



LILLEHAMMER
KOMMUNE

DEMENSPLAN 2019-2028



Vedtatt i kommunestyret 26. september 2019

Helse og velferd

Innhold

Sammendrag	2
1. Innledning	3
1.1 Forord	3
1.2 Formål og bakgrunn	3
1.3 Om arbeidet med planen	3
2. utfordringsbildet	4
2.1 Befolkningsutvikling og forekomsten av demens	4
2.2 Særskilt om demens – sykdomsforløpet	6
2.2.1 Hva er demens.....	6
2.2.2 Demensomsorg	6
2.3 Særskilte grupper	7
2.4 Dagens organisering av tjenester til mennesker med demens	8
2.5 Evaluering av dagens tjenester til mennesker med demens	10
3. Kunnskapsgrunnlaget og forholdet til andre planer	12
3.1 Aktuelle lover	12
3.2 Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste	12
3.3 Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet.....	12
3.4 NOU 2018-16 Det viktigste først – prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.....	13
3.5 Nasjonal demensplan 2020	13
3.6 Nasjonal faglig retningslinje på demens.....	14
3.7 Mestring hele livet. Kommunedelplan helse- og omsorg 2018-2028	18
3.8 Utvalgte verktøy og metoder i demensomsorg	19
4. Handlingsdel	22
4.1 Åpent, inkluderende og forebyggende	23
4.2 Avdekke, kartlegge og koordinere	25
4.3 Ivareta og utsette	28
4.4 Aktivitet, støtte og avlastning	31
4.5 Heldøgns pleie og omsorg når du trenger det – omsorg i livets siste fase	33
Referanser	36

Sammendrag

Både nasjonalt og lokalt er demenssykdom en stor utfordring i årene framover. Ut fra nasjonale framskrivninger vil antall personer med demens øke fra ca 78 000 personer i dag til omtrent 112 000 personer i 2030. Framskrivningen av forekomst for Lillehammer viser at antall personer med demenssykdom vil øke fra ca 500 personer i 2019 til ca 650 personer i 2029.

Gjennom demensplan 2019 – 2029 foreslås det en rekke mål og tiltak for å møte denne utfordringen. Det overordnede målet i planen er å gjøre Lillehammer til et demensvennlig samfunn som er åpent, inkluderende og forebyggende. Det skal gjennomføres flere gode folkehelseiltak og drives et forebyggende arbeid, som gjør at innbyggere i kommunen har god fysisk og psykisk helse der en både forebygger sykdomsdebut og sykdomsutvikling på demens. Samarbeidet med frivillige lag og organisasjoner skal videreutvikles, og Meierigården skal videreutvikle samarbeidet med Lillehammer demensforening.

Demensplanen skal legge til rette for gode, koordinerte og sammenhengende tjenester der bruker- og pårørende medvirkning vektlegges. Innbyggere med mistanke om demenssykdom skal sikres tidlig diagnose og god og helhetlig oppfølging underveis i sykdomsforløpet. Det skal innføres tiltakspakke demens som system for oppfølging etter diagnose, der det umiddelbart oppnevnes primærkontakt fra hjemmetjenesten. Hjemmetjenesten skal organiseres slik at det etableres gode relasjoner med bruker og pårørende med stor grad av tillit og gjensidig samarbeid.

Et styrket hukommelsesteam får ansvaret for koordinerende tiltak for god samhandling mellom de ulike tjenester. Hukommelsesteamet blir kommunens faste kontaktpunkt for innbyggere med demenssykdom, og teamet skal gjennom et godt samarbeid med øvrige tjenester drive veiledning og systemarbeid der målet er samordnede tjenester av god kvalitet. Hukommelsesteamet skal samarbeide godt med kommunens fastleger og legehelsestjenesten for øvrig.

Personsentrert omsorg skal gå igjen som overordnet faglig prinsipp, og Meierigården utvikles som kunnskapsbank på dette området. Lavterskeltiltak videreutvikles, og det opprettes ulike dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det etableres flere avlastningsplasser både ved Lillehammer Helsehus og som tjeneste i hjemmet, og det etableres egne korttidsplasser for personer med demens. Pårørende skal gjennom gode rutiner sikres god og nødvendig støtte og avlastning.

Personer med demenssykdom skal når det er nødvendig få god heldøgns omsorg og pleie, der institusjonsplasser for personer med demens tilbys både ved Lillehammer Helsehus, heldøgnsomsorgen og bokollektivene. Det skal vurderes om et eller flere av kommunens bo- og servicesenter skal tilrettelegges særskilt for personer med demens. Når personer med demens får heldøgns omsorgsplass skal pårørende oppleve god dialog og godt samarbeid, og at bruk av den enkeltes nettverk kan bidra til økt livskvalitet.

I livets siste fase skal personer med demenssykdom få god og tilpasset lindrende behandling, der det også gis god omsorg og støtte til pårørende.

Planen er utarbeidet med utgangspunkt i nasjonale føringer og kommunedelplan for helse- og omsorg.

1. Innledning

1.1 Forord

Lillehammer kommune sin demensplan skal angi retning for utvikling av demensomsorgen i kommunen. Det overordnede målet med planen er å utvikle kommunen som et demensvennlig samfunn der innbyggere som får demens opplever et verdig liv hele livet, og der det gis sammenhengende og helhetlige tjenester gjennom hele sykdomsforløpet. Kunnskap og informasjon om demens er viktig for alle innbyggere i kommunen, da dette vil bidra til større forståelse og trygghet i møte med personer som har sykdommen og deres pårørende.

Planen er utarbeidet med bakgrunn i nasjonale og lokale føringer samt retningslinjer som er utarbeidet på området. Personsentrert omsorg og et demensvennlig samfunn skal være en rød tråd gjennom hele planen.

1.2 Formål og bakgrunn

Antall innbyggere med demens er økende, og dette er en av de største utfordringene de offentlige helse- og omsorgstjenestene står overfor. For Lillehammer viser framskrivninger at antall innbyggere med demenssykdom vil øke med ca 20 % fram til 2030, og økningen er størst i aldersgruppene fra 80 år og oppover. Det er viktig å levere en god og helhetlig demensomsorg der en kombinerer ny kunnskap og ny tilnærming i samspillet mellom ulike typer tjenester, pårørende og frivillig sektor.

Planen skal angi retning og foreslå tiltak der en både ser på organisering og faglig kvalitet og innhold i tjenestene. Planen skal bygge på kommunedelplanens fokusområder med tilhørende hovedmål og delmål, samt være i tråd med nasjonale føringer og retningslinjer.

Planen skal ha en helhetlig tilnærming både ut fra et brukerperspektiv og når det gjelder den kommunale organisering av tjenestene, samt omhandle alle trinn i omsorgstrappa. Den vil vektlegge mulighetene i samspillet mellom ulike typer tjenester og aktører der tverrfaglig samarbeid og forløpstenkning har et tydelig fokus, og det foreslås tiltak som forbedrer hele bredden i tjenestetilbudet, fra forebygging og diagnostisering til døgntjenester.

1.3 Om arbeidet med planen

Arbeidet med demensplanen har vært organisert som et prosjekt der sektorens ledergruppe har vært styringsgruppe. Det ble satt ned en arbeidsgruppe med tjenesteområdeledere og kommuneoverlege og en referansegruppe med aktuelle bruker- og pårørenderepresentanter. Sektorens utviklingsavdeling har bistått med prosjektledelse og sekretærbistand.

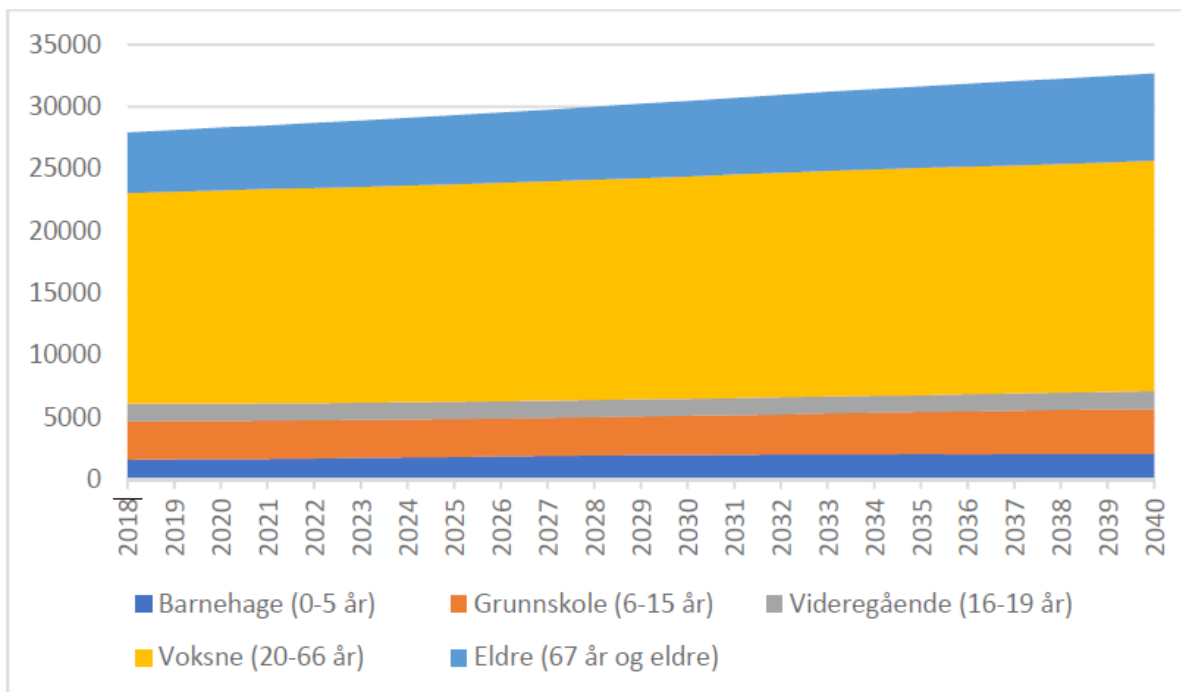
Representanter fra kommunens fastlege har deltatt i møter i arbeidsgruppa, og levert innspill og forslag til planen. Det er gjennomført tjenestereise der en i tillegg til arbeidsgruppa har invitert ledere og fagpersoner fra avdelinger som har oppgaver og ansvar i demensomsorgen.

2. Utfordringsbildet

2.1 Befolkningsutvikling og forekomsten av demens

Det vises til framskrivninger på befolkningsutvikling i kommunedelplan for helse- og omsorg vedtatt i 2018. Lillehammer er en av få kommuner i Innlandet som har befolkningsvekst, og det forventes at dette fortsetter. Kommuneplanen 2014-2027 har som mål at befolkningsveksten skal være 1 % per år, stigende til 1,5 % mot slutten av planperioden.

Figur 1 viser framskrevet folkemengde for utvalgte år frem til 2040, med utgangspunkt i folketallet per 1.1.2018 (Lillehammer kommune, 2018).



Figur 1. Framskrevet folkemengde (alternativ MMMM 2018), Lillehammer. Kilde: SSB.

Andel av befolkningen som består av aldersgruppene over 67 år vil øke fra rundt 2020, og særlig sterk vil den prosentvise veksten være i aldersgruppen 80+. Basert på SSBs framskrivninger vil Lillehammer kommune i 2028 ha 2.060 innbyggere i aldersgruppen 80+, noe som er om lag 600 flere enn i 2018.

Forekomst av demens

Det finnes ingen gode estimater for forekomsten av demens i Norge. Det mest brukte estimatet baserer seg på Rotterdamstudien fra 1995, der en antar at forekomsttall fra denne studien også er representative for Norge. Ut fra denne studien er det et anslag på 70 000 – 78 000 personer har demenssykdom i Norge. Men det er mye som tyder på at forekomsten av demens er høyere enn dette (Bergh, et al., 2015).

