



LUNNER
KOMMUNE

*Fra toppen av pyramiden
føres han sakte ned, trinn for
trinn,
gradvis retrett
mot tåkedis og ensomhet i
en lukket verden der slekt og
venner blir diffuse
elementer mellom
differensierte minner fra
barndommen*

Demensplan

2016 – 2020

Innhold

1.0	Innledning	3
1.1	Arbeidsgruppe	4
1.2	Målsetting for omsorg til personer med demens	5
1.3	Demensomsorgen i Lunner kommune i dag	5
1.4	Diagnostisering og utredning	10
2.0	Demenssykdommer og behandling.....	11
2.1	Hva er demenssykdommer?	11
2.2	Demenstrappen.....	12
2.3	Behandlingsmetoder	14
2.4	Demenslidelser i ung alder.....	16
2.5	Personer med utviklingshemming og demens.....	16
2.6	Teknologi i demensomsorgen	17
2.7	Pårørende til pasienter med demenslidelser.....	17
3.0	Kompetansebehov	19
4.0	Demensvennlig samfunn	19
4.0	Forslag til tiltaksliste – Lunner kommune	20

1.0 Innledning

Demensplan 2020 er regjeringens plan og tiltak for å bedre det kommunale helse – og omsorgstilbudet til personer med demens og deres pårørende . 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.

En av de største utfordringene vi står ovenfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, er at tallet på personer med demens sannsynligvis vil fordobles de nærmeste 30 – 40 årene. De fleste av dem vil ha behov for ulike tjenester i eget hjem eller sykehjem i løpet av sykdomsperioden. Det er nødvendig med endringer, både når det gjelder tjenestenes kompetanse, organisering og fysiske utforming. Hovedinnsatsen av tiltakene i Demensplan 2020 er derfor rettet mot de kommunale helse– og omsorgstjenestene (Demensplan 2020).

På landsbasis er omtrent 78 000 (Alzheimer Europe, 2015) rammet av demens, og forekomst øker med stigende alder.

Forprosjektrapporten «samhandlingsreformen på Hadeland» av 6. januar 2012 omtaler at alle kommuner innen 2015 skal ha satt blant annet utredning av demens i system.

Delprosjektgruppe «personer med demens med atferdsproblemer» anslo at Lunner og Gran i 2015 ville ha ca. 380 innbyggere med demenssykdom, i 2030 om lag 550, eller en økning med 53 % på 15 år. I Lunner vil dette bety at om lag 18 vil få demenssykdom årlig.

Antall personer per aldersgruppe og kommune, framskriving til 2030:

		2008	2015	2020	2030
Gran	67-79 år	1.337	1.584	1.785	2.058
	80-89 år	664	600	568	851
	90+	104	126	137	136
Sum Gran:		2.105	2.310	2.490	3.045
Lunner	67-79 år	664	910	1.162	1.426
	80-89 år	283	278	283	530
	90+	43	56	62	67
Sum Lunner:	67+	990	1.244	1.507	2.023
Totalt Gran og Lunner:		3.095	3.554	3.997	5.068

1.1 Arbeidsgruppe

Arbeidet med demensplanen er pågått i perioden februar 2016 til oktober 2016. Planen er utarbeidet av en fag/arbeidsgruppe , samt pårørenderepresentanter og leder av eldrerådet i kommunen.

Følgende har deltatt i arbeidsgruppa:

- Catharina Engebretsen, pårørenderepresentant
- Karen Hagen, leder av eldrerådet
- Lene Røskar, fagleder i hjemmetjenesten
- Karin Staff Hagen, spesialsykepleier ved tildelingskontoret
- Eva Oppen Solheim, sykepleier ved Rosen 1
- Marianne Grina, omsorgsarbeider, Rosen 2
- Ruth Opsahl, avdelingsleder avdeling 2
- Eli Løkken, avdelingsleder avdeling 1
- Marianne Sørli, fagleder dagsenter
- Tove Smeby Vassjø, rådgiver helse og omsorg (til juni 2016)

Følgende har vært referansepersoner:

- Marit Haakenstad, pårørenderepresentant
- Inger Anne Næss Berg, avdelingsleder tilrettelagte tjenester
- Liv Mette Haga, avdelingsleder tilrettelagte tjenester
- Camilla W. Grina, ergoterapeut i fag – og utviklingsenheten
- June Myhre, spesialsykepleier avdeling 2
- Lene Jordet, fagleder, avdeling 1
- Fastlegene i Lunner kommune

1.2 Målsetting for omsorg til personer med demens

Personer med demenssykdom har samme rettigheter til helse – og omsorgstjenester i henhold til helse – og omsorgslovgivningen på lik linje med alle andre omsorgstrengende. Den enkelte persons rettigheter til slike tjenester kan være utformet skjønnsmessig, og den enkeltes sykdomsbilde og behov for tjenester står sentralt i forhold til de fleste rettighetene.

Målet med demensplan for Lunner kommune er å fremme forslag til organisering og utvikling av demensomsorgen, slik at den enkelte som er rammet av demens og deres pårørende får økt livskvalitet i hverdagen. Dette betyr:

- Lunner kommune skal utvikle en helhetlig og sammenhengende tiltakskjede for personer med sykdommen og deres pårørende med fokus på fleksibilitet og individuell tilpasning mellom ulike tiltak basert på brukerens og pårørendes behov.
- Lunner kommune skal bli et mer demensvennlig samfunn slik at mennesker med demens og deres pårørende skal møte forståelse, respekt og støtte fra de gruppene i befolkningen som de trenger hjelp fra.
- Lunner kommune skal fortsette å arbeide med kompetansebygging for å sikre faglig kompetente medarbeidere som møter den enkelte bruker med respekt og verdighet.

