktivitetstilbud 60+ (med egen side om demensomsorg)

I tillegg gjennomføres sporadiske informasjonstiltak, som markering av Alzheimer-dagen og åpen dag.



«Det nytter jo ikke at helsepersonell gir beskjeder til en person med demens, og samtidig forventer at beskjeden blir gitt videre til pårørende. Det funker jo ikke.» (Pårørende i Lier, 2023)

Bruker- og pårørendedialog i hjemmetjenesten skjer gjennom hjemmebesøk, telefonsamtaler og hukkommelsesteamets tilbud om pårørendeskole, samtale- og turgrupper.

Ved institusjonene ivaretas pårørendedialog løpende. De pårørende gir også innspill gjennom bruker- og pårørendeundersøkelser som gjennomføres minimum annet hvert år. Samlet resultat ligger over landsgjennomsnittet. Ved sykehjemmene skal det også være en primærkontakt for brukeren.

Mål

- Befolkningen skal kjenne til risikofaktorer for demens, tidlige symptomer og hvordan man kan forebygge utvikling av sykdommen
- Brukere og pårørende skal oppleve at de blir lyttet til, involvert i prosesser og i beslutninger som påvirker deres tilbud og hverdag
- Brukere og pårørende skal oppleve god informasjon, veiledning, å bli lyttet til og inkludert.

Tiltak

- Utarbeide og gjennomføre informasjonskampanje med brukerrettet informasjon for personer med demens, deres pårørende og for befolkningen, deriblant
 - Utarbeide informasjonsmateriell til pårørende som gir god innsikt om sykdommen, de viktigste fasene og om støtten de kan få
 - Gjennomføre en åpen dag om demens minst hvert annet år
- Bidra til revitalisering av pårørendeforening (Lier demensforening) og godt samarbeid med denne.
- Sikre god kapasitet i pårørendeskole



3. Innsatsområde C: Tidlig diagnose og oppfølging i etterkant

«Det å komme ut av legekontoret med en demensdiagnose, ja – det var som å falle ned i et sort hull. Vi følte oss forferdelig alene, og visste ikke hvor vi skulle henvende oss». (Pårørende og person med demens, Lier, 2022)

Tidlig oppdagelse er en forutsetning for at diagnose blir stilt til rett tid. På denne måten kan man sette i gang sykdomsutsettende tiltak og bistå med virkemidler og tiltak som bidrar til å opprettholde kognitivt, fysisk og sosialt funksjonsnivå. Dette kan være gjennom forskjellige aktiviteter, medisiner, velferdsteknologiske løsninger og støtte- og avlastningsordninger for pårørende.

Diagnose settes i samarbeid mellom fastlege, spesialisttjenesten og hukommelsesteamet. Det er fastlegen som står som faglig ansvarlig overfor pasienten.

Lier kommune er opptatt av tidlig oppdagelse. Det er satt inn tiltak for å drive informasjonsarbeid i kommunen slik at personer kommer tidlig inn til utredning. Hukommelsesteamet samarbeider med fastlegene om kartlegging.

Pasient og pårørende uttaler at de kan oppleve rådløshet og føle seg alene etter konsultasjon hos fastlege og diagnose er stilt.

Hukommelsesteamet utgjør i dag av 1,6 årsverk. De er et faglig tyngdepunkt i kommunen og gir viktige tilbud til personer med demens og deres pårørende.

Mål

- Alle personer der det råder mistanke om demens skal henvises til eller oppsøke fastlege så tidlig som mulig
- Hukommelsesteamets responstid ved forespørsel om hjemmebesøk/kartlegging skal være maksimalt 2 uker
- Alle pasienter skal oppleve at fastlege og hukommelsesteamet samarbeider godt og følger rutinen Teambasert demensutredning

Tiltak

- Fortsette å implementere rutinen «Teambasert demensutredning»
- Sikre god kartleggingskapasitet i hukommelsesteamet

4. Innsatsområde D: Gode og sammenhengende tjenester

God behandling og gode brukeropplevelser avhenger av at alle tjenesteytere samhandler godt og sikrer god deling av informasjon, slik at pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt. God samhandling gir også pasienten god forutsigbarhet. Dette krever at tjenestetilbudet tar utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker, og at involverte aktører samhandler til pasientens beste. Behandlingen og tilbudene skal være personsentrert. Det sentrale er at pasienten møtes på en god måte og får nødvendig oppfølging til å kunne leve et godt liv i den sykdomsfasen de befinner seg i. Generelt sett er det spesielt i overgangene mellom tjenesteytere at pasient og pårørende kan oppleve manglende koordinering. Derfor er personsentrert omsorg et viktig prinsipp, der behandling og informasjon støtter opp om den enkeltes



behov. Det handler i stor grad om effektiv utveksling av informasjon mellom tjenesteytere og om gode rutiner.

Det er viktig med samarbeidsrutiner og god informasjonsflyt mellom kommune, fastlege og sykehus, men også mellom virksomhetene og de ansatte i kommunen. Dette fordrer tilrettelegging av systemer og omgivelser gjennom hele pasientens sykdomsforløp.