REDIC-rapporten (Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens) viser en framskrivning av mennesker med demens fram til 2040. En har lagt til grunn SSBs befolkningsframskrivning med middels nasjonal vekst til grunn, og antall personer med demens i Norge vil da øke til 112 000 fram til 2030 og i overkant av 200 000 fram til 2060. Dette utgjør 3 % av befolkningen. Forutsatt at indikasjon for plass i sykehjem endrer seg i framtida, vil det være behov for 40 000 sykehjemsplasser for personer med demens i 2030 og 70 000 plasser i 2060, mot 28 000 i dag (Bergh, et al., 2015).

I kommunedelplan for helse- og omsorg er det tatt utgangspunkt i tidligere demensplan for å si noe om forekomst av demens i Lillehammer kommune. I arbeidet med ny demensplan har en oppdatert framskrivningen av forekomsten, og prevalenstillene er hentet fra Folkehelseinstituttets folkehelse rapport oppdatert i 2018. Befolkningsframskrivning er basert på SSBs tall fra 2018, jamfør figur 1 i rapporten.

Andelen som har demens øker kraftig med alderen, fra 1,6 % i aldersgruppen 54-60 år og til en forekomst på 43,1 % i aldersgruppen 90 +. (Folkehelseinstituttet, 2018). Totalt vil antall personer i Lillehammer som har en demenssykdom øke med ca 20 % fram til 2029, fra 533 personer i 2020 til 645 personer i 2029.

En har valgt i framskrivningen å beregne forekomsten i aldersgruppene fra 60 år og oppover. Det er et lite mindretall som får demens før fylte 60 år og disse har andre utfordringer med sin demenssykdom enn aldersgruppene over 60 år. Dette vil omtales særskilt senere i demensplanen.

Det er gjort to alternative framskrivninger, det ene med utgangspunkt i SSBs tall for middels nasjonal befolkningsvekst (MMMM), og det andre alternativet med høy nasjonal befolkningsvekst (HHMH):

Aldersgrupper	Prevalens	2020	2021	2022	2025	2028	2029
60-64 år	1,6 %	28	29	29	29	29	30
65-69 år	2,6 %	41	42	43	44	45	45
70-74 år	4,3 %	67	64	62	63	68	69
75-79 år	7,4 %	82	88	94	103	96	97
80-84 år	12,9 %	95	99	100	117	144	148
85-89 år	21,7 %	101	100	99	109	124	128
90+	43,1 %	120	122	128	122	128	128
Sum innbyggere		533	543	555	587	633	645

Figur 2 – forekomst demens SSBs befolkningsvekst MMMM-alternativet

Aldersgrupper	Prevalens	2020	2021	2022	2025	2028	2029
60-64 år	1,6 %	28	29	29	29	29	30
65-69 år	2,6 %	41	42	43	44	45	45
70-74 år	4,3 %	67	65	63	63	68	69
75-79 år	7,4 %	82	88	95	104	98	99
80-84 år	12,9 %	96	100	101	119	148	152
85-89 år	21,7 %	101	100	100	113	130	135
90+	43,1 %	121	122	130	126	135	137
Sum innbyggere		535	546	561	598	653	667

Figur 3 – forekomst demens SSBs befolkningsvekst HHMH-alternativet

En har i Norge gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. Det er anslått at 80 % av de som har langtids plass i sykehjem har demenssykdom, og 40 % av hjemmeboende tjenestemottakere har demens (Folkehelseinstituttet, 2018).

2.2 Særskilt om demens – sykdomsforløpet

Diagnosekriterier demens

- I. Svekket hukommelse, især for nyere data, for eksempel noe som skjedde for kort tid siden og som pasienten selv har opplevd. I tillegg må det foreligge: Svikt av andre kognitive funksjoner (som for eksempel dømmekraft, planlegging, tenkning, evne til abstraksjon, tenke logisk, snakke, forstå).
- II. Personen har klar bevissthet.
- III. Personen har sviktende følelsesmessig kontroll, svekket motivasjon eller endret sosial atferd, og har minst ett av følgende symptomer:
 - IV. Emosjonell labilitet (svingende stemningsleie)
 - V. Irritabilitet
 - VI. Apati
 - VII. Unyansert sosial atferd
 - VIII. Symptomene må ha vart i seks måneder eller

2.2.1 Hva er demens

Begrepet *demens* har opphav i latin og betyr «ute av sinn». Det er betegnelsen på en kronisk funksjonstilstand som er kjennetegnet ved svikt i en rekke kognitive funksjoner, tap av evne til å utføre dagliglivets oppgaver og endring av atferd, og som er forårsaket av en hjernesykdom. Demens er altså ikke én sykdom – det er en tilstand eller et syndrom som kan forårsakes av en rekke ulike hjernesykdommer. Ved demens er redusert hukommelse i en eller annen grad et symptom. Det finnes imidlertid former for demens der svikt i andre kognitive funksjoner er første tegn på demenssykdom, og hukommelse svekkes først senere i forløpet. Diagnosekriteriene i boksen til venstre er ICD-10 (internasjonal klassifikasjon av sykdommer og relaterte helseproblemer).

De vanligste hjernesykdommene som forårsaker demens, er alle progredierende. Det vil si at skadene som sykdommene påfører hjernen, øker i omfang fra år til år. Det betyr at den kognitive svikten vil forverres, evnen til å klare seg i dagliglivet blir dårligere, og atferden kan endre seg hele tiden. Det betyr videre at vi stadig må revurdere og kartlegge funksjonsevnen og atferden til personen med demens for å kunne gi tilrettelagt og personsentrert omsorg. Den hyppigste formen for demens er Alzheimers demens. Dernest følger demens som følgetilstand etter hjerneslag, som kalles vaskulær demens, og demens som opptrer ved lewylegeme-sykdom, som kalles demens med lewylegemer (Aldring og Helse, 2018).

2.2.2 Demensomsorg

At antall personer med demenssykdom er økende, er en av de største utfordringene de offentlige helse- og omsorgstjenestene står overfor. Kommunene har allerede i dag betydelige utfordringer med å levere en god og helhetlig demensomsorg. De

kommunale tjenestene og det helhetlige kommunale velferdssystemet må møte denne utfordringen på en måte som kombinerer ny kunnskap med ny tilnærming til den syke, de pårørende og de nære nettverkene. Ivaretagelse av de nærmeste pårørende og muligheter for ulike typer avlastning er påkrevd.

Det vil være store ulikheter i behov blant personer som blir syke i 30-, 40- eller 50-årene og blant personer som får sykdommen som 70-, 80- eller 90-åringer. Dette må gjenspeiles i tjenestetilbudet.

Det blir i noen sammenhenger referert til at ca 35 % av personer med demens vil ha tjenester i institusjon (langtidsplass i sykehjem), men ca 65 % av antallet med sykdommen vil få tjenester i hjemmet.

REDIC-rapporten fra 2015 beskriver også sykdomsforløp og ressursbruk ved demens. Gjennomsnittlig sykdomsvarighet blir der beregnet til 8,1 år i tre stadier:

1. Fra symptomdebut til diagnosestilling (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
2. Fra diagnosestilling til innleggelse på institusjon (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
3. Opphold på institusjon (gjennomsnittlig varighet 2,1 år).

Ressursbruk og kostnad til helse- og omsorgstjenester blir ut fra dette sykdomsforløpet beregnet til totalt 2,933 millioner, der opphold i institusjon utgjør om lag 60 % av den totale kostnaden. (Bergh, et al., 2015)

De kommunale tjenestene mangler virkemiddelapparat i tidlig fase av sykdomsforløpene, og har derfor hittil hatt begrenset evne til å forebygge utvikling av alvorlig sykdom. Jo tidligere det iverksettes systematiske tiltak som forsterker og bevarer positive prosesser i hjernen, jo større mulighet er det for å bremse sykdomsutviklingen. Foreningsliv og frivilligheten kan her spille en viktig rolle. For den enkelte er denne tilknytningen et godt utgangspunkt for en fortsatt kontakt med tidligere interesser og venner. Ernæring og fysisk aktivitet er også viktig med tanke på å forebygge demenssykdom og det å begrense utviklingen av den enkeltes sykdom.

Kompetanse om demens og tilbud til personer med demens finnes i ulike deler av kommunens helse- og omsorgstjenester. For å kunne dra veksler på hverandres kompetanse og erfaringer, og for å kunne jobbe godt sammen om de samme pasientene, er det nødvendig at disse tjenestene har et godt samarbeid. (Lillehammer kommune, 2018)

2.3 Særskilte grupper

Yngre personer med demens:

Betegnelsen yngre personer med demens brukes oftest om personer under 65 som har en demensdiagnose. Dette skillet i alder har størst betydning innen forskningen, da det ikke nødvendigvis er så mye som skiller en 70-åring med demens fra en som er 10-15 år yngre. Man antar at det i Norge i dag er ca. 5000 personer som er under 65 år og har en demensdiagnose, og det antas at det årlig er mellom 200-300 unge voksne under 30 år, hvor over 50 av disse er barn under 18 år, som opplever at en av foreldrene får stilt en demensdiagnose (Engedal et.al., 2018).

Selv om sykdomsutviklingen i seg selv grovt sett kan sies å være aldersuavhengig, er det flere forhold som er særlig utfordrende når en får demens i yngre alder. Mange er fortsatt i jobb, har en ung kropp, er foreldre til små barn eller unge voksne, er engasjerte og delaktige i det lokalsamfunnet de er en del av, og de bruker mye tid med venner og øvrig nettverk. Undersøkelser viser at yngre personer med demens har en sterkere følelse av maktesløshet og frustrasjon sammenlignet med eldre, og med innsikt i sykdom er det en stor psykologisk belastning å ikke lenger kunne fungere i arbeid eller mestre tidligere aktiviteter og gjøremål.

Nyere forskning viser at yngre personer med demens kan forvente å leve i 7 år etter stilt diagnose. Til sammenligning kan personer som får demens som 80-åring forvente å leve i 5 år. Dette innebærer at levealderen for yngre personer som får demens reduseres med opptil 20 år.

Yngre personer med demens og deres pårørende har stort behov for oppfølging, særlig i forbindelse med at diagnosen blir stilt, og i tiden etterpå. Etter utredning i spesialisthelsetjenesten tilbys videre oppfølging der, men dette er oftest hver 3. til 6. mnd. Noen følges tettere i form av samtalegrupper i regi av eks hukommelsesklubben på Sanderud, men det er uansett av stor betydning og få etablert kontakt med hukommelsesteam i kommunen i forhold til praktiske spørsmål.

Psykisk utviklingshemmede

Det er i dag flere personer med utviklingshemming som opplever og bli eldre enn det var tidligere, og disse har spesielle utfordringer sammenlignet med befolkningen ellers. Aldringsprosessen starter

ofte tidligere, ofte i 40-50 års alderen, og personer med Downs syndrom har i tillegg økt risiko for å utvikle demens i tidlig alder. Individuelle faktorer, som grad av utviklingshemming, tilleggsdiagnoser og syndrom, sykdommer og miljø vil påvirke aldersutviklinga hos denne gruppen. Hvordan eldre psykisk utviklingshemmede oppfatter og opplever sin egen helse påvirker funksjonsnivået.

Internasjonale studier om aldring hos personer med utviklingshemming viser til mangel på kunnskap blant tjenesteytere innen helse- og omsorgstjenestene, og dette skaper usikkerhet på hvordan forstå eller håndtere aldringsrelaterte utfordringer hos tjenestemottakerne.

Psykisk helse og demens

Forekomst av psykisk sykdom hos eldre er lite undersøkt i Norge, men ut fra det man vet antas forekomsten å ligge på 20-25 % i gruppen fra 67 år og oppover. Psykisk sykdom har innvirkning på en rekke andre forhold, deriblant en økt risiko for utvikling av demens.

Undersøkelser peker i retning av at alvorlig depresjon i livet, og ikke bare i alderdommen, kan være en risikofaktor for utvikling av Alzheimers sykdom. Risikoen øker med antall depresjonsperioder. Det er derfor viktig å kunne behandle depresjon så tidlig som mulig og gjennom hele voksenlivet og inn i alderdommen.