1.3 Demensomsorgen i Lunner kommune i dag

Lunner omsorgssenter har totalt 55 plasser i institusjon. Av disse er det 48 plasser for personer med vedtak om langtidsopphold, herunder også 14 plasser for personer med demenslidelser i egne demensavdelinger. Det er 7 korttidsplasser. Det kan antas, basert på nasjonale tall, at omtrent 80 % av hele pasientgruppen har en eller annen form for demenslidelse.

Roseavdelingene, som er enheter for pasienter med demenslidelser, er lokalisert i 1. og 2. etasje ved Lunner omsorgssenter.

Rosen 1 ligger i første etasje på LOS og er hjemmet til 7 pasienter med kognitiv svikt.

Pasientene har ulike diagnoser og har ulike hjelpebehov.

På dagtid er det to ansatte på jobb, på kveld er det en ansatt som har ansvar for å følge opp og bistå 7 pasienter.

Rosen 2 ligger i andre etasje på LOS og har per i dag 7 plasser for personer med demens. Dette er et botilbud til personer med forskjellige former for demenslidelser, og personer med psykiatriske problemer og diagnoser. Noen av pasientene er «vandrere», og flere kan til tider være utagerende med utfordrende atferd med behov for skjerming. Tilstedeværelse fra personalet er viktig. Rosen 2 er bemannet med to personale på dag - og kveldstid.

Det finnes få muligheter for skjerming ved Lunner omsorgssenter i dag.

Fag – og utviklingsenhet

Fra 1. juni 2016 ble fag – og utviklingsenhet i Lunner kommune etablert. Denne enheten er organisert som en egen avdeling ved Lunner omsorgssenter. Det tidligere innsatsteamet er en del av enheten og likeledes kreft-koordinator. Teamet er fra 1.oktober forsterket med demens-koordinator ved hjelp av at lønnsmidler til 40% sykepleierstilling er utlånt fra hjemmetjenesten. Enheten består blant annet av sykepleiere, hjelpepleier, vernepleier, fysioterapeuter, og ergoterapeuter. Det tverrfaglige teamet jobber mye med hverdagsrehabilitering. De har også opparbeidet seg god erfaring med å utføre tester i forbindelse med utredning og diagnostisering av demens, og vil bistå demenskoordinatoren blant annet med dette. En viktig del av arbeidet til demenskoordinator vil bli å kartlegge behov, veilede og støtte personalet med å finne frem til best mulige løsninger for pasienter med kognitiv svikt. Demens-koordinatoren vil være kontaktperson for pårørende og pasienter i kommunen.. Det vil jobbes med å få til et utvidet samarbeid med fastlegene med tanke på utredning og oppfølging av pasienter med kognitiv svikt. Målet til fag- og utviklingsenheten er å ansette demens-koordinator i fast stilling.

Det tidligere innsatsteamet har ofte mottatt henvendelse fra faglederne i hjemmesykepleien vedrørende behov for utredning av pasienter. Faglederne har gjerne snakket med fastlegene på forhånd og blitt enige om at testing er påkrevet som ledd i diagnostisering. I snitt har innsatsteamet foretatt ca. 7-10 tester årlig. I tillegg har også teamet foretatt intervju med pårørende for å avdekke oppstart og utvikling av kognitiv svikt.

Dagopphold

Personer med demenslidelser har tilbud om dagopphold inntil 3 dager i uka i lokalene på Lunner Omsorgssenter. Det er 13 pasienter pr. dag, og 3 ansatte. Det er ofte venteliste for å komme med på dagsenteret. Alle pasientene som benytter seg av dagsenteret har vedtak på dette. Dagsenteret er åpent fra klokken 10:00 til 15:00, og brukerne har tilbud om frokost og middag, noe de aller fleste benytter seg av. Dagpasientene får taxitransport til og fra omsorgssenteret. Dette krever ofte samarbeid med hjemmetjenesten, som legger til rette for pasientenes morgenstund før de blir hentet.

Vår erfaring er at de fleste dagpasienter med demenslidelse trenger å være i et lite miljø mesteparten av dagen for å fungere best mulig ut ifra sine sykdomsutfordringer. Derfor velger man da ofte å dele seg i tre mindre grupper. Slik tilpasses pasientene de forskjellige aktivitetene, avhengig av hva de trives med å gjøre. Det jobbes med å utvide åpningsdagene for demente fra 3 til 4 dager. Bakgrunnen for dette er altså å fordele pasientene over flere dager for å få færre pasienter i gruppa. Enkelte aktiviteter tilbys felles med husets beboere.

Det passer ikke for alle personer med demenslidelser å ha et dagopphold ved Lunner omsorgssenter. For noen av de yngre personene med demens ser vi ofte at de har glede av mer fysiske aktiviteter enn de vi klarer å tilby i nåværende omgivelser. Det er gjort erfaringer også andre steder med at institusjonstilbud er skremmende for de yngste pasientene.

Mange av pasientene har glede av enkle «vaktmesteroppgaver» og enkelt vedlikehold som f.eks. å rake, plante sommerblomster, vanne, luke, olje/beise utemøbler eller andre småting. Dette krever ofte en til en bemanning, men vår erfaring er at det gir stor glede og mestringsfølelse for den enkelte.