«Hva er viktig for deg?»

(Et metodisk viktig spørsmål i arbeidet med å skape gode pasientforløp og som flytter oppmerksomheten fra sykdom til helse og fra diagnose til hele mennesket. Dette har en helsefremmende tilnærming og styrker pasientrollen.)

Personsentrert omsorg er en god inngang for tilrettelegging av tjenester igjennom hele pasientforløpet: fra besøket hos fastlegen, i hjemmetjenesten, i sykehjem og på sykehuset. Det danner også basis for gode overgangen mellom de forskjellige tjenesteyterne. Informasjonsutveksling mellom enheter er sentralt, for å få til gode overganger. Pårørendes rolle som informasjonsformidler mellom tjenesteytere kan avhjelpe betraktelig ved bedre samhandling mellom systemene, de forskjellige organisasjonene og enkeltansatte.

Musikk- og miljøterapi er viktige elementer i god behandling, og inngår naturlig i personsentrert omsorg. Det kan være avgjørende i arbeidet med å skape trygghet. Forskning viser at musikk stimulerer hjernen på en unik måte, og god faglig sangpedagogikk gir bedre pust og pustekapasitet, tilgang til språkressurser og klart bedre diksjon. Innføring og drift av sanggrupper for personer med demens gir deltakerne økt funksjonsnivå og bedret psyke, samtidig som det gir tilhørighet og kan gi de pårørende viktig avlastning. (Cremah, Norges musikkhøgskole, 2022.)

Mange eldre bor alene og opplever utrygghet, er ensomme eller utvikler depresjon. Det er viktig å fange opp disse gjennom gode rutiner, for å hindre forverring av situasjonen og helsen. Sykdommens forløp kan variere sterkt fra person til person, og Nasjonalt senter for aldring og helse anbefaler oppfølging hver 6. måned av denne pasientgruppen. I dag blir mesteparten av oppfølgingen initiert av bruker eller pårørende.

God sammenheng i tjenestene kan oppnås ved bedre rutiner, men et viktig element viser seg å være mer teambasert tilnærming. Dette trekkes fram i Nasjonal faglig retningslinje om demens som en viktig måte å sikre brukerne bedre oppfølging. Brukeren/pasienten står i fokus, og det opprettes i større grad tverrfaglig team med rett kompetanse for å gi bruker/pasient den oppfølging som er nødvendig. Ved bruk av flere heltidsstillinger og færre vikarer kan brukeren oppleve færre personer å forholde seg til. Spesielt for personer med demens vil færre mennesker å forholde seg til gi trygghet og forutsigbarhet, noe som er viktig i hverdagen. Demensretningslinjen viser at det bør tilstrebes at personer med demens møter fast personell som kjenner personen godt

Personsentrert omsorg og rutiner tilpasset pasientens behov og rytme, kan være en viktig bidragsyter for å sikre god flyt i de daglige aktivitetene og for å ivareta helsebehov. Flere studier viser at bruk av tillitsskapende tiltak skaper trygghet, ro og forutsigbarhet. I visse tilfeller er dette ikke tilstrekkelig for å ivareta omsorgen for den enkelte person.

Kap. 4A i pasient- og brukerrettighetsloven åpner opp for bruk av tvang til personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, for «å hindre vesentlig helseskade». Loven sier også at «før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært



forsøkt, med mindre det er åpenbart formålsløst å prøve dette». Bruk av tvang er en belastning både for pasient og ansatte, og holdes på et lavt nivå gjennom god behandling. Bruk av tvang skal alltid være siste utvei etter at tillitsskapende tiltak er utprøvd. Derfor er det viktig at det arbeides kontinuerlig med kompetanse om tillitsskapende tiltak.

Vedtakene om bruk av tvang fattes av tjenesteyter og skal rapporteres via kommuneoverlege til Statsforvalter. Det finnes i dag ingen lett tilgjengelig statistikk om bruk av tvang i kommunen eller hos Statsforvalteren.

Lier kommune arbeider i dag for å finne gode løsninger for den enkelte pasient, og kommunen kan dra nytte av å etablere et felles sett av rutiner eller arbeidsmetoder for personsentrert omsorg i full betydning av begrepet. Ordningen med primærkontakt skal være plass i alle sykehjemmene. Tiltaksplaner er i varierende grad satt i system. Eksempler på metodikk som kan vurderes felles i sykehjemmene er TID (Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens), VIPS (praksismodell for implementering av personsentrert omsorg) eller Marte Meo (veiledningsmetode).

Det er viktig av kommunen har gode rutiner og at samhandlingen mellom de ulike tjenesteområdene er godt, fordi overganger mellom hjem, dagsenter, avlastning, sykehus og sykehjem kan være utfordrende for pasient, bruker og ansatte. Primærkontaktene har ansvar for å sikre god informasjon i forbindelse med overføringer, eksempelvis til og fra korttidsopphold.

