



Lillehammer
kommune

Plan demensomsorg 2009-2021

SEKTORPLAN
Kommunedelplan omsorgstjenester

Vedtatt av kommunestyret 18. februar 2010
Saksnummer 09/6371

INNHold:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| DEL 1 - STRATEGISK PLAN OG HANDLINGSPLAN | 4 |
| BAKGRUNN, MANDAT OG VIRKEOMRÅDE | 5 |
| DEMENSPLAN 2015 – ”Den gode dagen” | 6 |
| HELHETLIG DEMENSOMSORG..... | 7 |
| <i>Tjenester til demente – en kjede av tiltak</i> | 8 |
| MÅL OG STRATEGIER | 10 |
| HANDLINGSPLAN..... | 11 |
| DEL 2 – FAKTA- OG DRØFTINGSDEL | 16 |
| DEMENSsYKDOM | 17 |
| <i>Generelt</i> | 17 |
| <i>Forekomst</i> | 19 |
| PLEIE- OG BEHANDLINGSPLASSER..... | 21 |
| <i>Tilrettelagte korttids- og avlastningsplasser</i> | 23 |
| <i>Pleieboliger i bofellesskap</i> | 24 |
| <i>Bokollektiv for demente</i> | 24 |
| <i>Sykehjemsenheter med skjerming</i> | 24 |
| <i>Forsterket skjermet enhet</i> | 25 |
| <i>Ordinær sykehjemsplass</i> | 25 |
| PÅRØRENDESKOLER OG SELVHJELPSGRUPPER | 26 |
| DAGTILBUD | 26 |
| <i>Dagtilbud etter lov om helsetjenester i kommunene:</i> | 26 |
| <i>Lavterskel dagtilbud ved Søre Jørstad Gård:</i> | 27 |
| <i>Andre lavterskel dagtilbud</i> | 27 |
| LILLEHAMMER SYKEHJEM SOM KOMPETANSEsENTER INNEN DEMENS..... | 27 |
| KOORDINERING AV TJENESTEKJEDEN – RESSURSTEAM (MESTRINGSTEAM) DEMENS..... | 28 |
| HJEMMEBASERTE TJENESTER TIL DEMENTE | 29 |
| PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE OG DEMENS | 29 |
| UNGE MENNESKER OG DEMENS..... | 31 |

| | |
|----------------------------------------------------------|----|
| INNVANDRERE OG FLYKTNINGER – SPESIELLE HENSYN | 32 |
| KOMPETANSE | 32 |
| <i>Erindringsarbeid og sansestimulering</i> | 33 |
| NY TEKNOLOGI | 33 |

TABELLER, FIGURER OG INFORMASJONSBOKSER:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Boks 1: Hovedelementene i en helhetlig tiltakskjede i demensomsorgen og oversikt over eksterne aktører | 8 |
| Boks 2: Oversikt typer demens | 18 |
| Boks 3: Ulike heldøgntilbud i demensomsorgen | 23 |
| Tabell 1: Andel demenssykdom i aldersgrupper | 19 |
| Tabell 2: Oversikt antall døgnplasser og dagplasser | 21 |
| Tabell 3: Framskrevet dekning døgnplasser (til alle grupper) | 22 |
| Tabell 4: Framskrivning behov for døgnplasser til demente (med og uten skjerming) | 22 |
| Tabell 5: Alderssammensetting i Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede (kilde: Gericca 2009) | 30 |
| Figur 1: Grunnskisse over sammenhengene mellom sykdomsforløp og tiltakskjede i demensomsorgen | 9 |
| Figur 2: Framskrivning antall innbyggere med demenssykdom i ulike aldersgrupper | 19 |
| Figur 3: Framskrevet prosentvis økning av innbyggere med demenssykdom fra 2008 | 20 |
| Figur 4: Framskrevet prosentvis økning av innbyggere med demenssykdom år for år | 20 |

DEL 1 - STRATEGISK PLAN OG HANDLINGSPLAN

BAKGRUNN, MANDAT OG VIRKEOMRÅDE

Som en del av arbeidet med kommunedelplan omsorgstjenester er det vurdert som hensiktsmessig å utarbeide egen sektorplan for demensomsorgen.

Begrunnelsen er at tjenester til mennesker med demenssykdom er en av de største utfordringene helse- og omsorgstjenestene står ovenfor.

I 2009 har åtte av ti beboere på Lillehammer sykehjem en eller annen form for demenssykdom. Samtidig vet vi at antallet som får slik sykdom vil stige i takt med kommende vekst i de eldste befolkningsgruppene, og at tjenester til demente derfor vil være avgjørende når kommunens ressurser skal fordeles og tjenester dimensjoneres.

Sektorplanen skal bygge på kommunedelplanens mål og strategier.

Sektorplanen er utarbeidet av en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe, hvor også Demensforeningen i Lillehammer og Venneforeningen ved Lillehammer sykehjem har deltatt.

Gruppen har hatt følgende mandat:

1. *Arbeidsgruppen utarbeider forslag til en helhetlig plan for demensomsorgen for perioden 2009 – 2021.*
2. *Med helhetlig plan menes at planen skal omhandle alle trinn i omsorgstrappa og beskrive målsettinger og handlingsplan*
 - *for tjenester til mennesker med demenslidelse i Lillehammer, uansett årsak eller type.*
 - *som omfatter hele bredden i tjenestetilbudet, fra forebygging og diagnostisering til døgn tjenester.*
 - *som vektlegger og beskriver mulighetene som ligger i samspillet mellom ulike typer tjenester, tverrfaglig samarbeid og samhandling. Aktører er kommunens tjenesteområder, fastlegene, andrelinjetjenestene og tredje sektor (inklusive familiene).*

3. *Målsettinger og handlingsplan skal ta hensyn til at behov for tjenester kan variere ut fra alder, årsak, symptomer, forløp og livssituasjon.*
4. *Forebyggende tiltak drøftes særskilt. Spesiell vekt legges på muligheter for tidlig utredning og diagnostisering gjennom høykompetente lavterskeltilbud. Til dette hører også utredning av mulig depresjon, ensomhet (understimulering) og ernæringsstatus.*
5. *Nære pårørendes behov drøftes særskilt, og handlingsplanen skal beskrive et opplegg for samhandling med pårørende inklusive informasjonsrutiner og tilbud om kursing ("pårørendeskole").*
6. *På bakgrunn av punktene ovenfor drøftes spesielle behov for kompetanse innen demensomsorgen. Særskilt kompetansebehov vurderes også på bakgrunn av behov og muligheter for samhandling med andrelinjetjenesten og tredje sektor.*
7. *Målsettinger og handlingsplan deles inn i en kortsiktig del (maksimalt fire år fram i tid) og en langsiktig del (minimum 12 år fram i tid).*

DEMENSPLAN 2015 – ”Den gode dagen”

Demensplan 2015 er en av delplanene til Omsorgsplan 2015. En av de største utfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetting i befolkningen, er at antall mennesker med ulike demenslidelser ser ut til å doble seg i løpet av de neste 35 årene. Den sterkeste veksten vil skje om 10-15 år. Selv om dette gir tid til å planlegge, er det allerede

nå nødvendig å investere i langsiktig kompetanse, teknologi og bygningsmasse. De fleste kommuner (også Lillehammer) har dessuten allerede betydelige utfordringer i å levere gode tjenester til demente. Statlige myndigheter vurderer at det aller viktigste er å innrette lokalsamfunnet slik at forholdene blir lagt bedre til rette for mennesker med demenslidelser og deres

nærmeste. Det er de pårørende som ofte bærer de tyngste byrdene over mange år. I en slik sammenheng spiller godt utbygde hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud en avgjørende rolle. De nærmeste årene er det nødvendig med endringer både i forhold til omsorgstjenestenes kompetanse, organisering og fysiske utfordring. Demensplanen løfter fram tre hovedsatsingsområder:

| 1. Dagaktivitetstilbud | 2. Bedre tilpassede botilbud | 3. Økt kunnskap og kompetanse |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Dagtilbudet er omtalt som det manglende mellomledet i omsorgskjeden. Bare 6,5 % av de som bor hjemme med en demenslidelse har et tilbud å gå til på dagtid. Tilbudet skal aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og mening i hverdagen. Det kan samtidig avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon. Regjeringen har presisert det kommunale ansvaret for å bygge opp slike tilbud i tråd med sosialtjenestelovens intensjon, og understreker at dagtilbud sammen med hjemmetjenester kan bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.</p> | <p>Til tross for at ca. 80 % av de som bor i sykehjem har en demenslidelse, er mange sykehjem ikke bygd og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. Skal de fungere som botilbud for denne gruppa i framtida, krever det ombygging og tilpassing av en betydelig andel av dagens sykehjem og omsorgsboliger. Samtidig bør alt som bygges nytt tilpasses mennesker med demens. Da er små bokollektiv og avdelinger med aktivitetsmuligheter og direkte tilgang til tilrettelagte utearealer, bedre enn gammeldagse institusjoner i mange etasjer med store avdelinger og lange korridorer.</p> | <p><i>Informasjon:</i> Demenslidelsene er ofte forbundet med uvitenhet og ulike forestillinger om skam og skyld, slik at familiene ofte forsøker å holde det skjult. Opplysning og informasjon er derfor viktig.</p> <p><i>Opplæring:</i> Ulike målrettede opplæringstiltak til ansatte, samt egne samtalegrupper og pårørendeskoler i samarbeid med frivillige organisasjoner.</p> <p><i>Ny kompetanse:</i> Styrking av medisinsk kompetanse både lokalt og ved tettere oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Økt tverrfaglighet.</p> <p><i>Forskning:</i> Heve status og innsats innen medisinsk forskning innen demensområdet.</p> |

HELHETLIG DEMENSOMSORG

Demenssykdommene utvikles over tid, og tjenestetilbudet må rettes inn mot alle faser i forløpet. En helhetlig demensomsorg innebærer for det første at det eksisterer tilbud på alle trinn i omsorgstrappa, helt fra bekymringsstadiet og utredningsfasen, til stadiet hvor pleiebehovene er omfattende og døgnkontinuerlige. For det andre må oppfølging og samordning av tiltak til den enkelte pasienten tilpasses sykdomsutviklingen, noe som igjen betinger høy kompetanse hos dem som skal ivareta slik oppfølging og samordning. Samhandling med andrelinjetjenestene er en selvfølge for tidlig og riktig utredning, men vil i mange tilfeller også være nødvendig i andre faser av sykdomsforløpet. Det er viktig at en så tidlig som mulig kan utelukke eventuelle andre årsaker til symptomer i en innledende fase.