Mennesker som får demensdiagnose i tidlig alder tilbys ofte vedtak på støttekontakt. Dette gir god mulighet for aktiviteter og er samtidig avlastning for de pårørende. Det samme gjelder demente over 65 år, som er i god fysisk form og har et større behov for aktivitet enn de kan få på ordinært dagsenter. Utover dette er det et alternativ å tilby «inn på tunet» eller annen «grønn omsorg». Lunner kommune har i liten grad benyttet seg av disse tilbud for gruppen demente fram til nå.

Sam -aks

SAM- AKS står for samhandling mellom alderspsykiatrisk avdeling Sykehuset Innlandet (avdeling Sanderud) og kommuner i Hedmark og Oppland. Målet er å bedre utredning og behandling av pasienter i sykehjem.

Lunner omsorgssenter er deltakere i prosjektet som består av både forskning og fagutvikling.

Som deltakere i SAM -AKS har pasienter og pårørende ved Lunner omsorgssenter vært dataleverandør til det store forskningsprosjektet REDIC (prosjekt ressursbruk og sykdomsforløp ved demens) ved Sykehuset Innlandet. Personalet har fylt ut store mengder skjemaer for innsending, og forskningsresultatene ble lagt frem i november 2015.

Avdelingens erfaringer med deltakelse i SAM-AKS så langt:

- Når man ser kognitiv svikt hos pasienter som blir innlagt med vedtak om langtidsopphold, blir disse kartlagt med tanke på demensdiagnose.
- Enkelte ansatte har fått opplæring i bruk av kartleggings skjemaer
- Ansatte har tilbud om veiledning med ansatt/kontaktperson fra Sanderud. Veiledning gis på generelle problemstillinger, samt veiledning i forhold til enkeltpasienter for at helsepersonellet kan ivareta pasientene på en god måte.
- For at avdelingen skal bli best mulig kjent med den demente pasienten, blir pårørende bedt om å fylle ut skjema med informasjon om pasientens egen livshistorie.
- Målet med kartlegging og veiledning er å gi ansatte kompetanse, og verktøy til bruk i behandling av personer med demens, og et bedret tilbud til pasienter med demens.

Det er i dag noe utfordrende å få tid til forskningsprosjektet i hverdagen. Forskningsprosjektet omhandler å finne pasienter som kan delta, og bruk av skjemaer i forhold til å kartlegge depresjon, psykiske utfordringer og hukommelse.

I tillegg utføres årlig helsekontroll av alle pasientene.

Det er et ønske å få med (tilsyns)legen(e) i utredningsarbeidet.

Demensomsorgens ABC

Flere av ansatte ved Lunner omsorgssenter har gjennomført opplæring innenfor demensomsorg og 2 grupper er i gang i inneværende periode. Demensomsorgens ABC er et

studiemateriale for bedriftsintern opplæring blant personell i pleie – og omsorgssektoren. Materialet består av studiehefter med ulike temaer. Her gis det opplæring blant annet om de vanligste demenssykdommene, miljøets innvirkning på sykdommen, holdninger etc. Opplæringen foregår i selvstyrte, tverrfaglige studiegrupper på arbeidsplassen, over 2 år.

Hadeland demensforening, pårørendeskole i samarbeid med Gran kommune

Gran og Lunner Demensforening har endret navn til Hadeland Demensforening, idet Jevnaker har sluttet seg til. Foreningen ligger innunder Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Demensforeningen har få medlemmer utover de som sitter i styret (5 personer). Styret har i hovedsak bestått av deltakere fra Gran kommune, men i 2016 er også Lunner representert.

Demensforeningens viktigste oppgave må sies å være Pårørendeskolen som nå er arrangert for 6.gang. Den går over 5 kvelder a 3 timer med forelesninger av lege, advokat, demenskoordinator, prest og representanter for kommunenes demensomsorg. I tillegg blir det satt av tid til spørsmål, diskusjoner og å utveksle erfaringer. Tilbakemeldingene fra deltakerne er positive.

Det har vært få deltakere fra Lunner kommune. Det viser seg at det ikke er tilstrekkelig med annonse i avisen og invitasjoner sendt til omsorgsinstitusjonene/legene. Størst mulighet for deltakelse kommer ved personlig henvendelse til aktuelle pårørende.

Demensforeningen arrangerer i tillegg "åpne møter" 1-2 ganger årlig, gjerne med foreleser. Frivillighetssentralen i Gran har vært en aktiv samarbeidspartner på "åpne møter".

Demensforeningen ønsker å oppnå større åpenhet rundt demens, og gi tilbud til de pårørende i form av undervisning og møtesteder hvor man kan treffe andre i samme livssituasjon.

Det er ønskelig fra Lunner kommune om at den årlige pårørendeskolen og åpne møter rulleres mellom kommunene, slik at aktiviteter blir synlig i alle tre kommuner.

1.4 Diagnostisering og utredning

Å utrede med tanke på demenssykdom er viktig for å utelukke andre sykdommer eller tilstander som en demenslidelse kan forveksles med. Tidlig diagnostisering er viktig slik at man kan planlegge og iverksette gode tiltak i samarbeid med pasienten og pårørende.

Utredning av eldre over 65 år uten spesielle utfordringer, skal gjøres av kommunehelsetjenesten.

