



FREDRIKSTAD KOMMUNE



Demensplan 2019-2026

TEMAPLANEN ER VEDTATT AV HELSE- OG VELFERDSUTVALGET 19. JUNI 2019





Innhold:

- 4 Forord**
- 6 Innledning**
- 8 Om demens**
- 10 Grunnleggende tankesett**
- 13 Innsatsområder og utviklingsbehov**
- 27 Slik vil vi ha det og slik gjør vi det**
- 31 Vedlegg**

VEDLEGG

1. Dagens tilbud
2. Velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler
3. Framskrivningstall for forekomst av personer med demens i Fredrikstad 2019-2040
4. Litteratur

Forord



Demensplan 2019 – 2026 er en temaplan som bygger på erfaring fra demensplan 2009 – 2016. Kommunedelplan helse og velferd 2016 – 2027 er retningsgivende for demensplanens innhold. I kommunedelplanen er det fastsatt tre langsiktige, overordnede mål.

Disse er:

- Innbyggerne har mulighet for et selvstendig og verdig liv.
- Alle bor trygt, i egnet bolig.
- Helse- og velferdstjenestene er likeverdige, trygge og effektive.

Planen bygger også på Fredrikstad kommunes verdier:

- **Modig:** Vi tør tenke nytt, se etter gode løsninger og stille konstruktive spørsmål.
- **Engasjert:** Vi ivrer for å gjøre Fredrikstad til et godt sted å leve.
- **Romslig:** Vi møter og inkluderer mennesker med åpenhet, respekt og tillit.
- **Kompetent:** Vi benytter og utvikler vår kompetanse, slik at vi kan møte dagens og morgendagens utfordringer.

Under hvert enkelt mål i planen (slik vil vi ha det) er det utarbeidet strategier (slik gjør vi det). Strategiene forteller hva som skal gjøres for å nå målet, men uten konkrete tiltak. Konkrete tiltak knyttet til mål og strategier vil bli utarbeidet i forbindelse med seksjonens handlingsplaner, budsjetter og årlige etats- og virksomhetsplaner.

Strategiene i demensplanen er kunnskapsbaserte, det vil si de er basert på forskning, erfaringskunnskap og brukererfaringer.

Planen skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester.

Demensplanen skal ha fokus på tiltak som kan settes inn før det blir nødvendig med heldøgns tilbud og som kan støtte og avlaste pårørende. De siste årene av livet med demens krever økt innsats for tilrettelegging av boforhold og omgivelser, meningsfulle dager og aktiviteter, ernæring, pleie, smertelindring og palliativ behandling. Personer med demens skal selv være med å ta avgjørelser som angår dem. Det skal legges til rette for at brukerne blir mer involvert og får økt innflytelse.

Fredrikstad kommune har involvert pårørende og fagfolk i å lage denne planen: Det har vært arrangert dialogmøter, hvor pårørende delte sine sterke historier. De kom med mange verdifulle innspill til planens innhold. Demensteam, demenskoordinator, fastlege og tilsynslege, saksbehandlere, ledere og medarbeidere i helse og velferd, har alle bidratt til planen med stort engasjement.

*“Mangt skal vi møte –
og mangt skal vi
mestre.”*

FRA DIKTET «VÅR BESTE DAG» AV ERIK BYE

Innledning



DEMENSPLAN 2019 - 2026 BYGGER PÅ:

- Den nasjonale Demensplan 2020, et mer demensvennlig samfunn
- Regjeringens kvalitetsreform for eldre, *Leve hele livet* (fra 2018)
- Nasjonale faglige retningslinjer for demens
- Fredrikstad kommunes Kommunedelplan Helse og velferd 2016 – 2027

Det nasjonale målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, et samfunn for alle. Fredrikstad kommune deltar i et nasjonalt prosjekt med mål om å utvikle Fredrikstad til en demensvennlig by som, gjennom hele sykdomsforløpet, tar vare på og integrerer personer med demens og deres pårørende i fellesskapet. Det krever større åpenhet og økt kunnskap om demens i Fredrikstadsamfunnet generelt og i helse- og velferdstjenesten spesielt.

Demensplan 2020 har fokus på to ting:

- Tiltak som kan settes inn før det blir nødvendig med heldøgnsstilbud
- Tiltak som kan støtte mestring og avlaste pårørende

I tråd med denne tankegangen er det i kommunens demensplan lagt vekt på forebygging, tidlig innsats og en styrking av tiltak til både personer med demens og deres pårørende.

Planen vektlegger diagnostisk utredning i rett tid, tett oppfølging etter diagnose og tiltak som bidrar til mestring, slik at personer med demens skal få bo hjemme lengst mulig og bevare høyest mulig selvstendighet og livskvalitet.

Samtidig ivaretar planen at de siste årene av livet med demens krever økt innsats for å legge til rette for tilpassete boforhold og omgivelser, meningsfulle dager, ernæring, pleie, smertelindring, palliativ behandling og pårørendestøtte.