Sykehjemmene våre har ulike innslag av musikkaktiviteter, der det i varierende grad brukes musikkfaglige instruktører for å sikre aktiv deltakelse og optimal effekt.

Alle sykehjemmene utarbeider «Min livshistorie» for hver pasient. Dette er basert på en kartlegging av beboerens bakgrunn og skal være kjent av alle ansatte.

Mål

- Øke pasient- og brukertilfredshet
- Tjenestetilbudet skal være sentrert rundt pasient og pårørende med et fast team, kjent og kompetent personale
- Sykehjemmene i Lier kommune skal benytte strukturerte metoder for personsentrert omsorg, der musikkterapeutiske metoder inngår
- Bruk av tvang skal være på lavest mulig nivå
- Pasientinformasjonen skal være kjent for alle fagpersoner/ansatte, slik at pårørende slipper å informere om det samme til mange.

Tiltak

- Etablere et eget prosjekt for å introdusere egne demensteam i hjemmetjenesten, der det også utarbeides system for relevante målinger
- Utvikle/gjennomgå rutiner for hele forløpet med innarbeidet «pakkeforløp», personsentrering, informasjon, system og struktur
- Etablere tilbud for å gi hjemmeboende personer med demens bedret psykisk helse
- Sikre at kommunen har enkel tilgang til egen statistikk
- Sørge for kontinuitet i ulike aktivitetstilbud og sanggrupper for personer med demens



5. Innsatsområde E: Velferdsteknologi

«Kan ikke unnvære den (den digitale medisindispenseren) altså. For jeg måtte jo gå og spørre han, jeg da vet du, om han hadde husket å ta medisinen sin. Hvis jeg ikke kom på å spørre så glemte han det».
(Sitat fra pårørende, hente fra sykepleien.no, 2019)

Digitalisering muliggjør helse- og omsorgstjenester på nye måter, og kan gi personer med demens en tryggere hverdag, muligheter for en større grad av frihet og mestring og for å bo trygt hjemme. Bruken av teknologi må tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov for å gi bedre livskvalitet og trygghet for personer med demens og deres pårørende. Bruk av velferdsteknologi er ikke et mål i seg selv, det må være fokus på verdiskapingen velferdsteknologien gir.

Utviklingen av digitale velferdsteknologiske tjenester er i stadig utvikling, og kan være viktige verktøy for å gjøre det mulig for flere å bo trygt hjemme lenger, til tross for kognitiv svikt. For at en bruker/pasient/pårørende skal oppleve gode og stabile tjenester, kreves det at kommunen evner å organisere tilbudet på en god måte, Det innebærer å opprettholde kompetanse om produktet, sikre god opplæring av ansatte og bruker, gi god oppfølging og overvåking. Lier har tatt et viktig strategisk grep om å være proaktive i vurderingen av nye løsninger, uten å være de aller første til å prøve ut ny teknologi.

I tillegg til løsninger som er knyttet til fysiske trygghetsbehov som de nevnt ovenfor, ser vi også at teknologi kan bidra til sosial samhandling. Dette kan gi økt livskvalitet, sosial stimulans og mental helse. Det finnes skjerm-løsninger i dag som er godt utprøvd, og som gir brukeren mulighet til sosial kontakt gjennom et enkelt og godt tilpasset brukergrensesnitt.

«Det er så koselig å ha den skjermen. Da kan jeg følge med på hva som skjer med familien, særlig barnebarna. Det er kjempehyggelig. Og hvis jeg ikke greier å ta telefonen, så sender de meg bare en melding.» (Sitat fra bruker, Oslo, 2023)

Personer med en demenssykdom vil oppleve redusert funksjonsnivå over tid. En bruker av trygghetsalarm kan underveis i sykdomsforløpet miste evnen til å nyttiggjøre seg denne. Dette stiller krav til at teknologien må være slik at den krever et lavt nivå av brukerstyring. Det er også viktig at det foretas en kartlegging/vurdering av en brukers funksjonsnivå med gitte intervaller, gitt at funksjonsnivået kan falle nokså raskt.

Kunstig intelligens kan by på løsninger for sosial interaksjon, eller til å trygge hjemmeboende personer med demens som er usikre eller har angst. Det utvikles nå chatboter/demensassistenter som oppleves som omsorgsfulle og støttende. Potensialet her kan være betydelig med tanke på å gi bedre tjenester. Det er viktig at Lier kommune følger med på nye produkter og utprøving av disse, slik at man kan ta i bruk de gode løsningene til rett tid.

I Lier kommune er det definert et eget prosjekt for velferdsteknologi. Per nå er disse teknologiske tjenestene i bruk, uten at det nødvendigvis er knyttet til en demensdiagnose:

- e-lås: Alle som er brukere av hjemmetjenesten får installert en e-lås som gjør det enkelt for hjemmetjenesten å komme inn til brukeren. Brukersikkerhet økes ved at det blir registrert hvem som har åpnet døren og når.