Undersøkelser viser at eldre mennesker med psykiske lidelser eller demens har en tendens til å falle mellom to stoler både i første- og andrelinjetjenestene. Hovedfokuset blir oftest somatiske diagnoser, selv om vi vet at over 80 % av

alle pasientene på sykehjem har demenssykdom. Ca. halvparten av sykehjemspasientene har ikke fått diagnostisert sin demenssykdom, men har gjerne opptil flere somatiske diagnoser. De fleste med demenssykdom har i tillegg uttalte psykiatriske symptomer. Sykehjemmene i Norge har i dag flere psykotiske pasienter enn de psykiatriske sykehusene. (Ref. Geir Selbæk, nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse).

Vi vet at mellom 40 og 50 prosent av alle som har demenssykdom til enhver tid vil ha behov for døgnbaserte tjenester, enten i sykehjem eller annen døgnbemannet bolig. Behovet for slike plasser i Lillehammer vil ut fra dette være ca. 200 pr. 2009. (Beregnet andel 45 %. Se også tabell 4). Men man må ikke glemme at det til enhver tid er en enda større gruppe demente som skal ha et tilrettelagt tilbud utenfor institusjon. Hjemmetjenester, inklusive veiledning av både pårørende og personale, kombinert med dagtilbud og korttidsplasser, er virkemidlene. Når tjenestene evner å bruke disse virkemidlene på en målrettet og

systematisk måte, tilpasset den enkeltes situasjon og sykdomsforløp, øker mulighetene for å bidra til best mulig livskvalitet for pasient og pårørende.

Lillehammer kommune har i dag 191 plasser ved Lillehammer sykehjem. 42 av disse er i såkalte skjermede enheter, hvorav 30 av plassene har direkte tilgang til utearealer. Det er også 38 institusjonsplasser for demente fordelt på fire bokollektiv, som alle er lokalisert i bo- og servicesetra. Av Lillehammers 234 institusjonsplasser, er det med andre ord 80 som pr. 2009 er spesielt tilrettelagt for demente.

Lillehammer sykehjem driver 20 dagplasser fem dager pr. uke lokalisert i "Mjøsgløtt" samt 6 plasser fem dager pr. uke lokalisert i "Styrerboligen". Plassene i Styrerboligen er spesielt tilrettelagt for demente. Begge tilbudene er i tidsrommet 8 – 15 hverdager mandag til fredag.

Kommunen har i dag ingen korttidsplasser øremerket for demente.

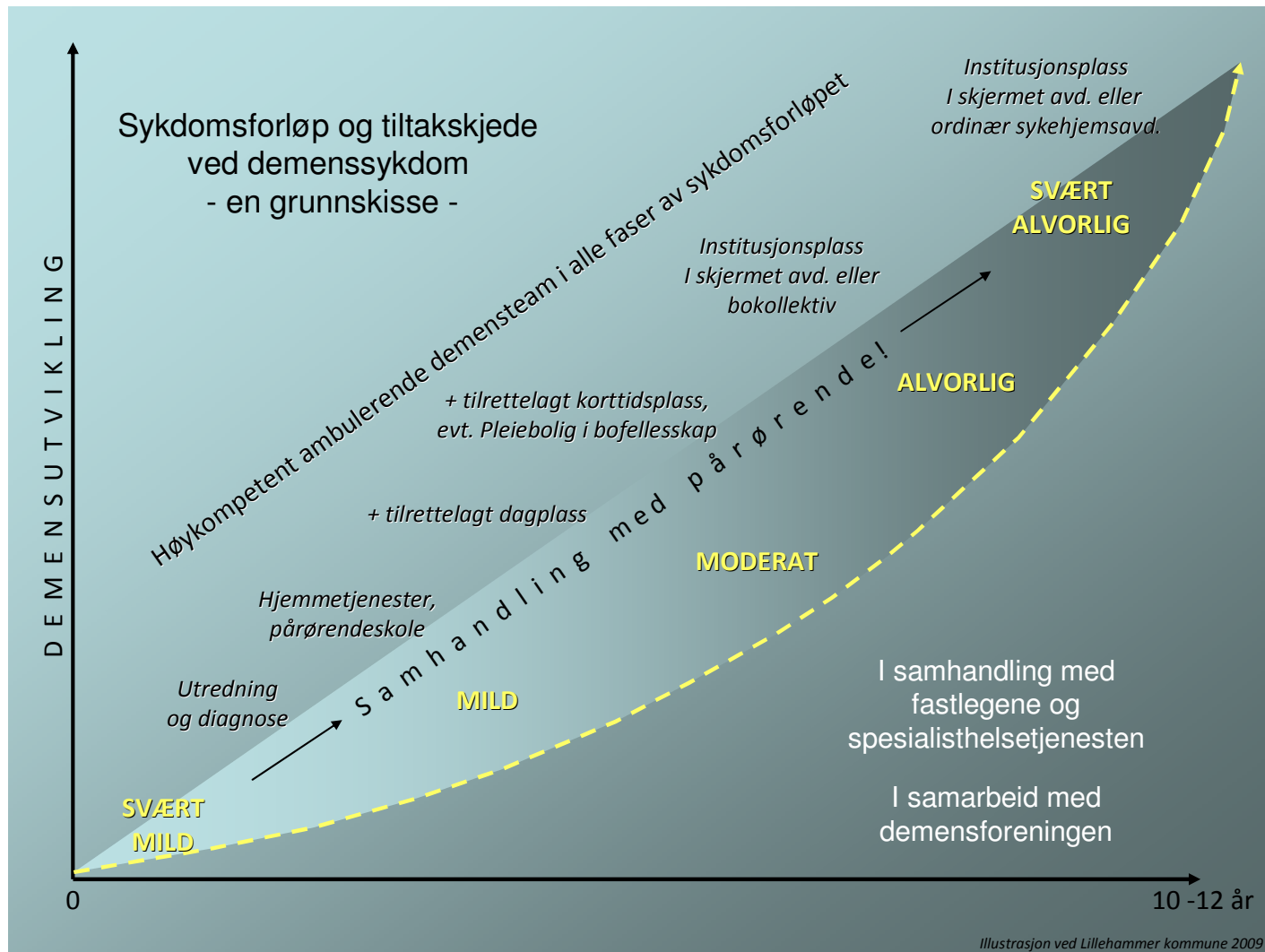
Tjenester til demente – en kjede av tiltak

En helhetlig demensomsorg skal innrettes for å ivareta pasientens optimale funksjonsnivå så lenge som mulig, og må bygges på dialog og tillitt mellom den enkelte tjenesteyter og pasienten inklusive pårørende. Tjenesteytere i alle ledd i tiltakskjeden bærer et selvstendig ansvar for at kontakt med pasienten og pårørende preges av dette. Det er viktig å merke seg at en konstruktiv dialog med pårørende er helt avgjørende for å bygge gode og tilpassede tiltak for den enkelte.

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Hovedelementene i tiltakskjeden er:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Utredning og diagnostisering – Tildeling av tjenester – Hjemmetjenester (sykepleie, praktisk bistand, omsorgslønn, trygghetsalarm, matombringing) – Informasjon og kurstilbud til pårørende – Tilrettelagte dagplasser – Tilrettelagte aktivitetstilbud – Tilrettelagte korttidsplasser – Pleiebolig i bofellesskap – Tilrettelagt institusjonsplass (skjermet plass) – Forsterket institusjonsplass (ekstra skjerming) – Ordinær sykehjems plass | <p>Noen viktige aktører (utover de kommunale tjenestene):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sykehuset Innlandet – Familiene og nettverkene – Frivillige - Frivillighetssentralen – Demensforeningen Lillehammer – Pårørendeforening for beboere i bofellesskap – Venneforeningen ved Lillehammer sykehjem <p>Fastlegene er svært sentrale i oppfølgingen og har en nøkkelrolle i det offentlige tilbudet.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Boks 1: Hovedelementene i en helhetlig tiltakskjede i demensomsorgen og oversikt over eksterne aktører

Tiltakskjeden omfatter tjenester fra mange aktører og ulike faggrupper. Fastlegene er sentrale i oppfølgingen, og har nøkkelen til spesialistkompetansen. Det kan være behov for å konsultere spesialister som for eksempel nevrolog, geriater, psykiater, psykolog og evt. andre, både i en utredningsfase og senere i forløpet. I tillegg skal det kommunale tilbudet samordnes på en slik måte at tilbudet framstår som planlagt, helhetlig og individuelt tilpasset. En slik samordning er krevende. For det første stiller det store krav til systematisering og dokumentasjon av all informasjon som beskriver utviklingen av sykdommen og funksjonsnivået. For det andre vil en god samordning være avhengig av systematikk i rutiner og relasjoner mellom de ulike aktørene. Rutinene og relasjonene må hele tiden oppdateres og vedlikeholdes.