For å forebygge utvikling av demens er det viktig at en jobber forebyggende med å bedre den psykiske helsen generelt gjennom gode folkehelseiltak og lavterskeltilbud.

2.4 Dagens organisering av tjenester til mennesker med demens

Legehelsestjenesten – kommunens fastleger

Legehelsestjenesten består av fastlegeordningen, interkommunal legevakt, KAD (kommunale akutte døgnplasser) og miljørettet helsevern. Lillehammer kommune har 28 fastlegehjemler, der legene er selvstendig næringsdrivende med privat praksis. Det etableres nytt fastlegekontor i 2019 med 3 kommunalt ansatte leger lokalisert ved Lillehammer legevakt. Kommuneoverlegen er organisatorisk plassert i fagavdelingen i helse- og omsorgssektoren.

Legevakt og KAD er organisert som interkommunalt samarbeid med Lillehammer som vertskommune og samlokalisert i legevaktens lokaler.

Fastlegene og legene ved Lillehammer Helsehus har sentrale oppgaver i demensomsorgen. De har ansvar for utredning og diagnostisering av pasienter med mistanke om demens og får henvisninger fra helse- og omsorgstjenestene (f.eks. demenskoordinator, hukommelsesteam, hjemmetjenesten) om dette. I tillegg er fastlegen ofte den første kontakten en innbygger med mistenkt demens har med kommunehelsestjenesten. Fastlegene har også ansvar og oppgaver rundt oppfølging av personer med demens.

Meierigården

Kjernevirksomheten for Meierigården er utvikling av ambulante dagaktivitetstilbud som miljøbehandling for hjemmeboende personer med demens. Meierigården har 7,5 årsverk med kompetanse som helsefagarbeider, sykepleier, vernepleier, ergoterapeuter, musikk og førskolelærer. Fra 2019 vil Meierigården ha 4 team; miljøbehandlingsteam, Helse- og info team, Velferdsbibliotekteam og Team samordning og helhet.

Meierigården er lokalisert i Wieses gate i Lillehammer sentrum, og skal være et høykompetent lavterskeltilbud der en har samtaler med bruker/pårørende, driver veiledning og gir bistand til ivaretagelse av sosiale og eksistensielle behov. I tillegg driver Meierigården med aktiviteter for å fremme et demensvennlig samfunn i samarbeid med Lillehammer Demensforening.

Hukommelsesteamet

Hukommelsesteamet består av to årsverk, en demenskoordinator organisert under Tildelingsenheten for helse- og sosiale tjenester og en ergoterapeut organisert under Lillehammer Rehabiliteringssenter. Demenskoordinator koordinerer hukommelsesteamet, og hukommelsesteamet mottar henvendelser fra spesialisthelsetjenesten og bistår fastleger og øvrige kommunale helsetjenester i utredning og oppfølging av personer med demens. Det gjennomføres hjemmebesøk, kartlegginger, samtaler og gis råd og veiledning. Hukommelsesteamet skal bidra til at personer med kognitiv svikt/demens får tilbud om utredning, oppfølging og veiledning. Det informeres om hjelpemidler, aktivitetstilbud og helsetjenester i kommunen.

Hjemmetjenesten inkludert botilbud for personer med demens

Hjemmetjenesten gir tradisjonelle hjemmetjenester som hjemmesykepleie og praktisk bistand, og har i tillegg ansvar for heldøgnsomsorg (HDO) og institusjonsplasser. Institusjonsplassene er lokalisert ved tre bokollektiv i Søre Ål, Gartnerhagen og Skårsethlia med til sammen 40 plasser for personer med demens. Heldøgnsomsorgen gis ved Gartnerhagen 6 med 47 plasser (15 av disse plassene er åpnet i 2019). Gartnerhagen 6 har også brukere med demenssykdom og er derfor et aktuelt tilbud til denne gruppen.

Hjemmesykepleie og praktisk bistand er organisert i to generelle lag (Nord/sør og øst/vest), fagoverbygg og demensarbeidslag. I tillegg gis det tjenester ved tre bo- og servicesenter lokalisert i Skårsetlia, Søre Ål og Gartnerhagen 1.

Demensarbeidslaget gir tjenester i hjemmet til personer med demens, og har oppgaver både i en tidlig fase i sykdommen når brukere har lite tjenester, og etter hvert som bistandsbehovet øker og pårørende trenger mer støtte og avlastning. I tillegg har også de andre arbeidslagene i hjemmetjenesten brukere med demenssykdom.

Lillehammer Helsehus

Lillehammer Helsehus har både dagplasser, korttidsplasser, avlastningsplasser, intermedieærplasser og langtidsplasser. Intermedieæravdelingen er et samarbeid mellom Lillehammer, Gausdal, Øyer og Ringebu.

Det er totalt 184 plasser ved Lillehammer Helsehus. Av disse er følgende plasser for personer med demens/kognitiv svikt:

Avdeling A: 28 plasser – skjermet avdeling. Av disse er 5 langtidsplasser forsterkede plasser.

Avdeling B: 14 plasser for psykiatri.

Avdeling F1: 18 langtidsplasser for personer med kognitiv svikt og 2 avlastningsplasser.

Korttidsplasser, intermedieærplasser og avlastningsplasser er samlet på avdeling C1 og C2. Dette med unntak av 2 avlastningsplasser på avdeling F1, spesialavdeling for demens. Det finnes ingen tall for Lillehammer Helsehus spesifikt, men nasjonale tall viser at 80% av pasientene i norske sykehjem har en demensdiagnose. Ved LHH er 48 av 190 plasser lagt til avdelinger med økt kompetanse på demens og 2 av 6 avlastningsplasser.

Lillehammer Helsehus har egne ressursmiljøer innenfor langtkommen demenssykdom, vedtak om helsehjelp i tråd med kapittel 4A, og verktøyene TID og VIPS. LHH har også hatt et mangeårig samarbeid med SAMAKS der vi bidrar til forskning og mottar veiledning. De bygningsmessige forholdene ved LHH er i varierende grad i tråd med nasjonale anbefalinger og man har så langt liten bruk av velferdsteknologi i helsehuset generelt.

Legeavdelingen ved LHH består av 6 årsverk knyttet til helsehuset generelt, men også øremerkede stillinger knyttet til det regionale samarbeidet om intermedieærplasser. Legene har også ansvaret for beboere i kommunens bokollektiv. Ved avlastningspasienter har pasienten fremdeles sin fastlege som behandlingsansvarlig.

Det er totalt 30 dagplasser fem dager i uka ved Lillehammer Helsehus fordelt på 75 brukere, og av disse er 10 plasser på dagtid og 8 plasser en kveld i uka til personer med demens. Kveldstilbudet er under etablering i 2019. Man er også i gang med å utvikle et spesielt dagtilbud rettet mot yngre med demenssykdom.

Lillehammer Helsehus har med sin kjøkkenavdeling et sterkt fagmiljø knyttet til mat, måltidskultur og ernæring. Kjøkkenavdelingen er en pådriver med både kompetanse, kvalitetsarbeid og tjenesteutvikling. I tillegg tilberedes mat for kommunens bokollektiv og HDO-avdelinger. Kjøkkenet tilbyr også middagsombringning til ca.130 hjemmeboende.

Tildeling

Tildelingsenheten er koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og har i tillegg forvaltningsoppgaver knyttet til søknader om tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Enheten behandler søknader fra innbyggere i alle aldre, og foretar kartlegging av ressurser og behov og gjør en individuell faglig vurdering og deretter fatter vedtak om tjenester. De er organisert i 4 team; team psykisk helse og rus, funksjonshemmede og barn/unge, boligsosialt team, pleie- og omsorgsteam og innsatsteam. I tillegg ligger kreftkoordinator under Tildeling samt demenskoordinator beskrevet under hukommelsesteam.

Lillehammer Rehabiliteringssenter

Lillehammer rehabiliteringssenter gir tjenester til aldersgruppen 18 år og oppover med fysioterapi, ergoterapi, hjelpemidler, TT-kort og aktiv omsorg (Fra 2020 er det Innlandet Fylkeskommune som tildeler TT-kort). I tillegg er forvaltningen av kommunale avtalehemler i fysioterapi (private fysioterapeuter med driftstilskudd) lagt til tjenesteområdet. Ergoterapeut i hukommelsesteam er i dag organisert under tjenesteområdet.

Aktiv omsorg har 9,9 årsverk, med ansatte som har aktivitørutdanning, lærerutdanning, kulturbakgrunn og utdanning som helsefagarbeider. Aktiv omsorg sørger for et bredt tilbud av aktiviteter på alle kommunens bo- og servicesenter og Lillehammer Helsehus. De har også samarbeid med frivillige om daglige aktiviteter og utflukter, og samarbeider tett med Frivilligsentralen og Venneforeningen ved Lillehammer Helsehus. Det er også utstrakt virksomhet på både dag- ettermiddag- kveldstid på Breidablikk som ligger sør i byen.

2.5 Evaluering av dagens tjenester til mennesker med demens

Pr i dag er det beregnet at ca. 500 av innbyggerne i Lillehammer har demenssykdom, og kommunen har utfordringer med å levere en god og helhetlig demensomsorg til disse. Det mangler virkemidler i en tidlig fase av sykdommen, og blant annet får en betydelig andel av innbyggere som har demens ikke tilbud om utredning til rett tid. Utredning og diagnostisering er viktig for at personen og familien får økt kunnskap og dermed bedre muligheter til å planlegge for framtiden. Kompetansen på demens finnes i ulike deler av kommunens helse- og omsorgstjenester, men det er utfordringer i forhold til samarbeid og samhandling slik at det fra brukere og pårørende oppleves kontinuitet og helhet i demensforløpet.

Det er viktig at det i de nærmeste årene utvikles et annet og bredere virkemiddelapparat innen tjenester i hjemmet. Om en ikke lykkes med dette vil økningen i antall innbyggere med

demenssykdom føre til at kommunen innen 2030 må øke sin kapasitet på sykehjemsplasser eller andre plasser med heldøgns omsorg betydelig.

I samtale med en bruker og dennes pårørende kom det fram flere utsagn som på en god måte kan beskrive utfordringene med dagens demensomsorg. Noe fungerer bra i tjenestene og det er god kompetanse på demens i enkelte enheter og avdelinger, men manglende samarbeid, samhandling og dialog med bruker og pårørende gjør at de opplever mangler og utfordringer:

«Pårørende og pasient står alene»

«Pårørende er like mye demenssyk – det påvirker hele livet!»

Om mangel på informasjon: «Få ut full pakke fra dag en!»

Dette beskriver at kommunen ikke i tilstrekkelig grad har tett og god oppfølging etter at diagnosen demens er satt, og at også i vår kommune er det et «sort hull» i oppfølging og informasjon når en har fått bekreftet demenssykdom. Kanskje ikke alle ønsker «full pakke informasjon» fra dag en, men det likevel er det viktig å følge opp med samtaler og gi god og tilstrekkelig informasjon til hver enkelt bruker og pårørende.

«Mye er bra, men også mye upløyd mark» - om kommunens demensomsorg.

«Behov for å fortsette med det normale livet!» - om det å leve med demens.

«Gjør en god jobb! Stort sett faste folk.» - om oppfølging bruker får fra demensarbeidslaget i hjemmetjenesten.

I hver enkelt tjeneste gjøres det mye bra i oppfølgingen av mennesker med demens og deres pårørende. Det er gjennomført et utviklingsarbeid blant annet i hjemmetjenesten som har gitt noe positiv effekt i oppfølgingen av demenssyke. Utfordringen også her er økt kompetanse om demens i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, og at en deler kompetanse med hverandre. Organisering i demensarbeidslag har medført bedre oppfølging etter hvert, men at det fortsatt er utfordringer når det gjelder kapasitet i hjemmetjenesten, det å opparbeide gode relasjoner med den demenssyke og dens pårørende samt å ha systemer for god oppfølging og støtte.