- GPS/Geosporing: Dette er en løsning for personer med demens eller kognitiv svikt, som gjerne går på tur. Med en liten GPS på kroppen er det lett for pårørende å finne brukeren og hjelpe vedkommende trygt hjem. Både hjemmetjenesten og sykehjemmene arbeider med dette som et tilbud til sine tjenestemottakere. Det ligger mye trygghet i en slik løsning.
- Medisindispenser: For å gjøre utdeling av medisiner på en trygg og forutsigbar måte, kan man få en slik løsning gjennom hjemmetjenesten. Dette gir økt kvalitet og trygghet.
- En trygghetsalarm består av en enhet som bæres på kroppen og som brukeren kan utløse for å få hjelp, f.eks. ved fall.

Lier kommune deltar også i flere samarbeidsprosjekter for å utrede muligheter for flere tjenester (eksempelvis digital hjemmeoppfølging, responscenter, simulering, digital helsekompetanse m.fl.). Mange av disse løsningene er egnet for en bred gruppe pasienter, og kan være viktige for gjeldende målgruppe.)

Velferdsteknologi vil være en viktig del av løsningen for å kunne gjøre det mulig for brukere å bo hjemme lengst mulig, men også for å gi god kvalitet i tjenestene. Innkjøp av teknologi krever investeringer. Det er vel så viktig å etablere en god organisering og gode prosesser/rutiner, slik at implementeringen og drift av løsningene ivaretas. En introduksjon av en ny løsning er gjerne ressurskrevende, spesielt i starten. De virkelige effektene ser man etter en tid på arbeidseffektivitet, tjenestekvalitet og økonomi, gjerne etter at volumet på tjenesten har fått en viss størrelse.

Mål

- Lier kommune skal ha gode og hensiktsmessige velferdsteknologiske løsninger i demensomsorgen gjennom hele sykdomsforløpet.
- Lier kommune skal ha modeller som sikrer effektiv implementering og drift.

Tiltak

- Lier kommune skal delta i prosjekter og samarbeid med eksterne instanser på velferdsteknologiområdet og ta i bruk nye løsninger innenfor velferdsteknologi
- Alle ansatte, pårørende og pasient/bruker skal ha den nødvendige kompetanse for å kunne benytte seg av de digitale løsningene og til å forvalte systemene.

Det vises til Handlingsplan for velferdsteknologi for øvrige tiltak.



6. Innsatsområde F: Å bo hjemme og å bo i institusjon

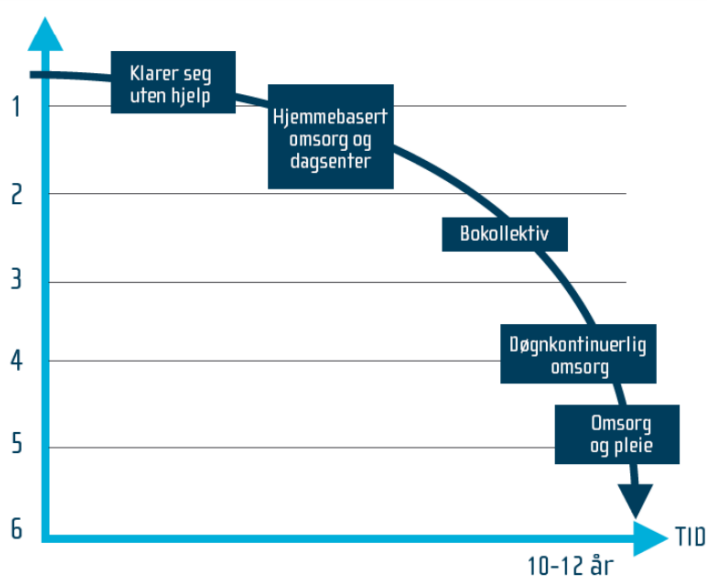
«Jeg har det faktisk bedre nå, enn da han bodde hjemme. Det var så tøft å innse at han måtte på sykehjem, det ga meg veldig dårlig samvittighet å søke om plass. Men jeg ser at han har det bra, og jeg har det så mye bedre nå.» (Pårørende etter at ektemann fikk plass på sykehjem, Oslo, 2012)

Personer med demens har forskjellige behov og ønsker til egen bostituasjon. De fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og det er viktig at virkemidlene vi har tilpasses dette ønsket: Boligpolitikken, stedsutvikling, utforming av bolig og arkitektur må ta inn over seg hvilke krav som stilles på bakgrunn av befolkningsutviklingen. Hele 96 prosent av Liers seniorer (over 67 år) eier egen bolig. Dette tallet er betydelig høyere enn landsgjennomsnittet som er 82 prosent. Per nå er det omtrent 66 prosent av alle boliger bebodd av seniorer som ikke er universelt utformet (Buskerudbyen, Opinion AS, 2021). Samme undersøkelse viser også at seniorene trives med egen bolig og i nabolaget sitt. For at flere skal kunne bo trygt hjemme lenger, er det viktig at boligen er tilpasset livet i alderdommen. Det vil ikke være nok leiligheter til å dekke behovet for universell utforming. Den enkelte bolig må derfor kunne tilpasses et redusert funksjonsnivå – enten det er snakk om kognitiv eller fysisk svikt. Vi må gjøre Lier til et demensvennlig samfunn i praksis.