Fastlegene i Lunner kommune

Fastlegene i Lunner kommune utreder pasienter der det er mistanke om kognitiv svikt. De foretar blant annet forskjellige tester og dette hjelper legene å identifisere symptomer og utfordringer pasientene har, og skille mellom de forskjellige formene for demens. Ved hjelp av utredningen ønsker legene å utelukke andre sykdommer som kan gi lignende symptomer.

Fastlegene forteller at for noen av pasientene er det en lettelse å få bekreftet eller avkreftet en eventuell diagnose, mens det for andre er krevende og vanskelig. Pasienter henvises ofte til spesialisthelsetjenesten i situasjoner hvor de ikke ønsker å gi slipp på førerkort.

Det er et behov og ønske fra fastlegene å etablere gode rutiner med øvrig helsepersonell i kommunen i forhold til oppfølging av personer med demens og deres pårørende.

Sykehuset Innlandet, avdeling Gjøvik og Sanderud Alderspsykiatri (Hedemark)

I henhold til opplysninger gitt av sykepleier ved geriatrisk poliklinikk på Gjøvik er det få henvisninger til spesialisthelsetjenesten fra Lunner.

Poliklinikken er organisert under slagenhetsavdelingen, og av den grunn arbeider helsepersonell både på poliklinikk og i avdeling. Det er poliklinikk 3-4 dager per uke.

I avdeling og på poliklinikk er det ansatt 100 % geriater, 100 % indremedisiner, 100 % lege i spesialisering, 80 % sykepleier med geriatri og master i klinisk sykepleie (bare i poliklinikk), 100 % geriatrisk sykepleier i post (som er noe ferievikar i poliklinikk), ergoterapeut og fysioterapeut. Ergoterapeut utfører alltid geriatrisk vurdering. Fysioterapeut benyttes etter behov.

Det er fra 4-6 geriatriske senger på medisin 2AB på Gjøvik sykehus som benyttes til utredning og diagnostisering.

Noen henvisninger avvises fordi utredning av eldre (over 65 år) uten spesielle utfordringer skal gjøres av kommunehelsetjenesten.

Geriatrisk poliklinikk tar utredning/behandling i forhold til yngre personer med spørsmål om demens(under 65 år), gråsonetilfeller, personer med psykiatriske lidelser i kombinasjon med kognitiv svikt, personer med atferdsendringer og utagering, falltendens som har kommet brått og der pasienter benytter flere medisiner enn ønskelig og i større doser enn ønskelig (polyfarmasi). Av og til tar poliklinikken førerkortvurdering.

Venteliste: Det varierer ut fra antall henvisninger, kapasitet på poliklinikken og i avdelingen.

Sykehuset Innlandet har en alderspsykiatrisk avdeling på Sanderud i Hedemark, og det samarbeides på tvers mellom Sanderud og Gjøvik. Alderspsykiater fra Sanderud er på Gjøvik hver 14.dag og geriater fra Gjøvik er på Sanderud hver 14.dag. Samarbeidet omhandler blant annet vurdering og diagnostisering.

Ifølge Sanderud mottar de få henvisninger fra Lunner kommune.

2.0 Demenssykdommer og behandling

2.1 Hva er demenssykdommer?

Demens er en fellesbetegnelse for kognitiv svikt som følge av skadelige endringer i hjernen. Tilstanden er kronisk og forverrer seg. Demens fører til svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, følelseliv, oppmerksomhet, læring, tenking, kommunikasjon og sosial funksjon.

Personer som utvikler demens får problemer med å opprettholde tidligere innlærte ferdigheter og å mestre dagliglivets gjøremål. Mange preges av manglende innsikt og redusert dømmekraft og noen preges av hemningsløshet, aggressivitet og/eller mangel på empati. I tillegg kan personer med demens ha symptomer som angst, depresjon, mistenksomhet, vrangforestillinger og forskjellige former for tvangsmessig atferd.

Forskjellige typer demens

Det finnes forskjellige årsaker til demens, men grovt sett kan vi dele dem i tre hovedgrupper;

1. Degenerative demenssykdommer (grunnet aldersforandringer)

Denne gruppen inkluderer Alzheimer, demens ved Parkinsons sykdom og noen andre, litt sjeldnere typer.

2. Vaskulær demens

Med vaskulær mener vi at plagene skyldes sykdommer i blodkar, for eksempel små drypp, slag, eller hjerneblødning («åreforkalket»).

Forhøyet kolesterol eller forhøyet blodtrykk er risikofaktorer for denne type demens.

3. Sekundær demens.

Dette er en gruppe demenstilstander som skyldes andre lidelser, for eksempel alkoholisme, mangeltilstander, infeksjoner, hormonforstyrrelser og hodeskade med mere.

Alzheimer er den hyppigste av demenstilstandene, rundt 50-60 %. De fleste av pasientene er gamle, men ca. 10 % er under 65 år når sykdommen bryter ut. Vaskulær demens er nest hyppigst, ca. 25 %.

Demenssykdom forekommer sjelden hos personer under 50 år. Enkeltpersoner som rammes av en tidlig demenssykdom møter imidlertid store utfordringer.

Forekomst av demenssykdom er om lag 2,1 % for aldersgruppen 70 – 74 år, 6,1 % for aldersgruppen 75 – 79 år, 17,6 % for aldersgruppen 80 – 84 år, 31,7 % for aldersgruppen 85 – 89 år og 40,7 % for aldersgruppen over 90 år.