«Får ikke avlastning når jeg trenger det – fikk høre at vårplanen var lagt!»

«Pårørende må kunne slappe av – aldri vært så sliten!» - om opplevelsen av utrygghet rundt det om avlastningstilbudet var godt nok.

«Vil ikke sitte der og henge med nebbet!» - bruker sin opplevelse av mangel på individuell tilrettelagt aktivitet når en er på avlastning.

Støtte og avlastning for pårørende til personer med demens er svært viktig for å kunne leve et normalt liv. Avlastningstilbudene til pårørende oppleves ikke fleksible nok, og de kan føle utrygghet om en med demens blir godt nok ivaretatt når de har avlastning.

«Vi forventet ikke å møte skreddersøm, men vi forventet faktisk å møte en skredder» - om individuell tilpasning og personorientering for unge personer med demens.

Individuell tilpasning, fleksibilitet og brukermedvirkning er viktig for personer med demenssykdom og deres pårørende. Tjenestene bør derfor vektlegge en personsentrert omsorg, der en tar hensyn til behovene hos hver enkelt gjennom å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?»

3. Kunnskapsgrunnlaget og forholdet til andre planer

3.1 Aktuelle lover

Kommunens helse- og omsorgstjeneste er berørt av en rekke lovverk, stortingsmeldinger, planer, retningslinjer og strategier på nasjonalt nivå.

De viktigste lovene relevant for denne utredningen er:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov om pasient- og brukerrettigheter
- Lov om folkehelsearbeid
- Lov om helsepersonell
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

I juni 2019 har et offentlig utvalg avgitt en utredning der det foreslås en felles tvangsbegrensningslov for helse- og omsorgstjenesteloven som skal erstatte de ulike lovbestemmelser som finnes i dag.

3.2 Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste

Stortingsmelding nr 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste ble lagt fram i mai 2015. Det er i meldingen pekt på disse utfordringene:

- Kvaliteten i tjenestene.
- Tjenestene oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte. Det er for lite koordinering mellom tjenestene.
- Det er for lite brukerinvolvering.
- Fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)

Gjennom samlokalisering og teamorganisering, økt kompetanse, fokus på ledelse og satsing på velferdsteknologi ønsker regjeringen en helhetlig, nær og koordinert tjeneste – og dermed *skape pasientens helsetjeneste*. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)

Stortingsmeldingen er fulgt opp gjennom ulike prosjekter og tiltak, blant annet forsøksordning med primærhelseteam, tilskudd til psykologkompetanse i kommunene og midler til kompetansebygging gjennom kompetanseløftet.

3.3 Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet

Reformen Leve hele livet består av 25 konkrete og utprøvde løsninger på områder vi vet at det for ofte svikter i tilbudet til eldre i dag. Reformen bygger på hva ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere og ledere har sett fungerer i praksis. Hva som løfter kvaliteten på tjenestene og bidrar til trygg, verdig alderdom. Tidligere reformer har ofte handlet om systemer, men Leve hele livet handler om mennesker. Det som er viktigst i livet – fellesskap, aktivitet, god mat og helsehjelp. Reformen skal bidra til:

- Flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at det i større grad mestrer eget liv samtidig som de får den helsehjelpen de trenger.

- Pårørende som ikke blir utslitt, og som kan ha en jevn innsats for sine nærmeste.
- Ansatte som opplever at de har et godt arbeidsmiljø, der de får brukt sin kompetanse og gjort en faglig god jobb.

Målgruppen for reformen er eldre over 65 år, og det løftes fram fem innsatsområder:

1. Et aldersvennlig Norge
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltider
4. Helsehjelp
5. Sammenheng i tjenestene.

Innsatsområdene skal løftes fram hver for seg og sammen, og oppsummeres i noen hovedtema som til sammen vil gi eldre og deres pårørende økt glede, livskvalitet og trygghet i hverdagen. Tiltak og løsninger innenfor hovedtemaene skal gi økt valgfrihet, større matglede, fokus på spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i det å skape de eldres helse- og omsorgstjeneste, pårørendeomsorg og alternative arbeidsordninger.

Reformen skal gjennomføres i 4 faser fra 2019 til 2023.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2018)

3.4 NOU 2018-16 Det viktigste først – prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Utvalget som ble oppnevnt 5. april 2017, fikk i oppdrag å foreslå prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Utredningen ble lagt fram 13. desember 2018 og inneholder vurderinger av prioriteringsutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den offentlig finansierte tannhelsetjenesten, samt anbefalinger om prinsipper for prioritering og virkemidler for å understøtte prioriteringsprinsippene.

Utvalget har sett på om kriteriene som i dag gjelder for prioriteringer i spesialisthelsetjenesten er anvendbare for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse kriteriene er nytte, ressurs og alvorlighet og utvalget mener disse også er egnet for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Men i tillegg er det pekt på at kommunene har et ansvar for at befolkningen skal kunne leve med sin tilstand, og at *mestring* vil ha betydning for livskvaliteten til den enkelte. Nytt og alvorlighetskriteriet er derfor supplert slik at den fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring.

For å bidra til at beslutninger om prioritering bygger på de foreslåtte kriteriene foreslår utvalget et sett med virkemidler

(Norges offentlige utredninger , 2018)

3.5 Nasjonal demensplan 2020

Nasjonale demensplan 2020 er en oppfølging av Demensplan 2015, og har en planperiode som går fra 2016 til 2020.

Regjeringens overordnede mål er å skape brukerens og pasientens helse- og omsorgstjeneste. Da må brukernes egendefinerte behov stå i fokus ved utvikling av tjenestene. Gjennom arbeidet med demensplan 2020 har pasienter og deres pårørende gitt regjeringen klare meldinger om forhold som må gjøres noe med, og dette er et viktig grunnlag for strategiske grep og tiltak som ligger i planen.

Det overordnede målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Dette krever større åpenhet og økt kunnskap om demens i samfunnet generelt og i helse- og omsorgstjenestene spesielt.

Demensplan 2020 foreslår følgende seks strategiske grep med tilhørende tiltak:

- 1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse**
- 2. Forebygging**
- 3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose**
- 4. Aktivitet, mestring og avlastning**
- 5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud**
- 6. Forskning, kunnskap og kompetanse**

(Helse- og omsorgsdepartementet , 2015)

Anbefalte tiltak i Demensplan er beskrevet nærmere under handlingsdelen i kapittel 4.

3.6 Nasjonal faglig retningslinje på demens

Nasjonal faglig retningslinje om demens kom i 2017. Retningslinjen omhandler de vanligste demenssykdommene, slik som Alzheimers demens, vaskulær demens, blandet Alzheimers demens og vaskulær demens, demens med Lewylegemer, demens ved Parkinsons sykdom og frontotemporal demens. Anbefalingene som gis, kan allikevel med fordel anvendes på mer sjeldne demenssykdommer. Uansett må alltid en individuell vurdering gjøres. Anbefalingene er i retningslinjen gradert sterk, svak og ikke gradert.

Målgruppene for retningslinjen er tjenesteytere innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste som har ansvar for utredning/diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Andre aktuelle målgrupper er ledere, politikere og beslutningstagere som har ansvar for å dimensjonere og organisere demensomsorgen.

En har i denne planen gjengitt de nasjonale og sterke anbefalinger som er relevante i forhold til mål og tiltak i handlingsdelen, men hele retningslinjen er til bruk for alle som er involvert i demensomsorgen. For nærmere bakgrunnsinformasjon og begrunnelse for de ulike anbefalinger, henvises det til retningslinjen på Helsedirektoratet sine nettsider.

(Helsedirektoratet, 2017)

Det er gitt blant annet slike faglige anbefalinger:

Organisering – utredning – oppfølging ved demens:

- ◇ Personsentrert omsorg og behandling ved demens:

Virksomheten skal legge til rette for at helse - og omsorgstjenester som ytes, er personsentrerte.

Dette innebærer at det er etablert rutiner for:

- for opplæring og kompetanseutvikling til alle ansatte innen personsentrert omsorg og behandling.
- for regelmessig evaluering av kvaliteten på tjenestene, og at forbedringer foretas systematisk.
- som sikrer at ansatte har kompetanse og støttes i sin utøvelse av personsentrert omsorg og behandling.

◇ Etablering av tverrfaglige team og koordinator:

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal være helhetlige og koordinerte, dette gjelder også for personer med demens. Lege har et hovedansvar for å sikre utredning og medisinsk oppfølging. I tillegg kan kommunen organisere deler av tjenestene som tverrfaglig team / koordinator som bistår lege i utredning og legger til rette for at oppfølging i hjemmet tilbys etter demensdiagnose er satt.

◇ Basal demensutredning – fastlege:

Basal utredning ved mistanke om demens bør vanligvis utføres av pasientens fastlege. Utredningen bør foregå i samarbeid med personell fra helse- og omsorgstjenesten, gjerne tverrfaglig team / -koordinator, med kompetanse om demens.

Basal utredning foreslås utført i to konsultasjoner:

- *første konsultasjon: 20 minutter hvor det utføres somatisk undersøkelse.*
- *andre konsultasjon: 2 x 20 minutter for samtale og testing av pasient og samtale med pårørende.*

◇ Bruk av kognitive tester i demensutredningen:

Kognitiv utredning bør gjennomføres av utredende lege både gjennom samtale med pasient og ved bruk av anbefalte kognitive tester som norsk revidert Mini Mental Status Evaluering og norsk revidert Klokketest.

◇ Vurdering av atferdsmessige og psykologiske symptomer i demensutredningen:

Pasientens psykiske status bør vurderes både gjennom samtale med pasient og pårørende, forutsatt samtykke fra pasient, samt ved bruk av kartleggingsverktøy.

◇ Oppfølging av fastlege etter demensutredning:

Fastlegen bør følge opp pasienten med demenssykdom minst hver 6.-12. måned, og oftere ved behov. Det kan være hensiktsmessig at en pårørende, tverrfaglig team / koordinator eller en fast kontakt i hjemmetjenesten er med ved konsultasjoner dersom pasienten ønsker det.

◇ Tverrfaglig team / koordinator og hjemmebaserte tjenester:

Ved mistanke om demens kan det være hensiktsmessig at tverrfaglig team / koordinator gjennomfører kartlegging av henholdsvis pasient og pårørende, i samråd med fastlege. Kartleggingen kan omfatte vurdering av funksjonsnivå (global, kognitiv, ADL, og/eller atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens) samt sikkerhet i bolig og pårørendes belastning.

Tverrfaglig team / koordinator bør ha hovedansvar for oppfølging i hjemmet for personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt, uavhengig av om pasienten mottar

hjemmetjenester eller ei. Der personen med demens mottar hjemmetjenester, bør det etableres samarbeid mellom tverrfaglig team / koordinator og hjemmetjenesten.

◇ Sykehjem, basal demensutredning:

Ved mistanke om demens hos en sykehjemsbeboer er det sykehjemslege, i samarbeid med annet helse- og omsorgspersonell ved sykehjemmet, som skal foreta utredningen. Det bør samles inn informasjon fra beboeren og eventuelt pårørende. Informasjon om pasientens helsetilstand før innleggelsen i sykehjemmet, via journaler og epikriser, skal inngå i dette.

◇ Spesialisthelsetjenesten, basal utredning og oppfølging ved demens:

Aktuell spesialisthelsetjeneste bør utrede personer med mistanke om demens i utvalgte grupper av pasienter

Grupper med særlige behov:

- ◇ *Personer med minoritetsbakgrunn med mistanke om demens bør utredes i spesialisthelsetjenesten når språk, utdanningsnivå og/eller eventuelt kultur er en barriere i utredningen.*
- ◇ *Yngre personer med mistanke om demens bør som hovedregel utredes i spesialisthelsetjenesten.*
- ◇ *Personer med utviklingshemning med mistanke om demens bør som hovedregel utredes i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis i habiliteringstjenesten.*

Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens:

◇ Fysisk aktivitet ved demens:

Virksomheten skal motivere og legge til rette for at personer med demens kan være fysisk aktive hver dag.