Mange eldre bor alene. 35 prosent av alle over 67 år bor alene, mens over halvparten av alle hjemmeboende over 80 år bor alene (SSB, 2019). Disse er ekstra utsatt med tanke på å oppleve ensomhet og utrygghet.

På nasjonalt nivå vises det til at ca. 13.800 av 40.000 sykehjemsplasser (34,3 prosent) er tilrettelagt for personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, Demensplan 2025). Ca. 80-85 prosent av beboere på institusjon i Norge har en demenssykdom.

Berger skala viser utviklingen av tjenestebehov ved Alzheimer sykdom i en periode på 10-12 år opp mot graden av demens:



Med den forestående befolkningsutviklingen og framskrivningen av antall personer med demens, er det viktig at kommunen planlegger, prioriterer og iverksetter tiltak for å kunne yte forsvarlige tjenester. Boligløsningene i spennet mellom brukeren som greier seg selv og fram til behovet for kontinuerlig heldøgnsomsorg, må bli mer fleksible og tilpasses en situasjon der flere må kunne bo hjemme lenger. Gode løsninger må utvikles i bokollektiv, bolig med bemanning e.l. Alle disse løsningene må tilpasses personer med demens.

Lier kommune har 115 kommunale sykehjemsplasser, i tillegg er to pårørenderom. nærmere 75 prosent av Liers sykehjemsplasser er tilrettelagt for personer med demens, en betydelig høyere prosentandel enn for landet for øvrig. Samtidig må det være et mål at vi har tilpassede plasser til alle som bor i institusjon ut fra deres funksjonsnivå og behov – også til den andelen av disse som har demens (80-85 prosent).

I kommunedirektørens forslag til Handlingsprogram 2024-27 fremgår: «For å opprettholde et godt tilbud av institusjonstjenester og boliger med heldøgns pleie til de som vil trenge det, er det behov for utvidelse av kapasiteten de neste ti årene. Dette planlegges realisert gjennom en enkel rehabilitering av Liertun, med økning av 32 institusjonsplasser ved å ta i bruk hele 3. etasje og 4. etasje gradvis de neste årene. En mer omfattende rehabilitering av Liertun foreslås forskjøvet til perioden 2034-2044.

Utbygging av Fosshagen trinn 3 skal blant annet håndtere økt behov for pleie- og omsorgsplasser. Ved å ta i bruk alle etasjene i Liertun vil dette prosjektet kunne skyves til perioden etter 2034.»

Behovskorrigerte kostnader per innbygger, kr	Lier	Kostragruppe 09	Viken	Drammen	Asker	Landet uten Oslo
<i>Antall innbyggere</i>	28 167	678 844	1 292 241	103 291	97 784	4 779 947
PLEIE OG OMSORG	25 170	23 576	22 978	20 237	25 791	23 586
Aktiv.- og servicetjen eldre og pers. m/funk.neds	1 027	1 082	1 183	1 028	1 347	1 138
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	7 539	8 055	8 022	7 496	8 778	8 535
Helse- og omsorgstj. til hjemmeboende	15 414	13 237	12 318	10 710	14 525	12 471
Tilbud om ø. hjelp døgnoophold i kommunene		118	173	101	126	151
Institusjonslokaler	1 191	1 086	1 281	902	1 015	1 290

Behovskorrigerte netto driftsutgifter til pleie og omsorg pr. innbygger.

«Når det gjelder omsorgstjenester for eldre brukere, er det både kvalitativt og kostnadmessig gunstig at brukere får hjemmebaserte tjenester i stedet for tjenester i institusjon, så langt det er mulig. Å jobbe for en god hjemmetjeneste og gode boforhold, som gjør det mulig at flest mulig bor hjemme livet ut, er viktig også fremover for å holde kostnadene her nede. Lier har et forholdsvis lavt antall institusjonsplasser sammenlignet med omkringliggende kommuner. Dette kan være noe av årsaken til at kommunen ligger lavere på kostnader for helse- og omsorgstjenester i institusjon.»

Antallet institusjonsplasser er lavt i forhold til befolkningstall og i sammenligning med andre kommuner. Samtidig er det forholdsvis mange plasser i Lier som har skjermet og forsterket skjermet nivå. Bemanningen er også høyere for disse plassene.

Noen kommuner har valgt å bygge demenslandsbyer eller andre former for moderne bofellesskap. Erfaringene med disse boformene varierer og det er vanskelig å si om dette er suksessrike tiltak. Folkehelseinstituttet har gjennomført en kunnskapsoppsummering, og de skriver «Vi har svært lav tillit til resultatene og kunnskapsgrunnlaget er for mangelfullt til å kunne si sikkert om moderne boformer har noen effekt for personer med demens sammenlignet med tradisjonelle boformer» (FHI, Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens, 2022).