I kvalitetsreformen *Leve hele livet* er målet at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Brukermedvirkning, hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering vil være sentralt i reformen. *Leve hele livet* skal spesielt handle om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.



¹ Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*

Om demens



HVA ER DEMENS?

Demens forårsakes av forskjellige hjerne-sykdommer og kjennetegnes ved kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet, samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse. Demens skyldes progredierende sykdommer som påvirker hele livssituasjonen både for de som er syke og deres pårørende. De som rammes vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp. Demens kan også medføre språksvikt, rom- og retningsproblemer, samt svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne. Personer som rammes av demens, får vansker med å lære nye ferdigheter, anvende innlærte ferdigheter eller å mestre dagliglivets aktiviteter. En del viser manglende innsikt, motorisk uro eller aggressivitet. Andre symptomer kan være angst, depresjon, hallusinasjoner og apati. Mange vil i startfasen kunne være deprimerte, engstelige og trekke seg tilbake. Senere forløpet vil det kunne være større endringer i personlighet og væremåte.

Omlag 60 prosent av alle med demens har Alzheimers sykdom. Andre vanlige former for demens er vaskulær demens, demens med Lewis-legemer eller demens ved Parkinsons sykdom og frontotemporal demens.

FOREKOMST OG FRAMSKRIVNING AV ANTALL PERSONER MED DEMENS

Wold Alzheimer Report (2015): The global impact of Dementia har de nyeste prevalenstillene fra demensforskningen i Europa. Disse er benyttet i framskrivning av forekomst i Fredrikstad i perioden 2019-2040 (se vedlegg 3).

I Fredrikstad er det en beregnet forekomst på 1251 personer med demens i 2019, 910 kvinner og 341 menn. Som følge av økt levealder og endret befolkningssammensetning forventes det at forekomsten vil bli nærmere fordoblet fram mot 2040. I 2040 er det beregnet 2275 personer med demens, 1587 kvinner og 689 menn.

Selv om demens sjelden forekommer før pensjonsalderen er det sannsynligvis om lag 5000 personer under 65 år som har demens i Norge². I Fredrikstad er det i alderen 60-64 år i 2019 beregnet 79 personer.

Det kan tenkes at antall nye demenstilfeller reduseres i noen aldersgrupper på grunn av sunnere livsstil og høyere utdanningsnivå blant morgendagens eldre.

Personer med utviklingshemming oppnår en høyere alder en tidligere. Hos personer med moderat til lett grad av utviklingshemming er risikoen for å utvikle demens større enn i befolkningen generelt. Personer med Downs syndrom har en klart høyere risiko for å få demens, i tillegg til at de får den i yngre alder.

Et høyt forbruk av alkohol kan påvirke kognitiv fungering og føre til utvikling av demens. Hos eldre er forekomsten av demens betydelig høyere blant dem som har et alkoholproblem³.

SYKDOMSVARIGHET

I prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens⁴, som ble gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2015, er det gjort en beregning på sykdomsvarighet.

Gjennomsnittlig sykdomsvarighet i deres materiale er 8,1 år. De deler den 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).

² <https://www.aldringoghelse.no/demens/demenssykdommer/> (9.4.2019)

³ KORFOR 2015 Eldres rusmiddelbruk.

⁴ Vossius C., Selbæk G, Ydstebø A.E. et al (2015) Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)

Grunnleggende tankesett



Personer med demens er personer med individuelle behov. Felles for alle er at det å ha demens påvirker hvordan de ser på seg selv, hvordan andre forholder seg til dem, og på sikt også hvordan de mestrer og håndterer livet sitt.

OVERORDNET FØRING

Tiltak og aktiviteter som iverksettes, skal være tilpasset personens behov og ta hensyn til interesser og ressurser etter prinsippene om personsentrert omsorg og behandling.

"Hva er viktig for deg?"

PERSONSENTRERT TJENESTETILBUD

Tjenestetilbudet må utformes ut fra den enkeltes ståsted, det vil si individuelle ønsker, ressurser, livssituasjon og sykdomshistorie – en ressurs- og personsentrert tjeneste.

Det skal legges vekt på brukermedvirkning og styrking av identitet og mestringsevne. Dette handler om å inngå et samarbeid med brukeren på en måte som styrker selvbildet og gir opplevelse av mestring på områder som brukeren selv opplever som betydningsfulle. Det vil igjen kunne styrke innsatsviljen og bidra til helse.