◇ Psykososiale tiltak og aktiviteter:

Virksomheten skal legge til rette for psykososiale aktiviteter som tar utgangspunkt i personen med demens sine egne interesser, preferanser og funksjonsnivå. Aktivitetene formuleres i personens tiltaksplan, som evalueres og tilpasses regelmessig.

◇ Miljømessige/psykososiale tiltak ved atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens:

Virksomheten skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Legemiddelbehandling bør først forsøkes ved alvorlig symptombelastning der psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig, eller dersom det foreligger en akutt risiko for skade, se anbefaling om legemiddelbehandling ved APSD.

◇ Dagaktivitetstilbud ved demens:

Kommunen bør tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til personer med demens. (Det presiseres at dette blir lovfestet som tjeneste i Helse- og omsorgstjenesteloven fra 2020) Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både sosiale, kognitive og fysiske stimulerende aktiviteter.

◇ Psykologisk behandling ved depresjon/angst:

Det foreslås at virksomheten legger til rette for at personer med demens og depresjon/angst gis tilbud om psykologisk behandling.

Ernæring og oral helse:

- ◇ Virksomheten skal vurdere risiko for underernæring og/eller feilernæring hos personer med demens.
- ◇ Virksomheten skal tilby individuelt tilrettelagt hjelp til munn- og tannstell til personer med demens.

Velferdsteknologi ved demens:

- ◇ Kommunen bør vurdere om velferdsteknologi kan tilrettelegges for at personer med demens kan mestre sin egen livssituasjon med sykdom og redusert helse slik at de kan bo lenger hjemme. Velferdsteknologi bør også vurderes i situasjoner hvor pårørende og omsorgspersoner har behov for avlastning.

Botilbud ved demens:

- ◇ Kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens med behov for heldøgns omsorgstjenester, får tilpassede fysiske omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudet skal ivareta behovet for trygghet og i størst mulig grad autonomi og selvstendighet i dagliglivets aktiviteter. Botilbudene skal også legges til rette for pårørendes besøk og deltakelse.

Pårørende til personer med demens:

- ◇ Det er primært kommunen som har ansvaret for oppfølging av pårørende til personer med demens. For pårørende til personer med demens som utredes i spesialisthelsetjenesten, bør den aktuelle spesialisthelsetjenesten tilby tilpasset oppfølging til disse, eventuelt avtale med primærhelsetjenesten om oppfølging der.

Lindrende behandling til personer til mennesker med demens

- ◇ Virksomheten skal legge til rette for at personer med demens tilbys tilpasset lindrende behandling, pleie og omsorg gjennom hele sykdomsforløpet.
- ◇ Personer med atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, eller andre symptomer på ubehag/utilpasshet bør vurderes for smerte.
- ◇ Avgjørelsen om at potensielt livsforlengende behandling skal opphøre tas av behandlende lege. Avgjørelsen bør skje i samråd med annet helse- og omsorgspersonell som kjenner pasienten, og om mulig etter samtale med pasient og/eller pårørende. Behandlingen skal deretter rettes mot pasientens pleiebehov, lindring av smerte og andre plager, samt behov for eksistensiell og psykologisk støtte.

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang

- ◇ Behandlende lege er ansvarlig for den endelige legemiddelrekvireringen og beslutningene som fattes om legemiddelbehandling av pasienten.

(Helsedirektoratet, 2017)

Det vises for øvrig til Nasjonal faglig retningslinje på Helsedirektoratets nettsider:

<https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>

3.7 Mestring hele livet. Kommunedelplan helse- og omsorg 2018-2028

Kommunedelplan for helse- og omsorg ble vedtatt i kommunestyret 29. november 2018. Kommunedelplanen har som formål å følge opp føringene fra kommuneplanens samfunnsdel 2014 - 2017 og bidra til å virkeliggjøre helse- og omsorgstjenestenes visjon om «Mestring hele livet». Planen har et ti-års perspektiv og skal revideres hvert fjerde år. Det forventes en befolkningsvekst i Lillehammer kommune de nærmeste årene, og det er grunn til å tro at dette vil medføre et økt behov for tjenester. Kommunen må derfor bruke de neste årene til å bygge en framtidrettet helse- og omsorgstjeneste. Tjenestene må utvikles slik at de kan møte framtidige utfordringer og behov hos innbyggerne på en bærekraftig måte. Planen skal gi retning for helse- omsorgstilbudet fram mot 2028, og være grunnlag for strategiske valg og beslutninger i enkeltsaker.

Det er valgt ut fem fokusområder med tilhørende hovedmål og delmål:

➤ **Forebygging og tidlig innsats**

Hovedmål: **Kommunen forebygger, reduserer eller utsetter behovet for omfattende tjenester.**

Delmål:

- Innbyggere i Lillehammer har god fysisk og psykisk helse.
- Alle innbyggere har egnet bolig.
- At innbyggere opplever at det er trygt å bo i eget hjem – hele livet.
- Utfordringer oppdages og tas tak i før de utvikler seg til problemer.
- Hverdagsmestring er implementert i alle helse- og omsorgstjenester.

➤ **Inkludering**

Hovedmål: **Alle har muligheter for å bidra og delta i fellesskapet.**

Delmål:

- Et inkluderende samfunn basert på gjensidig respekt og solidaritet.
- Frivillige organisasjoner bidrar til sosial inkludering av grupper som faller utenfor
- Færre opplever ensomhet og sosial isolasjon.

➤ **Medvirkning**

Hovedmål: **Beslutninger om tjenester fattes i dialog med den det gjelder.**

Delmål:

- Informerte innbyggere opplever medbestemmelse og innflytelse på sitt eget tjenestetilbud
- Alle som søker om eller mottar kommunale tjenester blir lyttet til med hensyn til hvilke behov de har for tjenester og oppfølging (individnivå.)
- Systematisk brukermedvirkning er etablert i alle deler av Lillehammer kommunes helse-omsorgs- og velferdstjenester.

➤ **Samarbeid**

Hovedmål: **Tjenestene er helhetlige og koordinerte**

Delmål:

- Innbyggerne har tilgang til helhetlige, koordinerte og trygge tjenester.
- Kommunen samarbeider godt med fastleger, sykehus og andre institusjoner til beste for tjenestemottakerne.
- Frivillige organisasjoner og enkeltpersoner er viktige ressurser i det samlede helse-, omsorgs- og velferdstilbudet til befolkningen.
- Samarbeid med pårørende er satt i system, og pårørende opplever at de blir godt ivaretatt.
- Lillehammer-regionen har et godt samarbeid om helse- og omsorgstjenestene.

➤ **Kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse**

Hovedmål: **Tjenestene har god kvalitet**

Delmål:

- Lillehammer kommunes innbyggere skal oppleve helse- og omsorgstjenester som holder et høyt faglig nivå.
- Kommunen beholder kvalifiserte personer i helse- og omsorgstjenestene.
- Kommunen arbeider aktivt for å rekruttere kvalifisert personell.
- Andre yrkesgrupper enn de tradisjonelle etterspørres som ressurser i helse- og omsorgstjenestene.
- Kommunen arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
- Kommunen har ledere som kan formidle og samle ansatte og tjenestene rundt felles mål.

Kommunedelplanen beskriver kommunens utfordringsbilde innenfor helse- og omsorgsfeltet, og dette er lagt til grunn i arbeidet med å utrede en framtidig demensomsorg. (Lillehammer kommune, 2018)

I demensplanens handlingsdel blir de foreslåtte tiltak sett i forhold til kommunedelplanens 5 fokusområder.

3.8 Utvalgte verktøy og metoder i demensomsorg

Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som må implementeres som et verdigrunnlag i alle organisasjoner/tjenester som skal gi omsorg til personer med demens. Det grunnleggende i personsentrert omsorg er å bevare synet på personen med demens som en unik person gjennom hele sykdomsforløpet.

Personsentrert omsorg fokuserer på de grunnleggende psykologiske behovene for tilknytning, trøst, identitet, beskjeftigelse og inklusjon, hvorav alle er nært knyttet til hverandre, og springer ut av det altomfattende behovet for kjærlighet.

Kognitiv svekkelse eller høy alder forringer ikke ens verdi som menneske. Man er fullverdige personer med følelser, relasjoner til andre og med sin særegne livshistorie. Personsentrert omsorg er å ta hensyn til hvordan personen med demens opplever sin situasjon og verden rundt seg. Pleierne skal sette seg inn i hvordan personen med demens opplever det som skjer og ta dette perspektivet med i planleggingen av demensomsorgen.

Personen med demens sin opplevelse av en situasjon er preget av personlighet og vaner, men også av demenssymptomene. Utfordringen er at personen ofte kan ha problemer med å uttrykke sine ønsker og hvordan demenssymptomene gjør hverdagen vanskelig for ham eller henne. I personsentrert omsorg ses all atferd som meningsfull, og atferden forstås som mulig uttrykk udekkede behov, for fysiske plager eller for opplevelser personen ikke lenger er i stand til å sette ord på.

Personsentrert omsorg som teori sier lite om hvordan man i praksis gir omsorg som er personsentrert. Det er utviklet ulike metoder og modeller som kan benyttes for å implementere personsentrert omsorg. I Norge anvendes særlig VIPS praksismodell (VPM), TID, Dementia Care Mapping, Strukturert miljøbehandling og Marthe Meo metoden.

VIPS praksismodell (VPM)

Alle sidene av personsentrert omsorg blir i VIPS rammeverket (Brokker, 2007), oppsummert i 4 elementer, hvor hver bokstav har sin spesielle mening:

V - alle mennesker har samme verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon

I - omsorgen er individuelt tilrettelagt – spørsmålet «Hva er viktig for deg?»

P - å ta perspektivet til personen med demens, se verden slik personen med demens ser den

S - et støttende sosialt nettverk

VIPS praksismodell bygger direkte på VIPS rammeverket, og er en modell for implementering av personsentrert omsorg der pleierne som er nærmest pasienten har sentrale rolle. Navet i VPM er ukentlige fagmøter med fast struktur, der primærkontakten tar opp enkeltsituasjoner. Disse enkeltsituasjonene analyseres og diskuteres, med utgangspunkt i hvordan personen med demens ser ut til å oppleve situasjonen. Målet er å komme frem til hva pleierne kan gjøre for at personen med demens skal oppleve dagene som gode og meningsfulle.

Strukturert miljøbehandling

Er en praktisk modell som med struktur og fleksibilitet ivaretar pasientens medbestemmelsesrett og personalets innflytelse. Modellen egner seg både ved innføring av ny praksis for implementering av personsentrert omsorg, og der praksis skal videreutvikles gjennom strukturering av tiltak. Planverktøyene i Strukturert miljøbehandling sikrer gode rammer med rom for fleksibilitet ut fra pasientens behov og ressurser i miljøet (Aldring og Helse, 2019)

TID-modellen

TID modellen (tverrfaglig intervensjonsmodell ved utagerende atferd ved demens) er systematisk verktøy som personalet i tjenestene sammen med lege anvender for å utrede og behandle atferdsmessige- og psykologiske symptomer hos personer med demens eller andre komplekse tilstander. Symptomene kalles også nevropsykiatriske symptomer og noen ganger utfordrende

atferd. Modellen bygger på prinsipper og struktur fra kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg.

Gjennomføringen består av tre faser og fasene kan overlape hverandre. Når en pasient utviser symptomer eller atferd som oppleves som utfordrende, starter utredning- og registreringsfasen som kan vare fra noen dager til 3-4 uker. Deretter gjennomføres ett eller flere refleksjons- og veiledningsmøter. Denne fasen går over i en tiltaks- og evalueringsfase der tiltakene fra fase 2 testes ut i praksis og evalueres. En vil i refleksjons- og veiledningsfasen ha fastsatt tidspunkt for evaluering og på hvilken måte evalueringen skal gjennomføres.