Det vises for øvrig til Helhetlig boligstrategi som bl.a. har definert disse innsatsområdene

- 1.3: Bistå til at innbyggere settes i stand til å bo lengst mulig i eget hjem



- 2.2: Boligutvikling bør skje i tråd med faktiske behov

Det vises også til målene definert Leve hele livet Handlingsplan om at flere skal bo trygt hjemme og at kommunen skal påvirke innbyggerne til å planlegge for egen alderdom. Vi viser også til Boligguiden for boenheter for personer med demens fra Nasjonalt senter for aldring og helse. (Se <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/boligguiden.>)

Mål

- Alle skal kunne bo hjemme så lenge de mestrer det og ønsker det selv.
- I Lier kommune skal det være en variert boligsammensetning som er tilpasset funksjonsnivå til personer med demens gjennom hele deres sykdomsforløp.

Tiltak

- Stimulere til at eldre planlegger egen bolig og tilværelse gjennom tilpassede kommunikasjons tiltak til målgruppen
- Hjemmetjenesten fortsetter å adressere alle innbyggere som er 75 og 80 år i brev med tilbud om hjemmebesøk
- Opprette boligteam/ansvarlig som kan støtte innbyggere i planlegging av egen bolig og alderdom som jobber proaktivt ut mot innbyggerne, ikke bare på innkommende henvendelser
- Påvirke boligutbygging i kommunen for å møte behovene til gode boligløsninger, også for personer med demens.

7. Innsatsområde G: Aktivitetstilbud og avlastning

«Det å komme på dagsenteret er som å komme hjem. Her kan jeg senke skuldrene og bare være meg selv». (Bruker av dagsenteret på Fosshagen, Lier, 2023)

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens er viktig i innsatsen med å opprettholde funksjonsnivå, gjennom å sikre fysisk og kognitiv aktivitet i sosiale, trygge rammer. Tilbudet kan være med på å sikre god ernæring. Det kan også forebygge og utsette behovet for heldøgns omsorg i institusjon. Det er viktig at dagaktivitetstilbud er spesielt tilrettelagt for personer med demens og deres interesser, slik at de kan oppleve motivasjon og mestring ved å ta del i aktivitetene.

Det er fra 1. januar 2020 innført en plikt for kommunene til å tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens, og midlene fra tilskuddsordningen er innlemmet i kommunerammen. Yngre personer med demens ønsker seg og trenger tilbud som ikke er knyttet til en institusjon.

Dagaktivitetstilbud fungerer også som avlastning for pårørende.

Pårørende opplever ofte stor belastning når et familiemedlem får en demenssykdom. For å unngå utilbørlig slitasje og utmattelse, må de pårørende få støtte til å takle den nye situasjonen og avlastning etter behov. Flere studier viser at det er behov for bedre samarbeid og samhandling med pårørende (Ingebretsen, 2009). Ifølge veilederen «Pårørende – en ressurs» (2008) ivaretas ikke pårørende godt nok i helsetjenesten. Det påpekes at arbeid med pårørende ofte er tilfeldig eller personavhengig. Veilederens visjon er at pårørende skal sees på som en viktig ressurs i behandling av mennesker med ulike lidelser, og at de får nødvendig veiledning og støtte av helsepersonell til å fylle den rollen de



innehar. Samtidig påpeker Helsedirektoratet at det er viktig å hindre at pårørende pådrar seg egen helsesvikt grunnet mangel på støtte og avlastning fra helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2008).

Personer med demens får vansker med å utføre innlærte ferdigheter eller å mester hverdagssysler. Når det gjelder aktiviteter i institusjon gjennomføres en viktig del av aktivitetstilbudene som såkalt ADL (Activities of daily living). ADL er meningsfulle og målrettede handlinger som mennesker utfører på ulike livsområder. ADL kan være ivaretagende aktiviteter som innebærer omsorg, eller vedlikehold av en selv eller andre. ADL gir aktivitet i trygge rammer, og bygger brukerens mestringsfølelse.

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende gis i dag ved Fosshagen dagsenter, ved Gifstad dagsenter eller gjennom pårørendeskolen og samtale- og gågrupper og kor. Plass på dagsenteret krever vedtak fra forvaltning helse og bolig. Pårørendeskolen, samtale- og gågrupper er lavterskeltilbud i hjemmetjenesten som også har etablert en sanggruppe for personer med demens og deres pårørende.

«Når jeg vet at mannen min er ivaretatt og er trygg, først da får jeg et pusterom».
(Pårørende, Lier 2023.)

Dagaktivitetstilbudet ved Fosshagen ressurscenter er åpent alle hverdager fra kl. 10.00-15.00. Det er tre avdelinger med 10-12 plasser daglig. I praksis er det et noe lavere antall brukere daglig. Tirsdag og torsdag kveld er senteret åpent fra kl. 16.00-21.00 med én avdeling åpen med sju plasser. Brukere som søker om plass, får plass stort sett umiddelbart. Bemanningen på dagsenteret på Fosshagen ansees som god.