2.2 Demenstrappen

Pasienter og pårørende ved Lunner omsorgssenter har vært dataleverandør til det store forskningsprosjektet REDIC (prosjekt ressursbruk og sykdomsforløp ved demens).

I REDIC-rapporten anslås det at ca. 78.000 personer har demens i Norge (Alzheimer Europe). Av disse er 60 % hjemmeboende og 40 % bor på institusjon. Forekomst av demens i sykehjem er anslått til 75-80 %.

Gjennomsnittlig sykdomsvarighet i dette materialet er 8,1 år, inndelt i tre stadier:

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

3) Opphold på institusjon (gjennomsnittlig varighet 2,1 år).

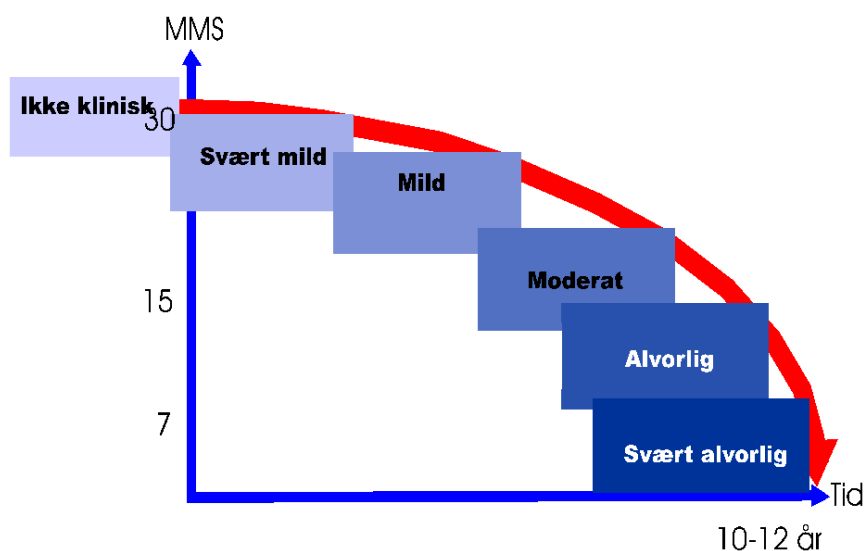
Årlige kostnader til helse- og omsorgstjenester for pasienter med demens er 358.000 kroner. Totale kostnader til helse- og omsorgstjenester gjennom hele sykdomsforløpet for en person med demens utgjør 2.9 millioner kroner.

Resultatene viser at pårørende vurderer pasientens livskvalitet som dårligere enn det pasienten selv gjør. Spriket er økende med økende grad av demens.

De aller fleste personer med demens (90 %) mottar uformell hjelp fra pårørende eller venner. Allerede når demensdiagnosen blir stilt ytes det i snitt 60-80 timer uformell hjelp i måneden. Rett før innleggelse på sykehjem øker dette til rundt 160 timer i måneden, tilsvarende et årsverk. Under oppholdet på sykehjem ytes det i snitt 6,7 timer pårørendehjelp i måneden.

I tabellen nedenfor illustreres utviklingen av alvorlig demens, og en kort beskrivelse av de forskjellige fasene av sykdommen. Hos yngre demente er forløpet ofte kortere.

1. Klarer seg selv, begynner å bli glemsk og avbryter ofte aktiviteter i dagliglivet.
2. Kan utføre vanlige aktiviteter, men personen blir ofte forvirret.
3. Kan klare seg i kjente omgivelser og situasjoner, men hukommelsesproblemene er store og personen trenger påminnelse og er ofte initiativløs.
4. Har handlingssvikt og språkvansker.
5. Kan ikke kommunisere verbalt på en meningsfull måte.
6. Motoriske funksjoner er betydelig nedsatt og personen må derfor sitte i en stol eller ligge til sengs.



2.3 Behandlingsmetoder

Demens kan ikke per i dag helbredes, men utviklingen kan «bremses» og behovet for institusjonsomsorg utsettes.

Miljøterapi omfatter både fysiske og psykososiale faktorer. Miljøterapi har som mål at den enkeltes funksjoner skal bevares lengst mulig.

Miljøterapi må styre de daglige tilbudene vi gir til personer med demens; alt fra morgenstell, spising, fysiske aktiviteter, samtaler og sosiale aktiviteter, og til at personer med demens så langt som mulig kan styre sin egen aktivitet og ha kontakt med sitt «tidligere liv».

Travelhet og tidspress virker negativt fordi personer med demens fungerer langsommere enn friske. Er miljøet understimulerende eller stressende blir atferd og følelsesmessige reaksjoner negative.

Boligens utforming har betydning og tjenestene må være individuelt tilrettelagt. Personalet og pårørende må ha kompetanse om demens. Det er viktig å kjenne miljøfaktorer som påvirker den enkelte, og legge til rette for den enkeltes mestringsnivå.

Ved et større fokus på miljøet oppnår personer med demens at funksjonene bedre holdes ved like, mindre følelse av uro, aggresjon eller nedstemthet, økt trivsel og dermed livskvalitet.

Hensikten med miljøterapi for personer med demens er at de skal få styrket selvfølelse og en følelse av mestring av hverdagen.

Miljøterapi kan innebære både å skjerme personer med demens fra omgivelsene, men også å sette i gang ekstra stimulering.