Figur 1: Grunnkisse over sammenhengene mellom sykdomsforløp og tiltakskjede i demensomsorgen

MÅL OG STRATEGIER

| | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HOVEDMÅL: | INNBYGGERE MED DEMENSSYKDOM OG DERES FAMILIER OPPLEVER ET TILGJENGELIG OG HØYT KVALIFISERT OFFENTLIG HJELPEAPPARAT GJENNOM ALLE FASER AV SYKDOMSFORLØPET. |
| Strategier | <ul style="list-style-type: none">– Sikre tilstrekkelig kapasitet i alle ledd av en helhetlig demensomsorg og slik at behov for institusjonsplass utsettes så lenge som mulig– Riktig heldøgns omsorgsplass skal være tilgjengelig når pasienten fyller kriteriene for slik plass– Etablering av spesialisert fagteam innen demensområdet som<ul style="list-style-type: none">▪ koordinator for et helhetlig tilbud til den enkelte pasient▪ lokal kunnskapsbase for både pårørende og helsepersonell– Styrke tilstrekkelig og riktig kompetanse i alle ledd av en helhetlig demensomsorg– Styrke tiltak i samhandling med Sykehuset Innlandet og øvrige kommuner i Lillehammerregionen der det er hensiktsmessig– Styrke samarbeid og samhandling innenfor demensomsorgen med<ul style="list-style-type: none">▪ Brukerforeninger med spesielt fokus på Demensforeningen i Lillehammer (og evt. andre)▪ Pasientenes familier og nettverk▪ Frivillige med spesielt fokus på Frivilligsentralen og Selvhjelp Norge (og evt. andre) |

HANDLINGSPLAN

| Element | Foreløpig oversikt over involverte | Foreløpig tidsperspektiv | Finansiering (avklares endelig i det enkelte års budsjettprosess) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Utarbeide handlingsplan for å tilrettelegge flere av dagens plasser ved Lillehammer sykehjem for demente som har behov for skjerming.</p> <p>2. Øke antall bokollektivplasser for demente. På kort sikt (i løpet av 2010) med inntil 6 plasser i Skårsetlia bokollektiv og inntil 4 plasser i Søre Ål bokollektiv. På lengre sikt økes antall bokollektivplasser ved utbygging i tilknytning til eksisterende tjenestesteder.</p> <p>Det totale antallet av tilrettelagte plasser for demente skal raskest mulig økes til minimum 104, som betyr behov for økning med 25 plasser (i forhold til antallet pr. nov. 2009). I årene fram mot 2021 økes antallet slike plasser ytterligere til totalt 115 (36 flere enn i dag).</p> <p>Alle plasser med skjerming bør ha direkte tilgang til tilrettelagte utearealer (på bakkeplan).</p> <p>Ses i sammenheng med gjennomgang av plassbruk og infrastruktur ved sykehjemmet (jfr. handlingsprogrammet for kommunedelplan omsorgstjenester).</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Lillehammer sykehjem – Tildelingsenheten – Hjemmebaserte tjenester | <p>2010 - 2013</p> | <p>Etableringskostnad</p> <p>Omgjøring av eksisterende plasser: Drift innenfor ordinære rammer</p> <p>Evt. nyetablering av plasser: Driftsutgifter</p> |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|
| <p>3. Etablere øremerkede korttidsplasser for demente</p> <p>Gradvis oppbygging til min. 9 operative korttidsplasser øremerket for demente</p> <p>Ses i sammenheng med gjennomgang av plassbruk og infrastruktur ved sykehjemmet, samt overordnet mål om minimum 38 korttidsplasser totalt til alle grupper. (jfr. handlingsprogrammet for kommunedelplan omsorgstjenester)</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Lillehammer sykehjem – Tildelingsenheten – Hjemmebaserte tjenester | <p>2009 - 2011</p> | <p>Ombygging og eller evt. utbyggingskostnad</p> |
| <p>4. Lillehammer kommune tar initiativ til å drøfte et mulig samarbeid om etablering av forsterket skjermet enhet med Øyer og Gausdal.</p> <p>Vurderinger av hensiktsmessighet og muligheter for eventuelt samarbeid utover Lillehammerregionen tas også opp.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Rådmannsteamet – Lillehammer sykehjem – Tildelingsenheten | <p>2010</p> | <p>Etableringskostnad</p> |
| <p>5. Lillehammer kommune tar initiativ til å drøfte et mulig samarbeid om etablering av tilpasset heldøgns tilbud for yngre personer med demens med andre kommuner i Lillehammer- og Mjøsregionen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Rådmannsteamet – Lillehammer sykehjem – Tildelingsenheten – Hjemmetjenesten | <p>2010 - 2011</p> | <p>Etableringskostnad</p> |
| <p>6. Evaluere dagsentertilbudene og vurdere muligheter for utvidelse av antall tilrettelagte plasser for demente</p> <p>Vurdere dagens driftsform opp mot en desentralisert modell med dagtilbud i bo- og servicesentra. Se dagtilbudene i sammenheng med annen aktivitet i bo- og servicesentra</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Lillehammer sykehjem – Hjemmetjenesten – Tildelingsenheten – Lillehammer rehabiliteringssenter | <p>2010</p> | <p>Innenfor ordinære driftsrammer</p> |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <p>Utvikle lavterskel dagtilbud etter konseptet "Inn på tunet" (IPT). Utrede og legge fram sak til politisk behandling om mulig deltakelse i prosjekt på Søre Jørstad Gård. Prosjektet er finansiert av prosjektmidler fra Mental Helse de tre første årene, med dagtilbud for inntil 6-8 personer to dager pr. uke.</p> | | <p>Fra 2013</p> | <p>Mulig kommunal finansiering av IPT prosjekt</p> |
| <p>7. Etablere spesialisert fagteam innenfor demensområdet.</p> <p>Ses i sammenheng med oppfølgingen av samhandlingsreformen gjennom regionalt samhandlingsprosjektet (TRUST).</p> <p>Det skal omstilles minimum 1,5 – 2 årsverk til oppbygging av teamet i Lillehammer kommune.</p> <p>Fagteamet søker faglig støtte i fagmiljøet i Sykehuset Innlandet.</p> <p>Ses i sammenheng med videreutvikling av demensomsorgen i hjemmebaserte tjenester</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Lillehammer sykehjem, – Hjemmebaserte tjenester, – Bofellesskap, – Lillehammer rehabiliteringssenter – Fastleger, – Sykehuset Innlandet – Kommunene i Lillehammerregionen | <p>2010 - 2013</p> | <p>Finansiering avklares gjennom samhandlingsprosjektet</p> |
| <p>8. Utvikle selvhjelpsstrategier som en del av tilbudet ovenfor pårørende til demenssyke</p> <p>Etablere selvhjelpsgrupper i samarbeid og samhandling med Norsk selvhjelpsforum og evt. andre aktører.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Hjemmebaserte tjenester – Lillehammer rehabiliteringssenter – Norsk selvhjelpsforum – Lillehammer sykehjem | <p>2009 - 2013</p> | <p>Innenfor ordinære driftsrammer.</p> |
| <p>9. Arrangere pårørendeskole i samarbeid med demensforeningen og sykehuset.</p> | <ul style="list-style-type: none"> – Ulike aktører fra de kommunale tjenestene – Demensforeningen | <p>2010, deretter vurdere hyppighet</p> | <p>Innenfor ordinære driftsrammer.</p> |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bygge på evaluering av pårørendeskole som ble arrangert vinteren 2009. Legge opp til ny skole i løpet av 2010, deretter må hyppighet vurderes. | – Sykehuset Innlandet | | |
| 10. Systematisere og utvikle erindringsarbeid og sansestimulering. | – Lillehammer sykehjem – Hjemmebaserte tjenester – Demensforeningen | 2010 - 2011 | Innenfor ordinære driftsrammer. Evt. prosjekt- eller gavemidler. |
| 11. Utvikle målrettede frivillige gruppetilbud på dagtid til definerte pasientgrupper med behov for spesialisert kompetanse Ses i sammenheng med utvikling av spesialiserte fagteam og utvikling av selvhjelpsgrupper | – Lillehammer sykehjem, – Hjemmebaserte tjenester, – Lillehammer rehabiliteringssenter – Fastleger | 2010 - 2013 | Etableringskostnad? Finansiering avklares gjennom samhandlingsprosjektet |
| 12. Utvikle den hjemmebaserte demensomsorgen Ses i sammenheng med etablering av spesialiserte fagteam innen demensområdet. Ses også i sammenheng med at tilbudet i hjemmebaserte tjenester skal dreies slik at tjenestene evner å yte en kombinasjon av hjemmesykepleie og praktisk bistand til et antall brukere som tilsvarer 18 % av antall innbyggere over 80 år. | – Hjemmebaserte tjenester – Tildelingsenheten – Lillehammer sykehjem – Lillehammer rehabiliteringssenter – Bofellsskap | 2009 - 2012 | Avklaring av mulige justering av grunnbemanning og endrede driftsutgifter som følge av dette. |
| 13. Utarbeide hovedstrategier for kompetansebygging innen alle deler av demensomsorgen. Ses i sammenheng med felles strategier for kommunen som helhet og med strategiene fra Kommunedelplan omsorgstjenester | – Kompetansegruppe | 2010 | Innenfor ordinære driftsrammer Avklaring av mulige justering av grunnbemanning og endrede driftsutgifter som følge av dette. |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| <p>14. Sikre effektiv utnyttelse av spesialisert kompetanse vi allerede forvalter.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Lillehammer sykehjem - Hjemmetjenesten. | <p>2010 - 2011</p> | <p>Innenfor ordinære driftsrammer</p> |
| <p>15. Sikre systematisk arbeid med</p> <ul style="list-style-type: none"> - relasjonskompetanse - tilnæringskompetanse - etisk refleksjon - kunnskap om demensutvikling og utredning av demens hos ulike grupper utviklingshemmede | | | |
| <p>16. Årlig sette i gang ny gruppe som gjennomfører det bedriftsinterne studieprogrammet ”Demensomsorgens ABC”. Første gruppe starter før jul 2009.</p> | | | |

DEL 2 – FAKTA- OG DRØFTINGSDEL

DEMENSSYKDOM

Generelt

Demenssykdom er den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem i Norge. Det finnes ingen dokumentert effektiv forebyggende eller kurativ behandling for noen av demenssykdommene. Innsatsen rettes inn mot å lindre følgetilstander som depresjon, uro og angst. Det kan også være et mål i seg selv å utsette institusjonalisering så lenge som mulig.

Tidlig diagnostisering er viktig. Det samme er tett kontakt og samhandling med de nærmeste pårørende. Demenssykdom er tabubelagt og kan være traumatisk både for den som rammes og for familien. Manglende åpenhet forsinker ofte diagnostiseringen. Imøtekommenhet ovenfor pasient og familie, tilgjengelige tjenester og aktiv kunnskapsformidling, vil

kunne bidra til et lettere forløp. Felles for de fleste typene av demens, er at personen som rammes blir gradvis sykere. Hos noen utvikles sykdommen fort (2-3 år), hos andre langsomt (8-10 år). En regner med at ca. 60 % av alle med demens bor i eget hjem, mens øvrige bor i institusjon eller annen tilrettelagt bolig med heldøgns tjenester.

Definisjon av demens:

"Fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel hukommelsessviktsvikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter og endret sosial atferd."