Gifstad dagsenter var i utgangspunktet for eldre med nedsatt funksjonsevne, men i dag er det flere av brukerne som har en kognitiv svikt eller en demensdiagnose. Bemanningen er lavere her enn ved Fosshagen.

Det gjøres mye godt miljøarbeid og alle de tre kommunale sykehjemmene har aktivitører ansatt. Frivillige er i stor grad involvert i aktiviteter for personer med demens både på Fosshagen ressurscenter, Nøstehagen bo- og omsorgssenter og Liertun sykehjem og boligenhet. Det frivillige arbeidet er i hovedsak koordinert lokalt ved hvert hjem.

Høsten 2023 er det identifisert en håndfull hjemmeboende personer under 60 år der det foreligger mistanke om demens eller som har en demensdiagnose. Denne brukergruppen ønsker ikke å forbindes med brukere med betraktelig høyere alder eller med langkommet demenssykdom. Kommunen har ikke per i dag et godt tilbud til denne pasientgruppen. Det er også ønskelig at tilbudene i større grad tilpasses sykdomsforløpet.

Tilbud om avlastning er svært viktig for de pårørende. Avlastning gis i dag som oftest som korttidsopphold i en fast rullerende modell som gir mulighet for to uker avlastning hver femte, sjuende eller niende uke. Tidvis tilbys kortere avlastningsopphold. Noen pårørende opplever i dag at tilbudet om avlastning ikke er fleksibelt eller tilstrekkelig nok. Behovet kan være alt fra avlastning noen få timer eller ettermiddag, til flere døgn eller helgeopphold, slik at pårørende får det pusterommet de trenger.

Alle sykehjemmene i Lier kommune har aktivitører, som har som oppgave å sikre meningsfulle og tilpassede aktiviteter til sine beboere. Som nevnt tidligere, fyller frivilligheten også en viktig rolle. De gir i hovedsak aktivitetstilbud ved institusjonene, turopplevelser og støtte til transport.



Mål

- Hjemmeboende personer med demens skal oppleve meningsfulle og tilrettelagte aktiviteter
- Pårørende skal ikke oppleve høy grad av belastning
- Alle beboere i institusjon eller døgnbemannet bolig skal ha en form for aktivitetstilbud én time hver dag

Tiltak

- Utvikle et dagaktivitetstilbud utenfor institusjon for personer med demens i tidlig fase
- Utvikle flere tilbud om avlastning i hjemmet
- Bidra til å koble frivillige tilbud til hjemmeboende personer med demens
- Utvikle mer fleksible avlastningstilbud som ivaretar pårørendes behov

8. Innsatsområde I: Organisering og kompetanseutvikling internt

«Det er for mange ansatte som går videre når mor sier at hun allerede har dusjet eller spist. De må ha kompetanse til å observere om dette stemmer og greie å gi nødvendig hjelp».
(Pårørende, Lier, 2023)

Omsorg for personer med demens fordrer bred kompetanse om biologiske, sosiale og psykiske problemer som kan oppstå som følge av sykdommen. Kunnskap om demens er avgjørende for hvordan kommunen greier å møte utfordringene knyttet til demensdiagnose. Det finnes omlag 150 forskjellige diagnoser koblet til demens. I tillegg til det medisinske, kan situasjonen rundt den enkelte person bli kompleks. Kunnskap er viktig for å kunne forholde seg på en god måte til en person med demens og deres pårørende, og kunnskap danner et viktig grunnlag for holdninger. Gode holdninger gir en viktig plattform for god, hensiktsmessig respons og god atferd.

Måten kommunen organiserer sine enheter på vil i stor grad påvirke evne til samarbeid og samhandling – og evne til å levere gode og sammenhengende tjenester. Det handler om hvordan vi deler kunnskap og erfaringer om metodikk.

Kunnskapen om demenssykdom, om virkemidler og behandling øker fra år til år. Det er en utfordring å kunne følge med på ny kunnskap og forskningsresultater, gjøre fornuftige valg basert på dette, og dele kunnskapen internt.

All pleie og oppfølging bør ha fokus på personsentrert omsorg, omfatte sammensatte tiltak og ha en tverrfaglig tilnærming. Det i seg selv krever kompetanse om dette.