En demenssykdom gir som nevnt svikt i hukommelse, oppmerksomhet, steds-, og tidsorientering. Forståelsen for rom og retning er også svekket.

Bemanningen må være tilstrekkelig til at personalet kan følge denne pasienten tett opp og iverksette de tiltak som situasjonen til enhver tid krever. Eksempler på terapeutiske tiltak kan være musikkterapi, kulturelle aktiviteter, berøring/massasje og sansestimulering.

Bruk av minner, gjenstander fra gamle dager eller lesing kan gi god stimulering av språk og en meningsfull samtale. Andre miljøterapeutiske tiltak kan være samtalegrupper/støttegrupper.

Det er stort behov for utvikling av gode modeller for miljøterapi i demensomsorgen. Det er ønskelig med et miljø som kan kompensere for svikt i oppmerksomhet, hukommelse, talespråk og endring i personlighet.

Medikamentell behandling

Det finnes ingen medikamenter som kan kurere sykdommen. Noen kan lindre symptomer, men vi må unngå at pasienten «dopes ned», og bivirkningene er mange og alvorlige.

En type medikament mot demens kan redusere celledøden noe, slik at progresjonen kan reduseres, f. eks. Ebixa. Dette brukes ved Alzheimers sykdom og vaskulær demens. En annen type medikament har en symptomatisk effekt ved å påvirke overføringen i nervecellene, som Aricept, Exelon og Reminyl. Disse medikamentene kan bedre oppmerksomheten, initiativ, hukommelse og funksjonen i dagliglivet.

Ikke alle har effekt av disse, men behandlingen kan innebære at sykdomsprosessen forsinkes med 6 til 12 måneder. Noen kan ha effekt lengre og enkelte pårørende rapporterer at pasienten blir mer stabil i humøret, våken, oppmerksom og tar mer initiativ. Det er viktig at medisinerer starter tidlig i fasen, før pasienten blir veldig preget av sin demens.

Skjerming

Skjerming skjer i dag i spesielt tilrettelagte enheter i sykehjem eller tilrettelagte bofellesskap. Det er viktig at demente som av trygghets – og sikkerhetsmessige grunner trenger skjerming, får dette. Men, - det er også viktig at de omsorgstrengende som fortsatt er klare og orienterte skjermes fra de som har utviklet tydelige demenstilstander. Skjerming innebærer en viss frihetsberøvelse, og er underlagt et strengt regelverk og kontroll.

2.4 Demenslidelser i ung alder

Yngre pasienter med demenssykdom byr på særskilte utfordringer, spesielt for pårørende, men også for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det anslås at det i Norge finnes 1 200 personer under 65 år med en demensdiagnose. I Gran og Lunner kan således antas at vi til enhver tid har 4-6 pasienter i gruppen yngre demente. Det er vanskelig både for leger og helsepersonell å gjenkjenne symptomer på demens hos unge, og utredning og behandling for denne pasientgruppen er mangelfull. Helsevesenet må involveres jevnlig i sykdomsforløpet – for koordinering av støttekontakter, hjemmesykepleie, dagsenter, kortidsavlastning og etter hvert fast sykehjemsplass. For pårørende kan det være problematisk å godta at en ung og fysisk sprek person kan få en sykdom man forbinder med gamle mennesker. I tillegg til omsorgen for den demensrammede vil mange ektefeller få eneansvaret for barn og ungdom i familien. De har av den grunn en større psykisk belastning enn pårørende til eldre. I familier med bare en voksen kan dette bety at barn og unge som vokser opp med en aleneforelder med demenssykdom får mye ansvar.

2.5 Personer med utviklingshemming og demens

Personer med utviklingshemming eldes raskere og utvikler alderskognitive forandringer som demens tidligere enn hos mennesker generelt. Mange har store og sammensatte behov som krever tverrfaglig kompetanse. Det vil også være viktig med tilpassede dagaktivitetstilbud med personale med kompetanse om demens for denne gruppen.

I årene framover vil det være nødvendig å styrke kompetansen til ansatte i Lunner kommune, på dette området. Og det kan være nødvendig å se på organisatoriske forhold rundt omsorgen for psykisk utviklingshemmede som utvikler kognitiv svikt/demens grunnet aldring.

*Om jeg visste at verden
gikk under i morgen, ville
jeg likevel gå ut i min hage
Og plante et epletre i dag
(Martin Luther)*

2.6 Teknologi i demensomsorgen

Det finnes en rekke tekniske hjelpemidler som kan bidra til å huske avtaler, angi dato, klokkeslett og tid på døgnet.

Tekniske hjelpemidler for personer med kognitiv svikt blir mer og mer aktuelt.

I dag er lovverket strengt for å ta i bruk en del hjelpemidler som eks GPS, dørvarslere og andre «overvåkende» eller beskyttende tiltak.

I prosjektet «Pilot Hadeland» er det satt ned en arbeidsgruppe som jobber med velferdsteknologi. Det er et mål i dette prosjektet at velferdsteknologi skal være en del av tjenestetilbudet innen 2018.

2.7 Pårørende til pasienter med demenslidelser

Å være pårørende til en person med demens er belastende. Hovedårsak til belastning er psykiske og atferdsmessige endringer hos personen med demens.

Demens i familien kan føre til tap av sosiale relasjoner og ensomhet, samtidig som det er økt risiko for depresjon og andre helseplager. Demenssykdom vil for en del også være skambelagt.