Ulike typer demens:

- Alzheimer demens
- Aldersbetingede degenerative forandringer
- Vasculær demens
- Alkoholisk demens
- Frontallappdemens
- Lewy-Body demens
- Parkinson Demens
- Skader
- Downs syndrom med demens (30-40-årsalderen)

Symptomer på demens:

- Redusert oppmerksomhetsfunksjon
- Redusert læringsevne
- Nedsatt hukommelse
- Redusert språk og språkoppfattelse (afasi)
- Handlingssvikt
- Redusert evne til å forstå og handle i rom
- Intellektuell svikt
- Emosjonelle forandringer, nevrologiske symptom

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Alzheimer demens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60 % av alle med demensutvikling, arvelig - Problemer med gjennomføring av oppgaver - Desorientert for tid og sted, nedsatt hukommelse over tid, språkproblemer og depresjon - Nedsatt dømmekraft. Feilplassering av ting - Problemer med abstrakt tenkning - Endret temperament, personlighet og initiativ | <p>Aldersbetingede degenerative forandringer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normale aldersforandringer, tap av hjerneceller pga høy alder - Depresjon - Dårlig/nedsatt hukommelse over tid - Problemer med gjennomføring av oppgaver - Språkproblemer - Desorientering for tid og sted - Nedsatt/dårlig dømmekraft | <p>Vasculær demens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ca. 20 % av alle typer demens - Strategiske el. multiple infarkter - Hypoksemi (for lite O2) pga lavt BT - Dårlig/nedsatt hukommelse over tid - Problemer med gjennomføring av oppgaver - Språkproblemer og Depresjon - Akutt desorientering for tid og sted - Problemer med abstrakt tenkning |
| <p>Alkoholisk demens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ca. 5 % av alle typer demens - Ødeleggelse av hjerneceller som følge av meget høyt alkoholforbruk over tid - Vitamin B1 mangel, obs blødningsfare - Ukritisk til eget problem - Ukritisk til egen adferd, kan være utagerende - Symptom som ved Alzheimer demens | <p>Frontallappdemens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ødeleggelse av celler i hjernens frontallapp - 10 % av alle typer demens, arvelig - Rammer personer fra 50-70 år - Ofte meget intelligente personer - Tap av sosiale hemninger: adferd og tale. - Språkfattig, rastløs, egosentrisk, passiv - Har ofte angst, ingen sykdomsinnsett - Endret spise og drikkeadferd | <p>Lewy-Body demens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ca. 3 % av alle typer demens - «Av- og på - demens»: Svingende og progressiv kognitiv svikt, stivhet i armer og ben. - Hallusinasjoner, depresjon og vrangforestillinger - Symptom likner på Alzheimer og Parkinsons sykdom, varierer fra dag til dag. - Falltendens og ustø gange - Svært sensitiv til antipsykotika (Seroquel) |
| <p>Parkinson demens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hjerneceller skadet pga Parkinsons sykdomsforløp (nevrologisk sykdom) - Symptomer kamouflert av hovedsykdommen - Samme symptom som hos Alzheimer - Dype depresjoner - 30 % av alle parkinsonpasienter utvikler etter hvert kognitiv svikt | <p>Skader</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hjerneceller ødelagt pga traumer mot hjernen (slag, fall, ulykker, - boksing) - Angst (bearbeidelse av traumet) - Depresjon - Smerter - Langsom rehabilitering/kognitiv svikt («sorte hull») | <p>Downs syndrom med demens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personer med Downs syndrom lever lengre enn tidligere - Er disponert for å få demens - Får utslag allerede som 30-40 åringer - Vanskelig å diagnostisere pga manglende verktøy(tester) |

Kilde: Geir Selbæk

Boks 2: Oversikt typer demens

Forekomst

Det diskuteres i hvilken grad demenssykdom kan forebygges. Noen mener at fysisk og psykisk aktivitet virker forebyggende. Ulike kostholdsråd lanseres med ujevne mellomrom. Det vi vet med sikkerhet er at det er en arvelig komponent, men at forekomst først og fremst er knyttet til aldring. Risikoen for å få en demenssykdom øker jo eldre vi blir. Ved siden av arvelighet og aldring er det trolig ulike faktorer i miljøet som kan disponere for demens, uten at vi vet nok om dette til å kunne foreslå effektive

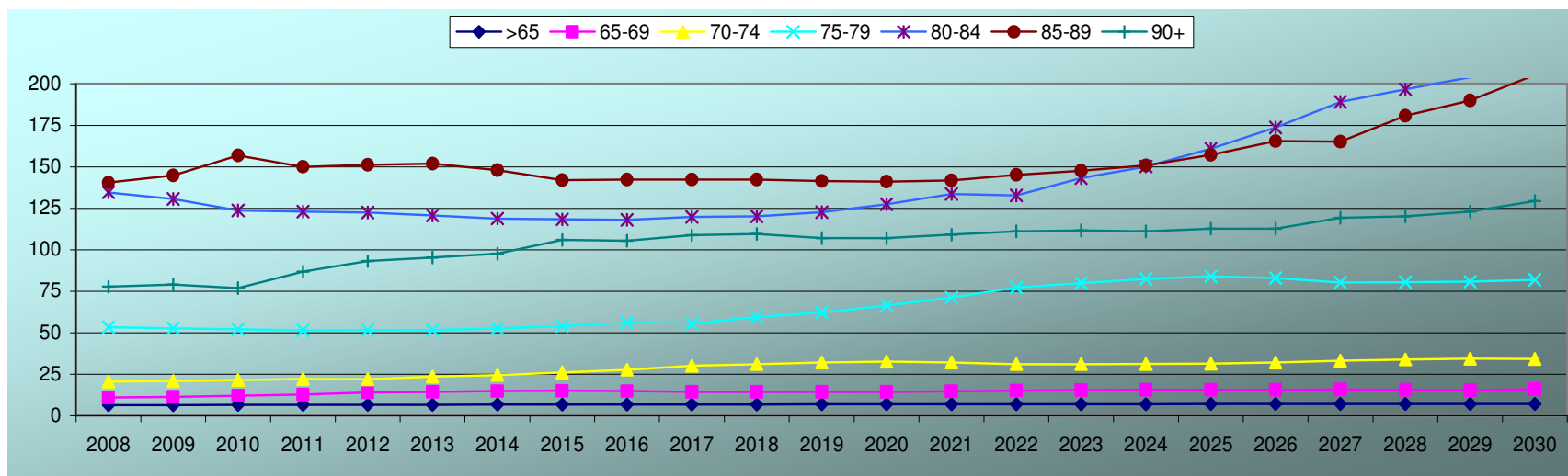
forebyggende tiltak. Det er i dag ca. 66 000 mennesker med demenssykdom i Norge. Langt de fleste er over 65 år. Internasjonale studier av forekomst i ulike aldersgrupper brukes ved framskrivninger. For eksempel viser det seg at ca. 40 % av alle over 90 år utvikler demenssykdom.

For Lillehammer betyr dette at vi må regne med totalt 15 % flere innbyggere med demenssykdom i 2021 i forhold til dagens situasjon, med andre ord en årlig øking i snitt på i underkant av 1 %. De nærmeste

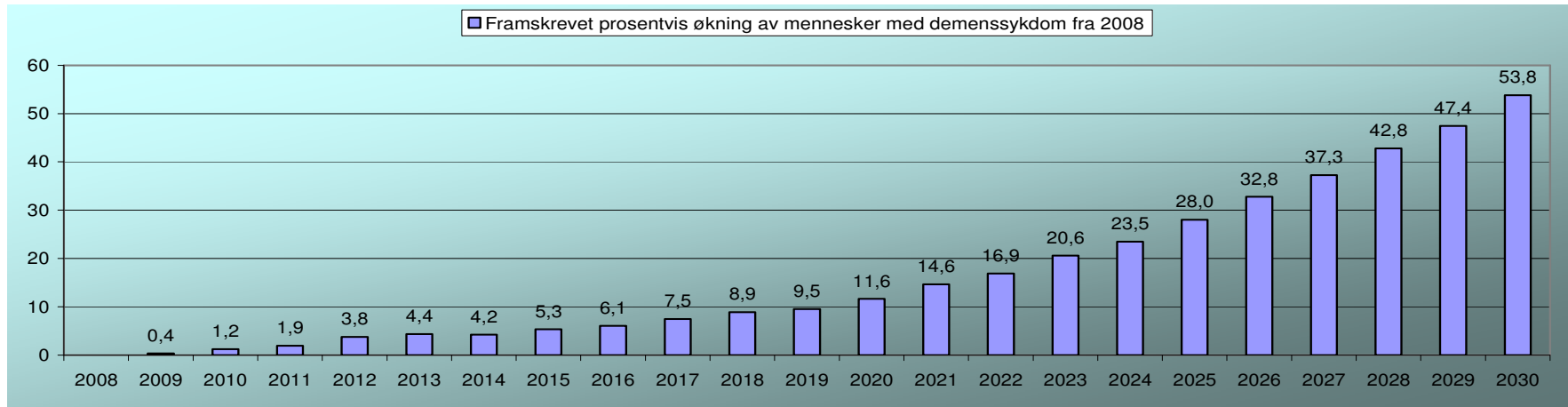
årene kommer økningen først og fremst på grunn av vekst i aldersgruppen 90+.

| Forekomst (%) | |
|---------------|--------|
| >65 år | 0,03 % |
| 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+ år | 40,7 % |