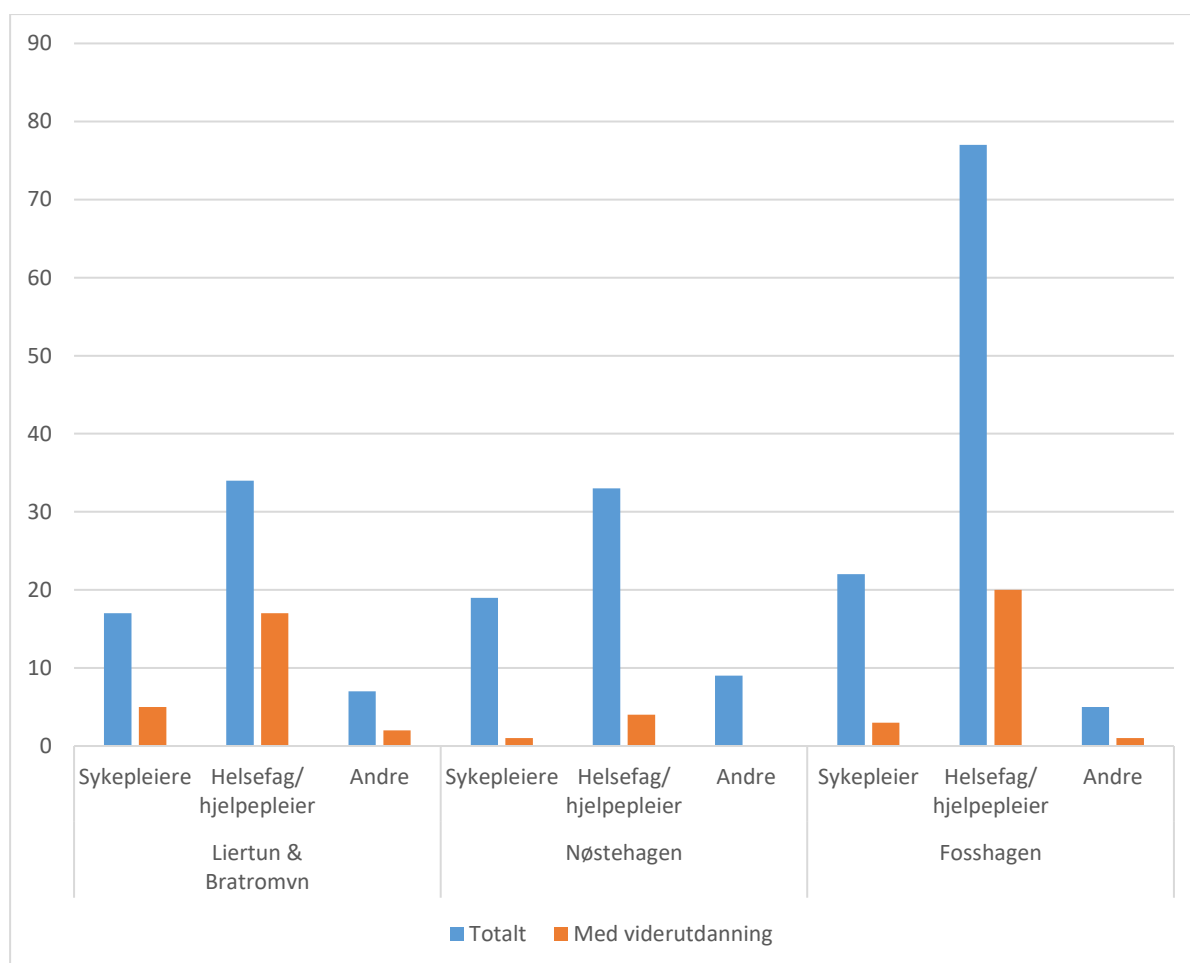
«Jeg lever lenge på gylne øyeblikk der kommunikasjonen lykkes slik at vi får god kontakt»!
(Ansatt som arbeider med pasienter med alvorlig demenssykdom, Lier, 2023)

En god kompetansestrategi og gode planer for kompetanseutvikling, vurderes også som et viktig virkemiddel for å rekruttere og beholde helsearbeidere.

Pleie og omsorg av personer med demens reiser ofte en del etiske spørsmål om taushetsplikt, dialog med pårørende, rett til medbestemmelse, tvang/avledning m.m. Det er viktig at ansatte som omgås personer med demens gis mulighet for refleksjon som en del av kompetansehevingen og holdningsarbeidet. Alle disse fokusområdene er dekket i eksisterende kompetanseplaner.



Kompetanse om demens er avgjørende for god pleie og omsorg. Modellen nedenfor viser antall innen hver yrkesgruppe totalt og hvor mange av dem som har videreutdanning innen demens/geriatri. Det er naturlig å påpeke at Nøstehagen har relativt sett færre beboere med demens enn ved de andre institusjonene.



Figur: Oversikt over antall innen hver yrkesgruppe og hvor stor andel som har videreutdanning innen demens/geriatri fordelt på institusjonene. Av de totalt 223 ansatte er det 53 (23,7 %) som har videreutdanning innen demens/geriatri. Virksomhetsledere er ikke tatt med i oversikten.

Mål

- Alle ansatte i sykehjem og hjemmetjenesten skal ha gjennomført minimumsopplæring om demens
- Pårørende og brukere skal oppleve ansatte med god fagkompetanse

Tiltak

- Vurdere nye samarbeidsarenaer for faglig utveksling
- Styrke rollen som demenskontakt
- Iverksette planer for kompetanseheving





«Sjølvs om livet går sin gang
Generasjoner går sin gang
Og det ikkje er min tur lenger
Det er mine barn som er gamle no»

Utdrag av dikt av Steinar Hjelmbrække