Nei, tapper?

Venner seier til meg: «Du er tapper

Som kan vise slik styrke og ro

no som han så nylig er død» Nei tapper?

Det kan berast, det eg gjennomlever no.

*Det tyngste er tilbakelagt. Det tyngste
var å sjå korleis han
tok til å miste seg sjølv og gli vekk
inn i eit veglaust og skoddefylt land.
Visst er tomrommet der, og kulden
og avmaktskjensla framfor ein stengt port.
Men det kan berast så sant ein kan tru
at for den ein har mist var det godt å gå bort*

Haldis Moren Vesaas

Tiltak som kan redusere pårørendes belastning:

- Informasjon og undervisning om demens
- Emosjonell støtte (individuell rådgivning, deltakelse i pårørendegruppe)
- Opplæring i hensiktsmessig kommunikasjon
- Opplæring i mestring og problemløsning
- Praktiske råd
- Avlastning

Pårørende kan fungere som gode omsorgspersoner dersom de:

- Får kunnskap om sykdommen
- Lærer å ikke hjelpe for mye
- Får mulighet til å tilbringe tid for seg selv

I tillegg sier pårørende at overgangen mellom å være frisk og bo alene, til sykdommen og symptomene eskalerer, er sårbar og vanskelig. En pårørende sier:

Omsorgsbolig med tilsyn hadde vært supert i den tiden.

3.0 Kompetansebehov

Kunnskap om demenssykdommer er et av de strategiske tiltakene i demensplan 2020. En stor utfordring for demensomsorgen er å sikre tilgang på tilstrekkelig kompetent og kvalifisert helsepersonell. Dette sikres først og fremst gjennom utdannings – og rekrutteringstiltak og en styrking av den faglige kompetansen. Kunnskapen om og interessen for aldersrelaterte sykdommer er liten, og det gir fortsatt liten yrkesmessig status å ha sitt arbeid innen tjenester til eldre (Demensplan 2020).

4.0 Demensvennlig samfunn

Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn:

Den nye demens planen handler mest av alt om å skape et samfunn der mennesker med demens kan delta. Skal vi bli et mer demensvennlig samfunn må vi mobilisere hele samfunnet. Vi må tenke utover helse- og omsorgssektoren og åpne for samarbeid på tvers av alle samfunnsområder. Et mer demensvennlig samfunn er et bedre samfunn for oss alle. Som for andre med funksjonsnedsettelse, handler det om å bygge ned barrierer i de fysiske og sosiale omgivelsene for å sikre fortsatt deltakelse og likestilling. Bent Høie.

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 på et tidspunkt hvor de fremdeles er i arbeid og har forsørgeransvar.

Demens er noe som angår hele samfunnet.

Målet med Nasjonalforeningen for folkehelsen sin kampanje for et mer demensvennlig samfunn er at mennesker med demens skal møte forståelse, respekt og støtte fra de gruppene i befolkningen som de trenger hjelp fra. Det vil gjøre det lettere å gjennomføre vanlige hverdagsaktiviteter, som for eksempel:

- Å handle, bruke offentlig transport og kommunisere med offentlige myndigheter.
- Delta i foreningsliv, være i fysisk aktivitet, bruke kulturtilbud som bibliotek, kino og konserter. Nasjonalforeningen for folkehelsen ønsker at personell i offentlig og privat servicenæring som bibliotekarer, butikkmedarbeidere, servitører, bussjåfører og

medarbeidere på kommunens servicetorg, skal få opplæring i hvordan de best mulig skal møte mennesker med demens.

I svømmehallen har jeg ikke demens

En pårørende forteller:

Mamma hadde hjemmesykepleie som kom og så til henne, men dama var ute, med og uten klær, både tidlig og seint. På butikken opptil 10 ganger på en liten stund (hun betalte ikke, for det skjønte hun ikke).

4.0 Forslag til tiltaksliste – Lunner kommune

Tiltak	Ønsket måloppnåelse /strategi
Fast tilsettelse av demenskoordinator i minimum 50 % stilling. Fra 1.oktober 2016 er 40 % sykepleierstilling utlånt fra hjemmetjenesten for å starte opp jobben som demenskoordinator.	En demenskoordinator vil være en faglig hovedressurs og være et bindeledd innen fagfeltet demens i pleie og omsorg. Ønsket måloppnåelse/strategi: <ul style="list-style-type: none">• Demenskoordinator skal kontinuerlig arbeide for å sikre – og forbedre tilbudet til hjemmeboende personer med demens og deres pårørende i Lunner kommune• Demenskoordinator skal bidra til økt kompetanse i demens innenfor helse og omsorg (Lunner omsorgssenter og tilrettelagte tjenester). Dette for å øke kvaliteten i omsorgen for mennesker som er rammet av demens.