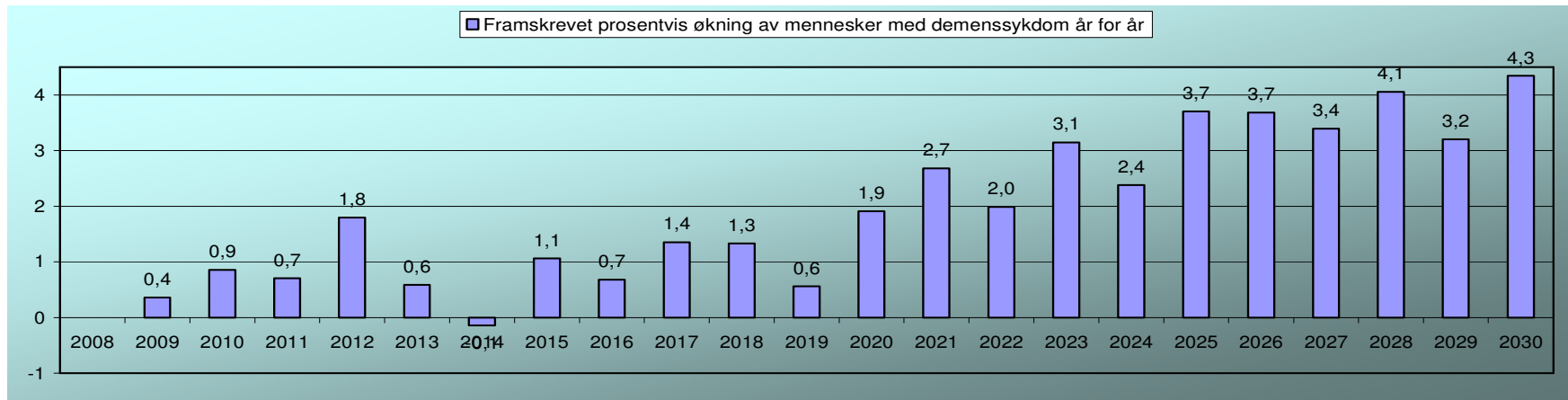
Tabell 1: Andel demenssykdom i aldersgrupper



Figur 2: Framskrivning antall innbyggere med demenssykdom i ulike aldersgrupper



Figur 3: Framskrevet prosentvis økning av innbyggere med demenssykdom fra 2008



Figur 4: Framskrevet prosentvis økning av innbyggere med demenssykdom år for år

PLEIE- OG BEHANDLINGSPLASSE

Når kommunen skal prioritere innenfor stramme ressursrammer er det viktig å finne fram til en riktig (effektiv) balanse mellom ulike tiltak. Fordi det er behovene til de mest trengende (de sykeste) som er mest synlig, vil planlegging av tjenestene ofte få et tidlig (og sterkt) fokus på tilbudet til denne gruppen og da spesielt dimensjonering av døgnplasser. Det er naturlig og riktig at det er slik, men det er likevel viktig at tjenestetilbudet bygges opp ut fra en forståelse av hvordan de enkelte leddene i et helhetlig tjenestetilbud påvirker sykdomsforløpet for den enkelte pasient og dens familie. Drift av døgnplasser er ressurskrevende, og valgene som gjøres, gir også føringer for dimensjonering av øvrige tjenester.

På Lillehammer er det dokumentert at ca. åtte av ti pasienter ved sykehjemmet har en eller annen demenssykdom (Geir Selbæk, 2007). Dette er i samsvar med undersøkelser ved andre sykehjem flere steder i landet. Langt fra alle pasientene med demenslidelse har behov for skjerming, men alle har behov for at tjenesteapparatet tar hensyn til demenssykdommen. Dette er særlig viktig å huske når det, som i de fleste tilfellene, foreligger et komplekst sykdomsbilde med flere diagnoser.

Når vi skal dimensjonere døgn- og dagplasser, tar vi utgangspunkt i beregnet forekomst av demens i ulike aldersgrupper i befolkningen og framskriver i henhold til beregnet befolkningsutvikling. Det sier seg selv at det er noe usikkerhet heftet med tallene, og det er derfor viktig å følge med på mulige endringer ved forekomst eller demografisk utvikling. Som vi har vært inne på tidligere, vil innrettingen av det totale tjenestetilbudet også ha betydning for behovet for døgnplasser.

| Oversikt typer plasser pr. desember 2009 | Institusjonsplasser | | Heldøgns omsorgsplasser | Korttidsplasser øremærket demens | Sum Døgnplasser | Dagplasser (ikke helg) | |
|---------------------------------------------|---------------------|-----------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------|------------------------|----------|
| | Ordinære | Skjernet | | | | Ordinære | Skjernet |
| Lillehammer sykehjem | 149 | 42 | | 0 | 191 | 20 | 6 |
| Horsters Minde | 5 | 8 | | 0 | 13 | | |
| Søre Ål | | 8 | | 0 | 8 | | |
| Skårsetlia | | 6 | 12 | 0 | 18 | | |
| Gartnerhagen | | 16 | | 0 | 16 | | |
| Sum | 154 | 80 | 12 | 0 | 246 | 20 | 6 |

Tabell 2: Oversikt antall døgnplasser og dagplasser

| Dekning døgnplasser (institusjon + pleieboliger i bofellesskap) | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2025 | 2030 |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Antall institusjonsplasser | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 | 234 |
| Framskrevet behov for døgnplasser (alle grupper)** | 251 | 250 | 249 | 252 | 252 | 249 | 253 | 254 | 259 | 262 | 262 | 266 | 273 | 304 | 388 |
| Avvik antall plasser i forhold til behov | -17 | -16 | -15 | -18 | -18 | -15 | -19 | -20 | -25 | -28 | -28 | -32 | -39 | -70 | -154 |
| Antall pleieboliger i bofellesskap | 12 | 12 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 |
| Dekning døgnplasser (alle grupper) | -5 | -4 | 17 | 14 | 14 | 17 | 13 | 12 | 7 | 4 | 4 | 0 | -7 | -38 | -122 |

Tabell 3: Framskrevet dekning døgnplasser (til alle grupper)

| Framskrivning av behov for antall døgnplasser | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2025 | 2030 |
|--------------------------------------------------------------------------|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Beregnet antall med demenssykdom (prevalens) | 446 | 449 | 453 | 461 | 463 | 463 | 468 | 471 | 477 | 484 | 486 | 496 | 509 | 569 | 683 |
| Beregnet behov døgnplasser til demente* | 201 | 202 | 204 | 207 | 209 | 208 | 211 | 212 | 215 | 218 | 219 | 223 | 229 | 256 | 307 |
| Årlig økning i behov for døgnplasser til demente (i forhold til år 2009) | | 2 | 3 | 7 | 8 | 8 | 10 | 11 | 14 | 17 | 18 | 23 | 29 | 55 | 107 |
| Behov for døgnplasser til demente <i>som andel av totalt plassbehov</i> | 80 % | 81 % | 82 % | 82 % | 83 % | 84 % | 83 % | 83 % | 83 % | 83 % | 84 % | 84 % | 84 % | 84 % | 79 % |
| Behov antall demensplasser med skjerming*** | 100 | 101 | 102 | 104 | 104 | 104 | 105 | 106 | 107 | 109 | 109 | 112 | 115 | 128 | 154 |
| Antall demensplasser med skjerming i dag | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Økning i behov for plasser med skjerming (i forhold til 2009)**** | | 21 | 22 | 24 | 24 | 24 | 25 | 26 | 27 | 29 | 29 | 32 | 35 | 48 | 74 |
| Økning i behov for døgnplasser til demente år for år | | 21 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 13 | 26 |

* Dersom 45 % av alle demenssyke til enhver tid har behov for døgnplass

** Se Kommunedelplan omsorgstjenester

*** Dersom 50 % av alle demenssyke med behov for døgnplass har behov for skjerming

****Innebærer omgjøring av eksisterende plasser

Tabell 4: Framskrivning behov for døgnplasser til demente (med og uten skjerming)

Tabell 3 og 4 framskriver behov for døgnplasser. Tabell 3 gir en oversikt over behovet for døgnplasser til alle grupper i årene som kommer. Det er lagt inn en forutsetning om at dagens antall pleieboliger i bofellesskap økes fra 12 til 32, slik kommunestyret har vedtatt. I tabell 4 er det benyttet anbefalte normer for framskrivning av antall demente og behov for døgnplasser (både med og uten skjerming) til denne gruppen. Lillehammer har i dag totalt 80 plasser i skjermede enheter (se tabell 2) og 154 "ordinære" sykehjemsplasser (korttids og langtidsplasser). I

tillegg kommer de 12 pleieboligene i bofellesskapet i Skårsetlia, som ble etablert høsten 2009. Når vi skal framskrive behov for plasser, kan det være fruktbart å lage en funksjonsinndeling av ulike typer plasser tilpasset ulike behov og eller faser i sykdomsforløpet. Det er viktig å merke seg at dimensjonering av alle typer heldøgns plasser også må vurderes ut fra den totale innrettingen av omsorgstrappe (en ressurseffektiv og kvalitetsmessig balanse mellom alle typer tjenester til målgruppa).

Ulike heldøgnsstilbud i demensomsorgen:

- Tilrettelagte korttid- og avlastningsplasser
- Pleieboliger i bofellesskap
- Bokollektiv for demente
- Sykehjemsenheter med skjerming
- Forsterket skjermet enhet
- "Ordinær" sykehjemsplass

Boks 3: Ulike heldøgnsstilbud i demensomsorgen

Tilrettelagte korttids- og avlastningsplasser

At korttids- og avlastningsplassene er tilrettelagte, betyr først og fremst at oppholdene benyttes til kartlegging og justering av behandling. Med andre ord vil kompetansen som er tilgjengelig under oppholdet være avgjørende. Oppholdene må også være planlagt som et ledd i det totale tilbudet til pasienten og hans pårørende. Tildeling av korttids- og avlastningsplasser vurderes i sammenheng med omfang og innretting av hjemmebaserte tjenester og dagtilbud, samt pårørendes behov for avlastning.

I 2008 var demens hoveddiagnose hos i overkant av en tredjedel av alle pasienter som ble skrevet ut fra korttidsopphold i Lillehammer. Jevnlige korttidsopphold er viktige for å opprettholde kontinuitet i den helhetlige omsorgen til pasienten.

Ut fra erfaringer som er gjort i andre kommuner (blant annet Kongsvinger), vil Lillehammer ha behov for minimum 9 korttids plasser spesielt øremerket for demente.

Pleieboliger i bofellesskap

Mennesker med demenssykdom er ikke i den primære målgruppen for denne typen plasser. Det vil likevel også være noen med demenssykdom som kan ha god nytte av en slik plass. Det avgjørende er funksjonsnivået. En fordel ved denne type plass, er at ektepar/samboere kan fortsette samlivet, samtidig som det er en svært tett nærhet til hjelpeapparatet. Kommunestyret har vedtatt at antall pleieboliger i bofellesskap skal økes fra dagens 12 boliger, til totalt 32.