Modellen egner seg for pasienter som grunnet atferdsmessige eller psykologiske symptomer gir store utfordringer for seg selv, pårørende, andre pasienter eller for personalet. Den brukes vanligvis der en opplever stor grad av agitasjon, aggresjon eller psykotiske symptomer, eller der personalet opplever å komme til kort med tiltak i det daglige.

Modellen kan brukes både for pasienter innlagt i sykehjem og for hjemmeboende med demens.

(Bjørn, Ann-Marit, & Irene, 2015)

Modellen er tatt i bruk i hjemmetjenesten og ved Lillehammer Helsehus.

Tiltakspakke demens

Tiltakspakke demens er en systematisk og tett oppfølgingsmodell for hjemmeboende personer med demenssykdom og deres pårørende, og bygger på prinsippene fra personsentrert omsorg. Den sikrer at personer med demens og deres pårørende opplever trygghet og støtte i hverdagen. Modellen innebærer at kommunen oppretter en primærkontakt, som har månedlige møter med personen med demens og deres pårørende. Ved hvert besøk går man gjennom definerte områder med betydning for helse og demensforløp, og informerer fastlegen om status. Målet med regelmessig kontakt og oppfølging er at personer med demens skal ha det best mulig i eget hjem, og tett systematisk oppfølging kan hindre sykehusinnleggelse samt å utsette at personen må flytte på sykehjem.

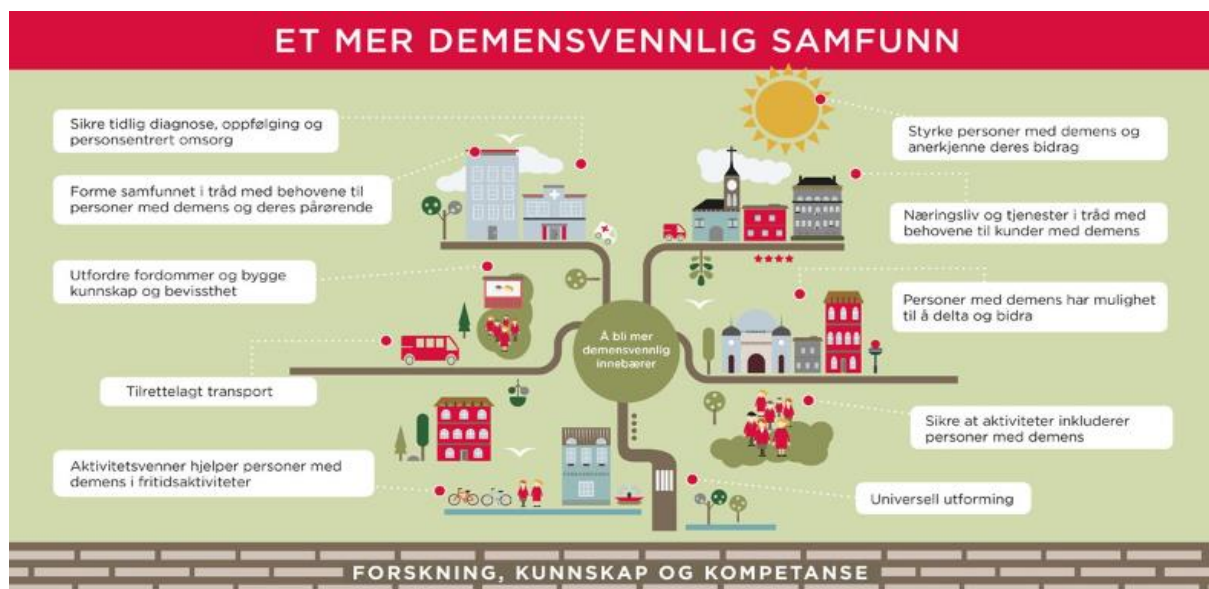
I en evalueringsrapport fra 7 syv kommuner som har prøvd ut tiltakspakke demens vises det til gode resultater: flere personer med demens fikk innvilget tjenester fra kommunen, flere fikk dagaktivitetstilbud og flere fikk ulike hjelpemidler i eget hjem. Samtidig var det gode tilbakemeldinger fra pårørende.

Hovedprinsippene er videreført i Demensomsorgens ABC, og erfaringer fra prosjektet tas med i Helsedirektoratets satsing på systematisk oppfølging etter diagnose, som et ledd i Demensplan 2020.

(Nærdal, 2018)

4. Handlingsdel

Det overordnede målet for kommunens demensomsorg som er i tråd med Nasjonalforeningen for folkehelse sin satsing på demensvennlig samfunn:



Figur 5 (Aldring og Helse , 2018)

Lillehammer kommune har inngått samarbeidsavtale med Nasjonalforeningen for folkehelsen og lokal demensforening, der en gjennom ulike tiltak og satsinger skal bli et demensvennlig samfunn.

Lillehammer kommune sine hovedsatsinger i demensomsorgen:



Disse hovedsatsingene sier noe om hva innbyggere med demens kan forvente av hele Lillehammersamfunnet og det kommunale tjenesteapparatet. De overordnede mål for demensomsorgen tydeliggjøres både i forhold til det å skape et demensvennligsamfunn som er åpent, inkluderende og forebyggende samt hvilke områder som er viktig å ha fokus på når kommunen planlegger og utfører sine tjenester til innbyggere med demenssykdom. I hovedsatsingene vektlegges også pårørendes situasjon og behovene de har for god støtte, veiledning av avlastning.

De ulike hovedsatsingene vil gå parallelt i et sykdomsforløp, der en person med demenssykdom og dennes pårørende vil ha behov for f.eks. avlastning og støtte både tidlig og sent i forløpet.

4.1 Åpent, inkluderende og forebyggende

Fra Nasjonal demensplan 2020:

MÅL:

Legge til rette for gode levekår og en sunn livsstil.

Personer med demens og deres pårørende skal involveres i beslutninger som angår dem og ha innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud.

Øke kunnskapen og kompetansen om demens blant ansatte i tjenestene og i samfunnet forøvrig, og bidra til mer forskning.

Demensplan 2020 fastslår at et mer demensvennlig samfunn er et bedre samfunn for alle. Det handler om å bygge ned barrierer i de fysiske og sosiale omgivelsene for å sikre fortsatt deltakelse og likestilling. Personer med demens har, som alle andre, både behov for og rett til å delta i ulike fellesskap. Mange lever med demens i mange år og enkelte får demens i ung alder mens de ennå har forsørgeransvar og er i arbeid. Derfor er demens noe som angår hele samfunnet, og som også arbeidslivet må ha kunnskap om og forholde seg til. Å skape et demensvennlig samfunn er et tverrsektorielt ansvar, og livet for den enkelte innbygger leves ikke i en helsetjeneste. Derfor er det viktig bevare, reetablere og etablere nettverk, samt å frigjøre ressurser utenfor de kommunale tjenestene. Det handler om samskaping og samspill mellom den enkelte innbygger, nettverket, frivillige og lokalsamfunnets ressurser for øvrig.

I tillegg er det fortsatt viktig å drive holdningsskapende arbeid og informasjonsarbeid om demens, både eksternt til kommunens innbyggere, næringsliv, frivillig sektor og internt til kommunens og sektorens ansatte. Det er et mål at kommunen også kan bidra med kompetanseoverføring til andre kommuner i regionen.

Åpent, inkluderende og forebyggende	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
«Det som er bra for hjertet er bra for hjernen» - Innbyggere i Lillehammer har god fysisk og psykisk helse. <i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde forebygging og tidlig innsats omtalt på side 18.</i>	<ul style="list-style-type: none">• Etablere og videreutvikle gode folkehelseiltak innenfor blant annet ernæring, fallforebygging, fysisk aktivitet, sosial og kognitiv trening og det å forebygge ensomhet og depresjon.• Fortsatt satsing på forebyggende hjemmebesøk til kommunens eldre, der informasjon om hukommelse og demens inngår.• Helseinfo team skal gi god informasjon om demens til kommunens eldre, og informere om aktuelle velferdsteknologisk hjelpemidler.• Tiltak for å bryte opp sammenhengen mellom fall- ensomhet-kognitiv svikt.• Videreutvikle og etablere nye lavterskeltiltak som kan gi forebyggende effekt, f.eks. treningstilbud med

	<p>styrke/balansetrening, sosialt samvær og møteplasser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det etableres et godt samarbeid med Frisklivsentralen for utvikling og samordning av gode folkehelseiltak.
<p>Lillehammer er et demensvennlig samfunn der alle har mulighet til å delta. <i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde inkludering omtalt på side 18.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meierigården videreutvikles som kommunens ressurscenter for informasjon og holdningsskapende arbeid om hvordan skape et demensvennlig samfunn. • Meierigården får ansvaret for å videreutvikle samarbeidet med Lillehammer demensforening, der det fortsatt gjennomføres pårørendeskole og samtalegrupper. • Meierigården sammen med de øvrige tjenester legger til rette for å bevare, etablere og re-etablere nettverk for personer med demenssykdom. • Videreutvikle et godt samarbeid med frivillige lag og organisasjoner som kan bidra inn i demensomsorgen. • Rekruttere og skolere aktivitetsvenner, ledsagere og andre frivillige som kan bidra i bygging av nettverk rundt personer med demens. • Utvikle frivillige gruppetilbud for personer med demens. • Meierigården prioriterer å utvikle et godt samarbeid med aktiv omsorg og andre tjenesteområder om aktivitetstilbud og bruk av frivillige. • Kommunen gir informasjon, opplæring og bistand til koordinering av frivillig innsats overfor personer med demens. • Gjennom fagnettverk bidra til økt kompetanse på områder innen demensomsorg i kommuner i Sør-Gudbrandsdal.
<p>«Ingen beslutning om meg uten meg» <i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde medvirkning omtalt på side 18.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide, gjennomgå og sikre gode rutiner for brukermedvirkning og godt samarbeid med pårørende, slik at det oppleves inkludering når tjenester iverksettes og endres • Ha rutiner for jevnlig pårørendesamtaler i alle tjenestene. • Ta i bruk muligheter som ligger i Digital bruker til god samhandling mellom innbygger, pårørende, frivillige og nettverk.

	<ul style="list-style-type: none"> • Individuell plan kan ved behov og etter ønske tilbys personer med demenssykdom.
Lillehammer kommune har tilgjengelig og god informasjon om demens.	<ul style="list-style-type: none"> • Oppdatere og utvikle kommunens nettside som informasjonskanal om demens både for innbyggere, fastleger og andre samarbeidspartnere. • Hukommelsesteam blir etablert som et fast kontaktpunkt for innbyggere som opplever utfordringer med kognitiv svikt. • Tildelingsenheten skal i samarbeid med hukommelsesteamet etablere rutiner for informasjon om kommunens tjenester, prosess rundt saksbehandling og andre relevante tema.
Det er god oppfølging i lavterskeltak.	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide rutiner for dokumentasjon rundt ulike lavterskeltak, slik at lovkrav er oppfylt.

4.2 Avdekke, kartlegge og koordinere

Fra nasjonal demensplan 2020:

MÅL:

Den enkelte skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens, og få god oppfølging etter diagnose.

Regjeringen vil derfor:

- *Utvikle og prøve ut modeller for oppfølging etter diagnose og involvere personer med demens og deres pårørende i dette arbeidet.*
- *Utvikle og implementere nasjonal faglig retningslinje om demens.*
- *At personer med demens tilbys koordinator og individuell plan.*

Både Demensplan 2020 og nasjonal faglig retningslinje på demens vektlegger betydningen av diagnose til rett tid. Diagnostisering er avgjørende for at personer både med og uten demens får riktig behandling og oppfølging. Den enkelte bruker skal være sikret utredning og diagnose ved mistanke om demens, og nasjonal retningslinje har sterke anbefalinger både ift kartlegging av funksjonsnivå, bruk av kognitive tester og vurdering av sikkerhet i bolig og pårørendes belastning.