<p>Demensvennlig samfunn/kommune.</p>	<p>Lunner kommune, ved Ordfører, signerer en forpliktende samarbeidsavtale mellom Lunner Kommune og Nasjonalforeningen for folkehelse for å jobbe mot et mer demensvennlig samfunn.</p> <p>Ønsket måloppnåelse /strategi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere gode tiltak og bedre forhold for de som lever med demens i Lunner kommune • Kan bidra til at det er lettere for personer med demens å være en del av lokalsamfunnet. • Personer med demens kan bo hjemme lenger • Omdømmebygging – Lunner kommune får være en del av de gode eksemplene som Nasjonalforeningen sprer videre via media og i foredrag.
<p>Etablere prosjekt med «terapihund» i begge avdelinger på LOS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bidra til gode opplevelser og mestringsfølelse i hverdagen for mennesker med demens. • Vi er i gang med forsøksprosjekt finansiert av midler fra Lunner Omsorgssenter sitt gavestyre.
<p>Fortsette satsningen «Pårørendeskole» i regi av Hadeland demensforening/Nasjonalforeningen.</p>	<p>Pårørende gir verdifull omsorg, og oppgavene vil for mange ofte oppleves som svært belastende. Tilbudet om å delta på pårørendeskole vil kunne bidra til at pårørende får nødvendig informasjon og kunnskap om demens.</p> <p>Ønsket måloppnåelse/strategi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forebygge stress og belastninger hos pårørende • Bidra til trygghet for den syke og dens pårørende • Informasjon og kunnskap om hvordan en som pårørende kan møte praktiske og emosjonelle utfordringer i hverdagen
<p>Kartlegge dagens fagkompetanse innenfor demens, og foreta nødvendige tiltak</p>	<p>Ønsket måloppnåelse /strategi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flere ansatte tar utdanning innenfor demensomsorgens ABC og

	<p>videreutdanninger innenfor demens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke kompetanse hos personalet i forhold til utviklingshemming og demens
<p>Etablere et demensteam sammen med demenskoordinator og fag- og utviklingsenheten.</p>	<p>Et demensteam vil bidra, sammen med fastlegene, i <i>kartlegging, utredning og diagnostisering</i> av personer med symptomer på demens. Diagnose og vurdering av hvilke konsekvenser demenssykdommen fører med seg legger grunnlag for å iverksette riktige hjelpetiltak og bidra til god oppfølging av personer med demens og deres pårørende. En utredning vil også avdekke om det er andre årsaker enn demens til en kognitiv svikt.</p> <p>Ønsket måloppnåelse/strategi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide retningslinjer og prosedyrer i utredning og diagnostisering. • Sikre god oppfølging av brukere med symptomer på demens og deres pårørende
<p>Gode og riktige boforhold for demente i fremtidens helsehus/omsorgssenter med bofellesskap for demente.</p>	<p>Et viktig tiltak for å kunne yte en best mulig tjeneste til lavest mulig kostnader er en godt utbygd tiltakskjede.</p> <p>Ønsket måloppnåelse/strategi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tygge bofellesskap for demente i tilknytning til nytt helsehus/omsorgssenter og i selvstendig omsorgsleilighetssenter på Roa. • Disse må være tilrettelagt de dementes behov, og bestå av mindre enheter med felles opphold- og spiseavdeling. Det må være mulig å justere antall pasienter tilknyttet hver boenhet utifra funksjonsnivå og behov for skjerming, men maks 8 pasienter pr. enhet. Det er nødvendig med egnede uteområder med atrium og sansehage. Nybygg må inneholde passende velferdsteknologi tiltenkt demente.

<p>Dagopphold for personer med demens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle det vedtaksbaserte dagtilbudet som i dag allerede eksisterer på LOS, slik at man fortsatt kan gi tilbud til personer med demenssykdom som kan trives i stor gruppe. Det må også finnes tilbud for de som må ha mindre gruppe og mer oppfølging. Svært viktig å tilby de yngste et variert dagtilbud som viderefører interessene de allerede har. Dagsenteret har for øvrig også gruppe for somatiske pasienter. • Dagsenteret bør være åpent minimum 5 dager i uka, men gjerne alle 7 dager. Altså en utvidelse av dagens tilbud. Det vil variere hvor mange dager den demente bør delta, men med mulighet for alle dager. • Det er ønskelig med dagsenter både i det fremtidige omsorgssenteret på Harestua og det nye bofellesskapet på Roa. • Det bør være tilbud om uteaktivitet/sansehage og trening/fysisk aktivitet på begge steder. • Det bør fortsatt være tilbud fra «den kulturelle spaserstokken», og tilbudet bør få større økonomiske rammer igjen slik at aktiviteten kan økes. • «Inn på tunet» /grønn omsorg. Dette er tilbud på gårdsbruk der gårdbruker er direkte involvert i et dagtilbud enten som leder eller i en assisterende rolle. Tilbudet bygger på samarbeid mellom kommunen og gårdbruker og har aktiviteter knyttet til gården og landbruket. Lunner kommune benytter pr. i dag ikke dette tilbudet.
<p>Etablere aktivitetsvenn i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen</p>	<p>Rekruttere og kurse aktivitetsvenner.</p> <p>Ønsket måloppnåelse /strategi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidra til gode opplevelser i hverdagen for mennesker med demens.

LIVSSEILAS

*Når børa kjenns tyngre enn du kan bære
så sett deg kun rolig ned.*

*Lat tanke og hug finne kvile, bak attletne
augo – et sted.*

*Tenk deg at du er ei lita fjør
på duvande lifsens hav-*

*Lat straumane føre deg kvar helst dei vil
Vær viljelaus, veik og svak.*

*Du treng ikkje alltid å væra sterk
for livet går fram likavel.*

*Sjølvom ferda kan synast vill og vond
under himmel svart og tung.*

*Så skiftar det brått mellom solskinn og regn,
og etter ei natt kjem dag.*

*I stormen finns også styrken du treng,
den blir din, når det stilnar av.*

Tove Sjursen