Bokollektiv for demente

Lillehammer var av de første kommunene i landet som etablerte bokollektiv for demente. I utgangspunktet hadde kollektivene en klar profil som lavterskeltilbud. Det vil si at tilbudet var for dem som hadde et relativt høyt funksjonsnivå og ikke var vandrende eller utagerende. Lav bemanning, blant annet uten nattvakt, ga klare begrensninger for hvem som kunne bo i kollektivene. Opplegget var i stor grad basert på at beboerne deltok i daglige gjøremål ut fra evner og forutsetninger, og på denne måten vedlikeholdte sin restfunksjonsevne. En annen forutsetning var at sykehjemsplassen var raskt tilgjengelig når funksjonsnivået endret seg i negativ retning. Med årene har alle bokollektivene blitt samlet i bo- og servicesentrene (se tabell 2). Mer tilrettelagte lokaler og oppgradering av bemanningen har fjernet preget av lavterskeltilbud. Mange av beboerne blir nå i bokollektivet livet ut, og det er ikke store forskjeller på beboermassen her og ved en skjermet avdeling ved sykehjemmet. En av begrunnelsene for å samle bokollektivene i omsorgssentrene, var mulighetene for å utnytte mulige synergieffekter med annen aktivitet i sentrene. Disse effektene har uteblitt, og det er satt i gang arbeid for å justere organiseringen for å understøtte større samhandling internt i hvert enkelt omsorgssenter. Satsing på bokollektiv i små enheter, er også i tråd med føringene fra statlige myndigheter gjennom Demensplan 2015, og vurdert som et viktig satsingsområde innen demensomsorgen i Lillehammer. I lys av kommunens økonomiske situasjon er det et selvstendig poeng at enhetene som bygges opp er driftsøkonomiske både ut fra størrelse og andre forhold. I dag har Lillehammer en enhet på 6 plasser (Skårsetlia), mens de andre er bygd opp med 8 plasser som basisenhet. (Bokollektivet i Gartnerhagen har 16 plasser). 6 plasser er både lite driftsøkonomisk og sårbart. Det utredes muligheter til å utvide enheten i Skårsetlia med inntil 6 nye plasser (til 12 plasser totalt), samt en utidelse på Søre Ål med inntil 4 nye plasser (til 12 plasser totalt).

Utover dette, har både administrasjon og politikere pekt på Gartnerhagen som et mulig utbyggingsområde, i den grad det blir nødvendig med utvidelse av eksisterende kapasitet i bokollektiv i form av nybygg.

Sykehjemsenheter med skjerming

8 av 10 beboere ved sykehjemmet har demenssykdom. Vi legger til grunn at denne andelen vil være stabil i årene som kommer. Tabell 4 framskriver behovet for spesielt tilrettelagt plasser for disse beboerne dersom en legger til grunn at halvparten av alle demenssyke med behov for døgnplass vil ha behov for skjerming (ref. Nasjonalt kompetansesenter). Ut fra dagens situasjon ser vi at det er behov for i overkant av 20

nye slike plasser. I et perspektiv på fire år er behovet tilrettelegging av 25 nye plasser, mens tallet for planperioden (til og med 2021) ca. 35 nye plasser med skjerming. Det er også verdt å merke seg at behovet i årene etter dette øker betydelig mer år for år. I 2025 er behovet ca. 50 flere plasser enn i dag, mens i tallet for 2030 er 75 flere plasser med skjerming enn vi har i 2009. På Lillehammer sykehjem er det i dag 42 plasser med skjerming. 30 av disse ligger i den nyeste fløyen og er godt tilrettelagt, også med direkte utgang til tilpasset uteområde (sansehage). 12 av plassene ligger i andre etasje i den eldste delen av bygningsmassen. For det første bør slike plasser ligge på bakkeplan, og for det andre skal denne delen av sykehjemmet nå rehabiliteres i henhold til krav fra Arbeidstilsynet. Med andre ord vil en gjennomgang av plassbruken på sykehjemmet også måtte omfatte en vurdering av hvordan disse 12 plassene kan erstattes, i tillegg til etablering av nye plasser i et antall som beskrevet ovenfor. Dersom det viser seg vanskelig å legge til rette for det nødvendige antallet skjermede plasser i dagens bygningsmasse ved sykehjemmet, må antallet sikres ved utbygging av økt kapasitet i bokollektiv for demente (se forrige avsnitt).

Forsterket skjermet enhet

Noen mennesker vil få et sykdomsforløp som er preget av sterk uro, og ekstrem lav toleranse for ytre påvirkninger. Andre vil ha behov for ekstra skjerming i perioder, for eksempel kan en banal infeksjon utløse lavere terskel for forvirring, og midlertidig behov for slik skjerming. Det er derfor behov for noen plasser som er tilpasset slike behov. Tilpassningen består i hovedsak av lokaler som i stor grad skjermes for lyd, lys og andre sanseimpulser, samtidig som personalet er spesialister i å takle disse utfordringene.

En slik enhet kan ikke være stor i omfang. Det er heller ikke mange mennesker som til enhver tid har behov for slik skjerming, og det er i ulike sammenhenger luftet at tilbudet med fordel bør bygges opp i fellesskap av kommunene i Lillehammerregionen. Det er antydning et behov på 5-6 plasser for Øyer, Gausdal og Lillehammer.

Lillehammer kommune tar initiativ til å drøfte et mulig samarbeid om etablering av forsterket skjermet enhet med Øyer og Gausdal. Vurderinger av hensiktsmessighet og muligheter for eventuelt samarbeid utover Lillehammerregionen tas også opp.

Ordinær sykehjemsplass

Langt de fleste pasientene med demenssykdom vil ha sitt tilbud i en sykehjemsavdeling som ikke er skjermet. Her finner vi pasienter som ofte har svært sammensatt sykdomsbilde, og hvor demens er en av mange diagnoser. Mange har ikke heller ikke diagnostisert sin demenssykdom, sannsynligvis fordi annen sykdom preger bildet. Utfordringen er dermed oppmerksomhet og tiltak knyttet til demenstilstanden. En utfordring som igjen henger sammen med rutiner, holdninger og kompetanse, og som må følges opp gjennom opplegg for koordinering av den helhetlige demensomsorgen (se også senere punkt om "Ressursteam demens").

PÅRØRENDESKOLER OG SELVHJELPSGRUPPER

Demensforeningen i Lillehammer tok initiativ til å arrangere pårørendeskole på Lillehammer vinteren 2009. Opplegget bygget på et samarbeid mellom demensforeningen, kommunen og sykehuset. Hele 61 deltagere meldte seg på, og deltok på foredrag og gruppearbeid over 5 kvelder. Det planlegges ny pårørendeskole høst 2010. Oppslutningen bekrefter behovet for informasjon, og evaluering i etterkant viser at mange etter avsluttet kurs allerede hadde nyttiggjort seg kunnskap og innsikt i egen hverdag. Regelmessige pårørendeskoler vil være et viktig bidrag til en bedre hverdag for både den demenssyke og nærmeste pårørende.

Kommunen har et tett samarbeid med Selvhjelp Norge, og det er et uttalt mål å etablere selvhjelpsgrupper for ulike grupper. Pårørende til demente er en av målgruppene i dette.

DAGTILBUD

”Demenssykes hverdag er ofte preget av mangel på sosial og sansemessig stimulans. Dette kan føre til isolasjon, angst og depresjon. Demens fører også til økende hjelpeløshet og avhengighet av andre. Sykdommen er derfor en stor belastning også for pårørende. Resultatet kan bli at personen med demens må flytte til heldøgnsinstitusjon før det er ønskelig. Et godt tilpasset dagtilbud kan være med på å utsette behovet for institusjonsplass” (Wivo et al., 1993).

Vi vet at det er et stort behov for tilrettelagte dagtilbud for mennesker med demens i tidlig fase. På landsbasis har kun ca. 6,5 % av de som bor hjemme et tilbud å gå til på dagtid. Samtaler med deltagerne på pårørendeskolen vinteren 2009, avdekker også at en del av de som har behov for dagtilbud ikke ønsker å benytte seg av et tilbud i tilknytning til en institusjon, da de ser på seg selv som friske. Det er derfor viktig å utvikle differensierte dagtilbud. En av utfordringene for personer med demens er å mestre hverdagslige gjøremål. Gjennom et godt tilrettelagt dagtilbud kan den enkeltes nederlagsopplevelse bli redusert, og selvtiliten øke. Det er også viktig å stimulere gjenværende ressurser og fokusere på det friske fremfor det som er borte. Dette er ingen homogen gruppe, og den enkeltes behov må ivaretas.

Aktivitetene må tilpasses brukerne, ikke omvendt. En fast struktur på dagen og uken gir trygghet, men det må samtidig være plass til variasjon og improvisasjon.

Dagtilbud etter lov om helsetjenester i kommunene:

Kommunehelseloven gir kommunene ansvar for å yte nødvendig helsehjelp til befolkningen, og nevner pleie- og omsorgstjenester som et av virkemidlene for å oppfylle dette ansvaret. Dagplasser kan inngå som en del av en helhetlig omsorgstjeneste. Lillehammer har i dag ett dagsenter hvor plassene tildeles som enkeltvedtak etter kommunehelseloven. Dagsenteret holder til i første etasje i ”Mjøsgløtt” ved

Lillehammer sykehjem. I 2007 ble plassantallet utvidet ved også å ta i bruk nabobygningen "Styrerboligen". Lillehammer sykehjem driver tilbudet, som i dag omfatter 20 dagplasser fem dager pr. uke i "Mjøsgløtt", og 6 plasser fem dager pr. uke i "Styrerboligen". Begge tilbudene er i tidsrommet 8-15 hverdager. Plass i dagsenteret i Mjøsgløtt tildeles til dem som av helsemessige grunner ikke kan benytte seg av andre aktivitetstilbud i kommunen, eller i situasjoner der pårørende har behov for avlastning fra et betydelig og vedvarende omsorgsansvar. Mange av brukerne har demenssykdom og eller psykiske vansker eller lidelser. De seks plassene i "Styrerboligen" er spesielt tilrettelagt for demente. Det er i dag venteliste til disse plassene, samtidig som det er behov for å utvide tilbudet til flere av dem som allerede har plass.