Det anbefales oppfølging av både fastlege og hukommelsesteam etter demensutredning og diagnose, og oppfølgingen bør skje hver 6-12 måned og oftere ved behov. Det tverrfaglige hukommelsesteamet bør ha hovedansvaret for oppfølging i hjemmet for personer med demens og deres pårørende etter at diagnosen er stilt. Om personen mottar hjemmetjenester i tillegg, bør det etableres et samarbeid mellom tverrfaglig demensteam/koordinator og hjemmetjenesten. Retningslinjen har også sterke anbefalinger rundt bruk av miljømessige/psykososiale tiltak ved atferdsmessige og psykologiske symptomer, ernæring og oral helse og bruk av velferdsteknologi.

Det brukes i noen kommuner *tiltaksplan demens* som systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Aldring og Helse har utarbeidet en evalueringsrapport fra syv kommuner, og tiltaksplanen er en måte som anbefales for å sørge for god oppfølging.

Det er et lite mindretall som får demenssykdom før fylte 60 år. Men sjøl om det gjelder et lite antall, vil yngre med demenssykdom ha andre og mer spesielle utfordringer enn de over 60 år. Yngre personer som får demenssykdom kan være yrkesaktive og for eksempel ha barn i barnehage- og skolealder. Det er for disse viktig med individuell tilpassing og god oppfølging og koordinering for å imøtekomme behovene disse har.

Avdekke, kartlegge og koordinere	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
<p>Ved mistanke om demens er innbyggere sikret utredning og diagnostisering. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 15 og 16.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide lokal retningslinje mellom fastleger og hukommelsesteam om utredning og diagnostisering av demens. • Kommunen skal arbeide for god kvalitet i kommunens fastlegeordning som sikrer god oppfølging av personer med demenssykdom. • Videreutvikle det tverrfaglige hukommelsesteamet som skal ha oppgaver i kartlegging og oppfølging av personer med demens. • Når fastlegen ber om det, skal hukommelsesteamet delta i alle utredninger på demenssykdom hos hjemmeboende. • Ved mistanke om kognitiv svikt hos hjemmeboende med tjenester skal fastlegen involveres i henhold til kommunens retningslinjer for demensutredning. • Hukommelsesteamet kan delta i utredning på beboere på sykehjem, når tilsynslege ber om det. • For nye beboere på langtidsopphold må det gjøres utredning/kartlegging ved mistanke om kognitiv svikt. • I henhold til nasjonal faglig retningslinje bør yngre personer og psykisk utviklingshemmede med mistanke om demenssykdom som hovedregel henvises til spesialisthelsetjenesten for utredning. • I henhold til nasjonal faglig retningslinje bør personer med minoritetsbakgrunn med mistanke om demenssykdom utredes i spesialisthelsetjenesten når

	<p>språk, utdanningsnivå og/eller kultur er en barriere i utredningen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hukommelsesteam styrkes i første omgang med 1 årsverk. Årsverket fordeles på 4 x25 % stilling som demenskontakter i hjemmetjenesten. Funksjonen utlyses internt. • Hukommelsesteamet styrkes med ytterligere ett årsverk, og det vurderes om ressurs fra hjemmetjenesten skal økes utover i planperioden. • Demenskoordinator er faglig leder av teamet, og skal ha oppgaver rundt utarbeidelse av rutiner/retningslinjer og drive veiledning og undervisning om demenssykdom. • Hukommelsesteamet samles organisatorisk under Tjenesteområde tildeling for helse- og sosialtjenester. • Hukommelsesteamet sammen med tjenesteområdene utarbeider en oversikt over de verktøy, tester og skjemaer som kan brukes i utredning, kartlegging og oppfølging av personer med demenssykdom.
<p>Etter diagnose får innbyggere god oppfølging. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 15 og 16.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det utarbeides lokal retningslinje om oppgaver og ansvar i oppfølging av hjemmeboende personer med demenssykdom. • Det utarbeides lokal retningslinje med kommunens fastleger ift oppfølging etter diagnose. • Hukommelsesteamet har ansvaret for system for koordinering og samordning, og utarbeider og følger opp innhold i tiltakspakke demens. • Det innføres tiltakspakke demens som system for oppfølging. Umiddelbart etter at diagnosen er satt, får en person med demenssykdom opprettet primærkontakt fra hjemmetjenesten. • Fagkonsulent(er) fra Tildelingsenheten skal inngå som fast medlem i hukommelsesteamet. • Hukommelsesteamet skal ha tilknyttet lege for systematisk veiledning og prioritering i arbeidet. • Det etableres et nettverk av hukommelsesteam og demenskontakter i tjenestene som

	<p>samarbeider om oppfølging av personer med demenssykdom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved diagnostisering av demens med samtidig behov for tjenester utarbeider hukommelsesteam tiltaksplan i samarbeid med oppnevnt primærkontakt. • Hukommelsesteamet har oversikt på at det gjennomføres halvårlig eller årlig oppfølging av personer med demenssykdom. Hukommelsesteamet kan delta i oppfølging sammen med primærkontakt/tjeneste. I halvårlig og årlig oppfølging inngår også revurdering og eventuell endring av tiltaksplaner. • Utvikle og styrke samarbeidet mellom fastlegene og hjemmesykepleie. • Hukommelsesteam har et særlig ansvar for å følge opp, og bidra til at det utarbeides individuelt tilrettelagte tilbud og tjenester for yngre personer med demens.
<p>Innbyggerne skal få informasjon og tilbud om velferdsteknologi for å gi økt frihet og trygghet. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 17.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hukommelsesteamet skal sørge for god informasjon om og bruk av velferdsteknologi ved kartlegging og planlegging av tjenester til personer med demens.

4.3 Ivareta og utsette

Fra nasjonal demensplan 2020:

MÅL:

Personer med demens skal oppleve at de er sett og godt ivaretatt. Personer med demens skal ha tilrettelagte boforhold og omgivelser, og et tilpasset tjenestetilbud.

Regjeringen vil derfor:

- *Utvikle og prøve ut modeller for hjemmetjenestetilbudet for personer med demens.*
- *Bygge og modernisere sykehjem og heldøgns omsorgsboliger, slik at de er tilpasset og tilrettelagt for personer med demens.*
- *Styrke det medisinske og helsefaglige tilbudet til personer med demens.*
- *Bedre tilbudet til personer med demens på slutten av livet.*

Demensplan 2020 vektlegger at gode tjenester til mennesker med demens er individuelt tilpasset den enkelte og fasen av sykdommen den enkelte befinner seg i. Behandling må bygges opp rundt pasientens egne ressurser og funksjonsevne, og tilrettelegge miljø og tjenester slik at det gir størst mulig grad av egen mestring. Det er behov for å innrette tjenestene både organisatorisk, fysisk og innholdsmessig slik at de kan håndtere både atferdsmessige og psykiske symptomer og kroppslige

funksjonsendringer. Demensplan 2020 kommer med anbefalinger rundt å styrke hjemmetjenesten slik at personer med demens kan få bo lengst mulig i eget hjem, der tjenestene bidrar til økt kontinuitet, trygghet og forutsigbarhet. Det anbefales også fysisk tilrettelegging av bomiljøer der små og oversiktlige botilbud er vurdert som gunstig for personer med demens.

Nasjonal faglig retningslinje vektlegger personsentrert omsorg og at et tverrfaglig team har ansvaret for oppfølging og koordinering under hele sykdomsforløpet, uavhengig om personen mottar hjemmetjenester eller ikke. Det bør etableres samarbeid mellom tverrfaglig hukommelsesteam og hjemmetjenesten.

Velferdsteknologi er viktig for den enkeltes mestringsevne, og ulike velferdsteknologiske løsninger bær tas i bruk slik at en kan bo hjemme så lenge som mulig, og at dette må vurderes i en tidlig fase av sykdomsforløpet.

Ivareta og utsette	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
<p>Det er høy kompetanse og høy faglig kvalitet i tjenestene for personer med demens. <i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse omtalt på side 19.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • En skal styrke det medisinske og helsefaglige tilbudet til personer med demens gjennom relevante kompetansetiltak og rekruttering av helsepersonell med kompetanse på demens. • Kompetansetiltak på demens skal være i tråd med demensplanens satsingsområder.
<p>Innbyggere med demens og deres pårørende opplever trygghet med å bo i eget hjem – der det er tett dialog mellom bruker, pårørende og en koordinert tjeneste. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 16, og kommunedelplanens fokusområde kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse omtalt på side 19.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hukommelsesteamet får ansvar for koordinerende tiltak for en bedre samhandling mellom de ulike tjenester og tilbud, og det etableres en felles ukentlig møtearena for dette. • I forbindelse med igangsatt arbeid med videreutvikling av hjemmetjenesten skal det vurderes en organisering som gir god balanse mellom behov for funksjonsinndeling og kommunens geografi. • Organiseringen av hjemmetjenesten skal legge til rette slik at bruker får færrest mulig ansatte å forholde seg til. • Hjemmetjenesten skal organiseres slik at mindre grupper/arbeidslag av ansatte har ansvaret for mindre grupper av brukere med demenssykdom – med mål om gode relasjoner, stor grad av tillit og godt samarbeid med bruker og pårørende. Dette legges til grunn for videreutvikling av hjemmetjenesten. • Tiltakspakke demens innføres som system for oppfølging av

	<p>hjemmetjenesten etter at en person har fått diagnosen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjemmetjenesten tar i bruk VIPS modellen for systematisk oppfølging av personer med demens.
<p>Tjenestene legger til rette for personsentrert omsorg. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 14 og 15.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Meierigården utvikles som kunnskapsbank på personsentrert omsorg, der en i samarbeid med andre tjenesteområder legger til rette for kompetansedeling og faglig utvikling innen området. • Det innføres hospiteringsordning mellom de ulike tjenestene i demensomsorgen, der målet er å dele kunnskap og erfaring med hverandre. • Det etableres rutiner for regelmessig evaluering av kvaliteten på tjenestene, og at forbedringer foretas systematisk. • Vurdere å bruke TID-modellen for å utrede og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens.
<p>Under opphold på sykehjem kan innbyggerne få vurdert funksjonsnivå og helsetilstand. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 16 og 17.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det etableres egne korttidsplasser for personer med demens innen 2022. • Under korttids-/vurderingsopphold kan det gjennomføres kartlegging, somatisk undersøkelse og ernæringscreening av personer med demens.
<p>Det er god samhandling mellom kommunens tjenester. <i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde samarbeid omtalt på side 19.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det skal innen 1 halvår 2020 sees på kommunens journalsystem med mål om å bedre samhandling og informasjonsflyt mellom de ulike tjenester. • Det skal etableres gode rutiner for overganger mellom tjenestene, f.eks. når en person med demenssykdom får behov for institusjonsplass, eller skal tilbake til eget hjem. Hukommelsesteamet sammen med aktuelle tjenester har ansvaret for koordinering og samordning i overgangene.
<p>Sektoren har fokus på lederutvikling. <i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse omtalt på side 19.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansette og videreutvikle ledere med kompetanse om demens, som utøver god personalledelse, etablerer gode holdninger og sørger for god dialog med pårørende.
<p>Velferdsteknologi bidrar til at personer med demens og kognitiv svikt klarer seg selv best mulig.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tilby og ta i bruk GPS for hjemmeboende personer og beboere på sykehjem eller i heldøgns omsorgsbolig.

<p><i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 17.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Innen 2021 kunne tilby dørsensorer og digitalt tilsyn. • Innen 2020 skal kommunen ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte for personer med demens. • Innen 2022 skal kommunen ta i bruk elektroniske dørlåser.
---	--

4.4 Aktivitet, støtte og avlastning

Fra nasjonal demensplan 2020:

MÅL:

Personer med demens skal få muligheter til å leve et aktivt liv og pårørende skal gis støtte og avlastning.

Regjeringen vil derfor:

- *Fremme forslag til endring av helse- og omsorgs- tjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.*
- *Utvikle fleksible avlastningstiltak.*
- *Lage egne brukerskoler for personer som selv har demens og legge til rette for pårørendeskoler og samtalegrupper i hele landet.*
- *Styrke samarbeidet med frivillig sektor.*

Demensplan 2020 sier at helse- og omsorgstjenestene må bygge på den enkeltes ressurser og ikke bare kompensere for funksjonstap. Tjenestene må bistå personer med demens til å mestre eget liv best mulig. Pårørende må sikres støtte og avlastning. En vil derfor utvikle mer fleksible avlastningsordninger, samt arenaer for mer formalisert samspill mellom bruker og pårørende og de som leverer tjenestene. For at mennesker med demens skal kunne leve ett godt liv med demens er det viktig at sosiale, fysiske, kulturelle og åndelige aktiviteter inngår som grunnleggende elementer i et helhetlig tjenestetilbud. Kommunen har plikt til å bidra til at personer med demens får mulighet til en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Brukerskoler, pårørendeskoler og samtalegrupper skal være tilgjengelig, og samarbeidet med frivillig sektor må styrkes.

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens blir lovfestet fra 1. januar 2020.

Nasjonal retningslinje kommer med sterk anbefaling rundt tilrettelagte og tilpassede dagaktivitetstilbud til personer med demens. Det er også sterk anbefaling rundt at kommunen har ansvaret for oppfølging av pårørende til personer med demens, at det skal gis nødvendig informasjon, oppfølging og avlastning til pårørende gjennom hele sykdomsforløpet. Systematisk og god oppfølging kan for mange pårørende oppleves som en avlastning i forhold til det å leve sammen med en som har demenssykdom.

Aktivitet, støtte og avlastning	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
<p>Innbyggere med demens og deres pårørende opplever at de blir lyttet til og er delaktige i å utforme eget tjenestetilbud.</p> <p><i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 16 og 17, og</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hukommelsesteam i samarbeid med Meierigården, hjemmetjenesten og Lillehammer helsehus etablerer system for støtte- og pårørendesamtaler. Tiltakspakke demens brukes som

<p><i>kommunedelplanens fokusområde medvirkning omtalt på side 18.</i></p>	<p>system for den løpende oppfølging av hjemmeboende med demenssykdom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det opprettes ulike dagaktivitetstilbud både på dagsenter, Meierigården, bo – og servicesenter og som ambulante tilbud, slik at det er tilstrekkelig kapasitet ut fra veksten i innbyggere med demenssykdom. • Dagaktivitetstilbudene skal individuelt tilpasses i samarbeid med bruker og pårørende, der personsentrert omsorg vektlegges.
<p>Det er et tilstrekkelig antall avlastningsplasser på sykehjem og som avlastning gitt i hjemmet.</p> <p>Personer med demens får tilbud om aktiviteter og gode opplevelser når de har avlastning eller er beboer på institusjon.</p> <p><i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 16 og 17, og kommunedelplanens fokusområde samarbeid omtalt på side 19.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det skal etableres flere og fleksible avlastningsplasser for personer med demens, der tjenesten kan tilbys både ved Lillehammer Helsehus og i hjemmet. • Personsentrert omsorg vektlegges også i avlastningstilbudene. • Når en person med demenssykdom har avlastningstilbud skal samme aktiviteter/aktivitetstilbud som når vedkommende bor hjemme opprettholdes. • Ved avlastningsopphold skal en så langt det er mulig iverksette tiltak slik at personen opprettholder og/eller bedrer funksjonsnivået under oppholdet. • Personer med demenssykdom skal så langt det er mulig tilbys avlastningsoppholdene på samme avdeling. • Når personer med demens er inne på avlastningsopphold skal det være gode rutiner for dialog med pårørende, både ved oppstart av oppholdet og underveis. • Lillehammer Helsehus etablerer et samarbeid mellom Aktiv omsorg, Meierigården, aktuelle frivillige personer og lag/organisasjoner, næringsliv og fagmiljø ved Høgskolen i Innlandet for å skape aktiviteter og treningstilbud for personer med demens.
<p>Det er god informasjon og veiledning til personer med demens og deres pårørende.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle samarbeidet om pårørendeskoler sammen med Lillehammer demensforening. • Sikre god informasjon og veiledning om rettigheter og juridiske forhold rundt det å være demenssyk eller pårørende.

4.5 Heldøgns pleie og omsorg når du trenger det – omsorg i livets siste fase

Fra nasjonal demensplan 2020:

MÅL:

Personer med demens skal oppleve at de er sett og godt ivaretatt. Personer med demens skal ha tilrettelagte boforhold og omgivelser, og et tilpasset tjenestetilbud.

Regjeringen vil derfor:

- *Utvikle og prøve ut modeller for hjemmetjenestetilbudet for personer med demens.*
- *Bygge og modernisere sykehjem og heldøgns omsorgsboliger, slik at de er tilpasset og tilrettelagt for personer med demens.*
- *Styrke det medisinske og helsefaglige tilbudet til personer med demens.*
- *Bedre tilbudet til personer med demens på slutten av livet.*

Demensplan 2020 vektlegger at gode tjenester til mennesker med demens er individuelt tilpasset den enkelte og fasen av sykdommen den enkelte befinner seg i. Behandling må bygge opp rundt pasientens egne ressurser og funksjonsevne, og tilrettelegge miljø og tjenester slik at det gir størst mulig grad av egen mestring. Det er behov for å innrette tjenestene både organisatorisk, fysisk og innholdsmessig slik at de kan håndtere både atferdsmessige og psykiske symptomer og kroppslige funksjonsendringer.

Demenssykdommen er progredierende og mange vil ha behov for omfattende hjelp og pleie gjennom store deler av sykdomsforløpet, også i den palliative fasen. For å redusere bruk av tvang og skape trygghet og samarbeid, er det av stor betydning å etablere tillitsfulle relasjoner og der en hindrer bruk av tvang.

Eldre personer med demens er også i risikogruppen for å utvikle underernæring, og mat, ernæring og måltider krever derfor ekstra oppmerksomhet og tilrettelegging. Demensplan vektlegger også små og oversiktlige bomiljøer med få beboere, som bidra til økt mestringsevne til tross for demenssykdom. Det bør også tilrettelegges for fellesarealer som åpne og integrerte i lokalsamfunnet. Boforner skal tilrettelegges for en god heldøgns pleie og omsorg.

Det vises for øvrig til nasjonal faglig retningslinje på demens.

Heldøgns pleie og omsorg når du trenger det – omsorg i livets siste fase	
Slik vil vi ha det	Dette må gjøres
Det er høy kompetanse og høy faglig kvalitet i heldøgnsomsorgen for personer med demens. <i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse omtalt på side 19.</i>	<ul style="list-style-type: none">• En skal styrke det medisinske og helsefaglige tilbudet til personer med demens gjennom relevante kompetansetiltak og rekruttering av helsepersonell med kompetanse på området.• Legetjenesten ved Lillehammer Helsehus skal ha spesialistkompetanse i legegruppen, og skal samarbeide tett med hukommelsesteamet.• Lillehammer helsehus skal utvikles som læringsarena i spesialistutdanning av allmennleger i tråd med spesialistforskriftens krav.

<p>Det er et tilstrekkelig antall plasser i heldøgnsomsorgen for personer med demens. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 17.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • I forbindelse med igangsatt arbeid med plan for dimensjonering og utbygging av ulike typer heldøgnsomsorgsplasser, skal det vurderes særskilt antall plasser tilrettelagt personer med demens, også plasser i forsterket enhet. • Fram til plan for dimensjonering og utbygging av plasser er utarbeidet, skal en se på fordelingen av plasser ved Lillehammer Helsehus for personer med demenssykdom. • Det skal vurderes om et av bo- og servicesentrene spesielt skal tilrettelegges for personer med demenssykdom, eller om det skal være to tilbud til personer med demens. Dette sees også i sammenheng med nevnte plan i punktet over. • Vurdere organisatorisk plassering av og innretning på bokollektivene.
<p>Heldøgns omsorg legger til rette for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Det er god samhandling både internt og eksternt. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 17.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennom planer og eventuelle bygningsmessige endringer sikre gode bo-miljøer for personer med demens. • Det skal tilrettelegges i heldøgnsomsorgen for personer med demenssykdom som har særskilte behov, for eksempel de med samtidige rus- og psykiatriutfordringer og psykisk utviklingshemmede. • Musikk som miljøbehandling brukes aktivt i omsorgen for personer med demenssykdom. • Det tilrettelegges i heldøgnsomsorgen for yngre personer med demenssykdom. • Utarbeide og følge opp gode rutiner for primærkontaktfunksjonen i heldøgnsomsorgen. • Tjenestene skal delta aktivt inn i forløpsarbeid for å bedre samhandlingen både internt og eksternt.
<p>Det er et godt samarbeid med pårørende og det legges til rette for å ha pårørende på besøk og for at de kan bidra i samarbeidet rundt beboere med demens. <i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde medvirkning omtalt på side 18.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etablere gode rutiner for samarbeid og dialog med pårørende og det å gjøre bruk av nettverket til beboere med demens som er innlagt i institusjon.
<p>Det er fokus på lederutvikling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ved nyansettelse og gjennom lederutvikling utvikle gode og trygge ledere med kompetanse om demens,

<p><i>Det vises til kommunedelplanens fokusområde kompetanse, rekruttering, kvalitet og ledelse omtalt på side 19.</i></p>	<p>som utøver god personalledelse, etablerer gode holdninger og sørger for god dialog med pårørende.</p>
<p>Det er god lindrende pleie og omsorg i livets siste fase. <i>Det vises til anbefalinger i nasjonal faglig retningslinje omtalt på side 17.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sørge for god og tilpasset lindrende behandling, pleie og omsorg for personer med demens. • Gi god pårørendeomsorg i livets siste fase. • Sørge for rutiner rundt vurdering av smerte og smertelindring til personer med demens.

Referanser

- Aldring og Helse . (2018). *Aldring og Helse* . Hentet fra ABC Musikkbasert miljøbehandling : <https://abc.musikkbasertmiljobehandling.no/node/653#hefte2side2>
- Aldring og Helse. (2019, Mai). *Miljøbehandling*. Hentet fra Aldring og helse: <https://www.aldringoghelse.no/demens/miljobehandling/>
- Aldring og helse. (2019, Mai). *Personsentrert omsorg*. Hentet fra Aldring og Helse: <https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/>
- Bergh, S., Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., & Lurås, H. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) kortversjon* . Ottestad : Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset Innlandet .
- Bjørn, L., Ann-Marit, T., & Irene, R. (2015, November). *Tidmodellen*. Hentet fra <https://tidmodell.no/modellen>: <https://tidmodell.no/modellen/>
- Eiane, G. H., & Gjermestad, A. (2019). Når personer med utviklingshemming blir eldre, kva utfordringar erfarer kommunale tenesteytere? *Tidsskriftet aldring og helse*, 40 - 47.
- Engedal, K., Haugen, P., & Brækhus, A. &. (2018). *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Helse- og omsorgsdepartementet . (2015). *Demensplan 2020*. Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet .
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld. St 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Meld. st. 15 (2017-2018). Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet . (2015). *Nasjonal strategi for frivillighet i helse - og omsorgstjenestene* . Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet .
- Helsedirektoratet . (2017, August 18). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Nasjonal faglig retningslinje demens: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet fra <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet . (2015). *Veileder - Brukervalg i kommunal tjenesteyting*. Oslo : Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Lillehammer kommune. (2017, September 11). Tillitsreform i Lillehammer kommune. *Saksframlegg kommunestyret*. Lillehammer: Lillehammer kommune.
- Lillehammer kommune. (2018). *Mestring hele livet - kommunedelplan helse- og omsorg 2018-2028*. Lillehammer: Lillehammer kommune.
- Norges offentlige utredninger . (2018, Desember 13). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf>

Nærdal, B. (2018). <https://www.aldringoghelse.no/demens/utredning-behandling-og-oppfolging/oppfolging/>. Hentet fra Aldring og helse:
<https://www.aldringoghelse.no/demens/utredning-behandling-og-oppfolging/oppfolging/>