Lavterskel dagtilbud ved Søre Jørstad Gård:

Lillehammer sykehjem har de siste par årene samarbeidet med Søre Jørstad Gård om dagtilbud for sine pasienter. Dette samarbeidet videreutvikles nå med et eget tilbud for hjemmeboende mennesker med demens i tidlig fase. Dagtilbudet vil kunne bidra til at brukeren kan bo hjemme lengre, og vil være et godt bidrag til avlastning for pårørende. Søre Jørstad Gård finansierer dette tilbudet ved prosjektmidler fra Mental Helse de to første årene. Kommunen forplikter seg til å bidra til videreføring etter prosjektperioden (ramme i 2010 er ca. 320 000 i årskostnad).

Andre lavterskel dagtilbud

I tillegg til dagplasser som tildeles etter kommunehelseloven, er det åpne aktivitetstilbud ved de store bo- og servicesentraene. Her legges det til rette for allsidige aktiviteter, drevet av tilstedeværende senterpersonale med god hjelp fra en betydelig frivillige innsats. Trim, litteratur, data, snekkeri og håndarbeid er eksempler på slike aktiviteter. Dette er et lavterskeltilbud som er åpent for alle, og hvor det er ønsket, behov og kreativitet som er styrende for type og nivå på aktivitetene. Det er et stort potensial i å videreutvikle disse tilbudene.

LILLEHAMMER SYKEHJEM SOM KOMPETANSESENTER INNEN DEMENS

Strategiene i kommunedelplan omsorgstjenester legger opp til at Lillehammer sykehjem skal være Lillehammers kompetansesenter innen fagområdet demensomsorg. Sykehjemmet er stort, noe som gir utfordringer men også muligheter. Mulighetene er knyttet til mangfold og faglig miljø.

Sykehjemmet har de senere årene utviklet seg i retning av et tilbud til de aller sykeste. Det er i samsvar med intensjonene i tidligere planer. Denne utviklingen bør konsolideres og forsterkes. Plassene skal primært disponeres til

- langtidsplasser for demente

- langtidsplasser for mennesker med varige atferdsforstyrrelser på grunn av kognitiv svikt herunder spesielt tilrettelagte plasser for særlig krevende atferdsforstyrrelser ("sterkavdeling")
- langtidsplasser for mennesker med spesielt behandlingskrevende sykdomsbilde
- korttidsplasser for demente
- korttidsplasser for observasjon/utredning og akutt krise
- korttidsplasser for opptrening og rehabilitering
- korttidsplasser for lindrende behandling
- korttidsplasser for avlastning
- korttidsplasser for pleie ved livets slutt (terminalpleie)
- intermedierplasser som regionale plasser i samhandling med sykehuset

Kompetansen utvikles i henhold til dette. Rutiner og organisering av spesialisert kompetanse må sikre at andre deler av de kommunale omsorgstjenestene også kan nyttiggjøre seg denne kompetansen når det er behov for det.

Det vil være naturlig at ressursteam (mestringsteam) for demens (se senere i planen) lokaliseres til Lillehammer sykehjem i den forstand at de har sin base der. Teamet vil være ambulant og bruke mye tid hos pasienter som bor hjemme. Døgnplasser innen demensomsorgen er lokalisert både ved Lillehammer sykehjem og i de fire største bo- og servicesentraene. Det vurderes som ikke ønskelig å lokalisere demenstilbudet ytterligere flere steder. Eventuelle framtidige utbygginger bør derfor skje i tilknytning til Lillehammer sykehjem og eller til et av de fire største bo- og servicesentraene.

KOORDINERING AV TJENESTEKJEDEN – RESSURSTEAM (MESTRINGSTEAM) DEMENS

Etablering av ressursteam er sannsynligvis det viktigste enkelttiltaket for å oppnå et robust, helhetlig tjenestetilbud til demente. Ressursteamet bør bestå av minimum 2 personer (1,5 – 2 årsverk) med spisskompetanse innen demens. Kan ta utgangspunkt i erfaringer fra andre kommuner (Eks. Kongsvinger, Asker) i oppbygging og tilnærming til arbeidsinstruks. Teamet skal fungere som en ressurs for alle kommunale tjenester og som en viktig part i faglig oppfølging i samarbeidet med andrelinjetjenestene. Stillingsinstruks og organisatorisk tilknytning må diskuteres og ses i sammenheng med samhandlings-prosjektet "TRUST". Det er avgjørende at teamet er lett tilgjengelig for både pasienter/pårørende og tjenesteapparatet (lav terskel for kontakt). Oppgavene vil være knyttet til å sikre rask og grundig utredning av nye pasienter, samt effektiv oppfølging gjennom hele pasientforløpet. Samarbeidet med demensforeningen og pårørendeskolen vil være en

del av dette. Kombinasjon av hjemmetjenester, øremerkede dagplasser og korttidsplasser må være tilgjengelige virkemidler, sammen med ulike tilrettelagte varige heldøgns plasser (som beskrevet annet sted i dette dokumentet).

Det kan være ulike måter å sikre god kontakt og kompetanseoverføring mellom ressursteamet og øvrig tjenesteapparat, men det vil sannsynligvis være behov for å opprette kontaktpersoner med et dedikert ansvar for fagområdet innenfor ulike deler av tjenestene. Kontaktpersonene og ressursteamet vil utgjøre en form for "samarbeidsforum", som kan sikre systematikk og kontinuitet i arbeidet. Ressursteamets hovedoppgave kan oppsummeres i fire hovedpunkter:

- Bistå fastlegene med utredningsarbeidet som grunnlag for diagnostisering.
- Utarbeide oppfølgingsoppgaver særlig for hjemmeboende personer med demens, også når disse er innlagt på korttidsplass eller er på dagtilbud.
- Bistå i vedtaksprosessen ved vurdering av behov og tildeling av tjenester
- Bidra med undervisning og veiledning av personell og pårørende

I kommuner hvor demensteammodellen er prøvd ut rapporteres det at modellen kan være lærende, inkluderende og faglig inspirerende. Modellen gir god dialog og utvikling av kompetanse. Samhandlingen oppleves som hensiktsmessig mellom fastlege, demensteamet og spesialisthelsetjenesten. Forutsetningen er at alle parter bidrar i henhold til avtalte rutiner.

HJEMMEBASERTE TJENESTER TIL DEMENTE

Det er et overordnet mål at alle skal ha mulighet til å bo i eget hjem så lenge som mulig. Ved siden av å spille på andre virkemidler i den helhetlige tjenestekjeden, spesielt dagtilbud og korttidsplasser, vil ressursteamet spille en avgjørende rolle i å utvikle tilbudet til den enkelte gjennom oppfølgingsoppgaver og veiledningsopplegg til den hjemmeboende pasienten, hans pårørende og hans tjenesteytere.

PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE OG DEMENS

Gruppen mennesker med utviklingshemming blir i dag eldre enn tidligere, og de fleste av dem blir like gamle som normalbefolkningen. Aldersforandringer vil imidlertid inntreffe tidligere hos disse, ca. 15 – 20 år før andre, på grunn av utviklingshemmingen. Mennesker med Downs kan utvikle demens allerede fra 40 års alder. I Lillehammer kommune i dag er 16 av beboerne i bofellesskap i aldersgruppen 50 - 66 år. Ingen er eldre. Det er 54 i aldersgruppen 18 – 49 år. Disse bor i egne leiligheter med personalet tilgjengelig til enhver tid, fordelt på ti bofellesskap. Målet er at de skal eldes der de bor, og at tjenestestedet må tilpasses kommende behov. Bistandsbehovet hos disse

menneskene vil øke, og mange vil kreve en til en bemanning. Behandling og pleie til demente i denne gruppen skiller seg ikke vesentlig fra behandling og pleie for andre demente. Individuell vurdering er grunnlaget for tildeling av tjenester. Et viktig særtrekk er likevel at det er svært vanskelig å skille mellom normal aldring og utvikling av demens. Krever både god kjennskap til det enkelte menneske (over tid) og god utredningskompetanse.

Utfordringene med å utvikle gode tjenester knyttes særlig til tre områder:

- Stort antall personale og stor ”gjennomtrekk” rundt hver enkelt.
- Problemer med å sikre tilstrekkelig kompetanse i fast stab og tilgang til spesialisert kompetanse ved behov.
- Aldringsprosessen og evt. demensutvikling skjer tidligere hos utviklingshemmede mennesker enn hos andre. (Gammel som 40 åring...).

I tillegg til dette kommer mange av de nåværende eldre beboerne i våre bofellesskap fra sentralinstitusjoner, og har ingen nære relasjoner utenom de ansatte. De som kommer etter har bodd hjemme i barne- og ungdomstida, og har ofte sterke pårørende. Er nå i ferd med å bli etablert egen pårørendeforening for beboere i bofellesskap i Lillehammer, og denne vil bli en viktig samhandlingspart i utvikling av tjenestene. De fem trinnene nedenfor illustrerer sammenhengene i kompetanseutfordringene i oppfølging av demenssykdom hos psykisk utviklingshemmede:

1. Hva vil det si å være utviklingshemmet.
2. Aldersforandringer – de normale.
3. Hva er demens? De forskjellige typer, symptomer og behandling.
4. Utviklingshemming og demens. Hva er spesifikt for den enkelte bruker når demens oppstår.
5. Viktighet av å følge tiltak, observere, rapportere.

| Alder | Menn | Kvinner | Alle | |
|--------------|-------------|----------------|-------------|----|
| 0 -17 år | | 1 | 0 | 1 |
| 18-49 år | | 29 | 25 | 54 |
| 50-66 år | | 16 | 0 | 16 |
| 67år + | | 0 | 0 | 0 |
| Totalt | | 46 | 25 | 71 |
| Snittalder | | 42 | 32 | 38 |

Tabell 5: Alderssammensetting i Bofellesskap for psykisk utviklingshemmede (kilde: Gerica 2009)

UNGE MENNESKER OG DEMENS

Demenssykdom forekommer også hos relativt unge mennesker, helt ned til 30 - 40 års alder. Selv om omfanget ikke er stort, gir dette en særskilt utfordring i oppfølgingen av både pasient og pårørende. Når et ungt menneske rammes av demens, vil også hele familien rammes på en spesielt sterk måte. Det gjelder både i forhold til ektefelle og slektninger utenfor kjernefamilien, men ikke minst i forhold til eventuelle mindreårige barn. utfordringene knytter seg både til kompetanse, og den helhetlige behandlingsskjeden.

Selv om det dreier seg om de samme sykdommene, og prinsippene for hva som god behandling stort sett er de samme, vil det være nyanser i behovene som gjør at tilbud som er tilpasset eldre mennesker kommer til kort. Dette kommer ofte sterkest til syne når det er behov for heldøgntilbud, som gjerne er befolket av og tilpasset eldre mennesker, men det er også behov for å tilrettelegge dagtilbud spesielt for yngre.

I Norge regner en med at det til enhver tid er ca. 1200 – 1400 mennesker under 65 år med demenssykdom, og at det er ca. 100 nye tilfeller hvert år. For Lillehammer kommune vil det si at vi i snitt må regne med et nytt tilfelle ca. hvert annet år. Behandlings- og oppfølgingsmessig er det stor grad av overlapping blant dem som er noen år yngre og noen år eldre enn 65 år. Det er dem som enda ikke har fylt 60 år som først og fremst har behov for et tilpasset døgntilbud.

Det bør også være tilbud om samtale/gruppetilbud både for personen med demens og for pårørende (også for barn og ungdom). Dagsentertilbud tilpasset yngre personer med demens og støttekontakt er andre tilbud som bør være en del av det helhetlige tilbudet. I England og Sverige er det rapportert om en rekke gode erfaringer med dagtilbud. Bare i Stockholms läner det fire dagsentre for yngre personer med demens, med til sammen 33 plasser. I Norge er det kun gjort positive erfaringer med dagtilbud på gårdsbruk.

Fordi forekomsten er så vidt lav, vil det være hensiktsmessig å utvikle tilpassede tilbud til denne pasientgruppen i samarbeid med nabokommuner. For at tilbudet skal bli mest mulig effektivt og robust, vil det sannsynligvis være behov for å gå utover Lillehammerregionens grenser i et slik samarbeid.

INNVANDRERE OG FLYKTNINGER – SPESIELLE HENSYN

Innvandrere er ingen ensartet gruppe. Innvandrere fra vestlige land synes å ha få problemer med å benytte seg av de kommunale omsorgstjenestene, slik de er tilrettelagt for norske eldre. Flyktninger, fra Asia, Afrika, Balkan og Tsjetsjenia har større problemer med dette, selv om de lagt fra utgjør en ensartet gruppe. Det er for eksempel store religiøse og kulturelle forskjeller. Noen generelle betraktninger kan en likevel gjøre om særskilte utfordringer for innvandrere. Personer med innvandrerbakgrunn har dårligere levekår enn befolkningen som helhet, med lavere sysselsetting og inntekt, større andel som er avhengig av sosialhjelp samt gjennomgående dårligere boforhold. Med utgangspunkt i EUs definisjon av lavinntekt bodde 29 prosent av innvandrerne og deres barn i husholdninger med lavinntekt i 2006, mot 8 prosent for den øvrige befolkningen. Innvandrere som gruppe betraktet, og særlig innvandrerkvinner, har en svakere tilknytning til arbeidslivet enn majoriteten. (Kilde: IMDI, årsrapport 2008). Dette er faktorer som gjør at mange i denne gruppen får behov for omsorgstjenester tidligere (ved lavere alder) enn majoritetsbefolkningen. Likevel har undersøkelser vist at det er en relativt liten andel av de eldste innvandrerne som benytter seg av de kommunale omsorgstjenestene. Dels handler dette om kulturelle forskjeller, hvor omsorg for eldre familiemedlemmer er en viktig bestanddel av storfamilienes ansvar. Dels handler det om manglende kunnskap om hva hjelpeapparatet kan tilby, enten som følge av manglende informasjon eller som følge av språkproblemer. Utfordringen er å utvikle tjenester som er fleksible i møtet med alle som av en eller annen grunn tilhører en minoritet i samfunnet og samtidig ivareta behovet for integrering i alle aldersgrupper.

KOMPETANSE

Riktig og tilstrekkelig kompetanse i alle ledd er avgjørende for å lykkes med en sammenhengende og god demensomsorg. Vi må ha et personale som både har tilstrekkelig kunnskaper om demens, og ikke minst ferdigheter til å møte hvert enkelt individ på en måte som skaper mest mulig trygghet og forutsigbarhet i en vanskelig livssituasjon. Kompetanse består både av kunnskap, evner og ferdigheter, motivasjon og muligheter. Gjennom god ledelse og ved å bruke tilgjengelig fagkompetanse på en målrettet og effektiv måte, vil en kunne stimulere alle disse elementene positivt. Ressursteamet (se tidligere i denne planen), vil være et viktig grep for å få til dette. Vi må også sørge for å benytte den spesialistkompetansen vi har i ulike deler av tjenestene i dag. For eksempel er det mye spesialisert og relevant kompetanse i bofelleskapene og ved Lillehammer rehabiliteringssenter (ergo- og fysioterapeuter) som med fordel kan trekkes mer med i utvikling av tiltak innenfor demensomsorgen. Dette bør tas hensyn til når det skal utarbeides kompetanseplaner. Relasjonskompetanse, tilnæringskompetanse og etikk er viktige stikkord for kompetanseutvikling innen hele spekteret av omsorgstjenester, men blir særdeles viktig når tjenestene møter mennesker hvor hovedproblemet er mental svikt. Det er fullt mulig å få til mye med svært enkle midler. Kreativitet er en viktig ferdighet i personalgruppene som arbeider med demente mennesker, og det er derfor viktig at personalet både stimuleres til og gis muligheter til å utvikle denne siden ved seg. Ikke minst gjelder det innenfor erindringsarbeid og sansestimulering.

Erindringsarbeid og sansestimulering

Erindringsarbeid er en viktig del av arbeidet med demenssyke som har mistet nyere lag av hukommelsen, men fremdeles har eldre lag intakt. Man trenger støtte for å bevare selvtillit og identitet når man gradvis mister grepet på sin egen hverdag. Å snakke om gode minner fra den gang man klarte det meste, kan bidra til å forebygge angst og depresjon. Konsentrasjonen trenes opp, mentale og intellektuelle ferdigheter vekkes. Lukter, smaker, melodier, bilder og gjenstander fra yngre dager setter samtalen i gang. Det finnes mange ulike hjelpemidler. I samarbeid med pårørende kan man lage et minnealbum med bilder og beskrivelser av viktige hendelser i brukerens liv. Dette kan være utgangspunkt for samtaler. Man kan også systematisere materiell med ulike tema, f.eks skoletiden, høytider, klær, moter osv. En annen ide er å lage poser med materiale som stimulerer sansene. Det kan være f.eks dufter som vanilje, kaffe, lavendel, eller stimulering av følesansen ved å kjenne på perler, ris eller potetmel. Måltider og ulike former for kulturopplevelser (gjerne musikk) er gode virkemidler i for å stimulere sansene. Tilrettelagte utearealer knyttet til døgnplassene og med elementer som stimulerer både erindring og sanseapparatet, vil være et viktig bidrag. Menn utgjør et mindretall blant demenssyke, og det er derfor viktig at aktivitetene også tilpasses for menn. Spreke menn med demens har behov for grovmotorisk aktivitet lenge etter at finmotorikken er borte. Vedkløyving og vedarbeid kan være et godt tilbud.

NY TEKNOLOGI

Parallelt med en utvikling hvor etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker og tilgangen til arbeidskraft synker, har vi også en utvikling av teknologiske løsninger som kan vise seg å bli avgjørende for omsorgstjenestenes evne til å tilby et verdig omsorgstilbud i framtiden. Vi kan kalle dette for "omsorgsteknologi". Norges Teknologiråd og Teknisk-naturvitenskaplig forening (TEKNA) er eksempler på fagmiljøer som engasjerer seg i dette i Norge.

Norges Teknologiråd ga i 2009 ut en rapport med tittelen "Framtidens alderdom og ny teknologi". Rapporten tar utgangspunkt i at mulighetene som ligger i ny hjemmebasert teknologi ikke har vært tatt på alvor når det skal planlegges for møtet med framtidens utfordringer. Teknologier som smarthus eller sporingsløsninger kan avlaste og støtte pårørende i deres omsorgsarbeid. Ulike teknologiske hjelpemidler kan tas i bruk for å hjelpe helsepersonell til å utføre en bedre og mer effektiv jobb, slik at mer tid kan brukes til pasientkontakt og helsefaglige oppgaver. Teknologirådets rapport anbefaler at alle hjemmeboende omsorgsmottakere bør ha tilbud om smarthusløsninger som en del av omsorgstilbudet og at det tillegg åpnes opp for økt bruk av sporingsløsninger for demente pasienter. Behandling og omsorg for kronisk syke pasienter bør i større grad tilrettelegges hjemmefra med teknologisk overvåking av sykdomsutvikling.

Ansvar for integrering av ny teknologi ligger i dag i hver enkelt kommune, men omsorgsteknologi er i liten grad i bruk i kommunale tjenester i Norge. Flere andre land har ambisiøse satsinger på innføring av teknologiske verktøy i sine omsorgstjenester. Skottland har lagt til grunn at

teknologisk hjemmemonitorering (telecare) skal bli normen for omsorgstjenestene innen 2015. I Danmark er det avsatt milliardbeløp til økt bruk av "arbeidskraftbesparende teknologi og nye arbeids- og organisationsformer" med et klart mål om at ny teknologi skal effektivisere de kommunale omsorgstjenestene. England var tidlig ute og har gjennom investeringer i "telecare" prosjekter slått fast viktigheten av å bruke ny teknologi for økt frihet og redusert stress for pårørende.

I påvente av en nasjonal satsing innen feltet, må Lillehammer kommune sørge for å holde seg orientert om hvilke muligheter som ligger i ulike omsorgsteknologiske løsninger. Det er allerede kontakt med lokalavdelingen av TEKNA, RO-senteret og andre fagmiljøer med henblikk på mulige pilotprosjekter på Lillehammer.

Det er også en viktig diskusjon knyttet til personvern, som må tas i forbindelse med innføring av den delen av den nye teknologien som innebærer ulik type registrering. Et vesentlig prinsipp er proporsjonalitetsprinsippet, som sier at omfanget av registreringen skal stå i forhold til det man kan oppnå. Samtidig må det på plass klare retningslinjer i forhold til hva slags registreringer som kan tillates, og hvordan sørge for forsvarlig håndtering av store mengder sensitive data.



- Lillehammer kommune -
Fagenhet for strategisk planlegging og utvikling
www.lillehammer.kommune.no