*Spørsmålet **Hva er viktig for deg?** er sentralt i det grunnleggende tankesettet*

FAKTA

Personsentrert helse og omsorg og behandling innebærer først og fremst at helse- og omsorgspersonell:

- møter personer med demens med respekt, slik at de inkluderes i et sosialt fellesskap, opplever aksept og empati og at deres følelsesmessige uttrykk blir tatt på alvor. Det er viktig med samtykke.
- gjør seg kjent med individuelle behov, ønsker, meninger og vaner, samt bakgrunn, livshistorie og kulturelle referanseramme slik at individuell behandling og omsorg ivaretas.
- i en individuell tiltaksplan vurderer og beskriver personens ressurser og sårbarhet knyttet til et bredt spekter av fysiske, psykologiske, kulturelle og åndelige behov. Tiltaksplanen skal regelmessig evalueres og justeres.
- bestreber seg på å sette seg inn i situasjonen slik den oppleves av personen med demens, og kommuniserer og gjennomfører tiltak basert på en slik forståelse.
- bestreber seg på å tolke og forstå utfordrende atferd (for eksempel aggressivitet, utagering eller passivitet/apati) som forsøk på å kommunisere behov. Slik atferd bør utredes for å finne eventuelle bakenforliggende årsaker, som igjen danner grunnlag for å prøve ut ulike tiltak.
- tilbyr og motiverer personer med demens, med aktiviteter tilpasset deres interesser, behov og ferdigheter.

OVERORDNET FØRING

Hverdagsmestring skal innføres som grunnleggende tankesett i alle kommunens tjenester⁵.

HVERDAGSMESTRING OG HVERDAGSREHABILITERING

Persontsentrert omsorg samsvarer med hverdagsmestring, som også er et grunnleggende tankesett i kommunens helse- og velferdstjenester. Med hverdagsmestring menes et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå.

Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt.

Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset, intensiv, tverrfaglig tjeneste der pasienten selv setter målene han/hun ønsker å oppnå. Målgruppen er personer som opplever et definert funksjonstap, er motivert og har et helserelatert potensiale for å gjennomføre målrettet trening med bistand av helsepersonell.

TIDLIG INNSATS

Personer med demens og deres pårørende bør ha kontakt med kommunen før behovet for hjelp oppstår. Da vil de vite hvem de kan kontakte ved behov for råd og veiledning og, over tid, få hjelp til å sikre rett tilbud til rett tid.

Det er viktig å introdusere endringer og tiltak tidlig i forløpet av demens. Gradvis utvikling av kognitiv svikt svekker evnen til å lære nye funksjoner og tilpasse seg sine omgivelser. Det kan for eksempel dreie seg om å gjøre endringer i egen bolig, flytte til en tilpasset bolig eller å ta i bruk hjelpemidler og velferdsteknologi. Tidlig innsats kan utsette bistandsbehov og avlaste pårørende.

Pårørendes innsats er vanligvis betydelig i den perioden en person med demens bor hjemme. Det er viktig med pårørendestøtte og avlastning fra en tidlig fase av sykdommen. Venner, kollegaer og andre blir mer og mer perifere i familiens nettverk etter hvert som sykdommen utvikler seg.

Forskning viser at personer med demens har et lavt omfang av hjemmetjenester før eventuell tildeling av langtidsplass i sykehjem. Utfordringen er å fange opp disse brukerne tidligere for å tilby tjenester som støtter dem i å være aktive, trygge og mestre livet i eget hjem og delta sammen med andre så lenge som mulig.



#hverdagsmestring

⁵ Plan for mestring, rehabilitering og habilitering 2016-2023, Fredrikstad kommune.

⁶ REDIC studien (2015)

Innsatsområder og utviklingsbehov



BRUKERMEDVIRKNING OG TYDELIGE FORVENTNINGS- AVKLARINGER

Selvbestemmelse, involvering og deltagelse

Personer med demens skal kunne delta i samfunnet på linje med andre.

Personer med demens og deres pårørende er eksperter på egen hverdag og vet hvor skoen trykker. De skal derfor involveres i beslutninger som angår dem selv og ha innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud. Det skal legges opp til prosesser som sikrer reell brukermedvirkning.

Den viktigste formen for brukermedvirkning er den som foregår i de daglige relasjonene mellom brukere, deres pårørende og de som yter tjenestene.

FAKTA

Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027 Strategi 1.1 Brukermedvirkning og tydelige forventningsavklaringer

Den enkeltes oppfatninger, erfaringer og behov skal legges til grunn for beslutninger om hvordan tjenestene utformes. Retten til brukermedvirkning bygger på den grunnleggende frihet alle mennesker har, og derav retten til å bestemme over seg selv. Selvstendighet, medbestemmelse og likeverd er også demokratiske verdier.

Tjenestemottaker skal være en aktiv deltaker, som opplever mestring og selvstendighet i forhold til egne mål og forutsetninger. Tydelige mål er en forutsetning for god tjenestekvalitet. For å kunne sette relevante mål og prioritere tiltak, må en ta rede på hva som er viktigst for tjenestemottakeren. Hva er viktig for deg?

VIPS- praksismodell er en modell for innføring av personsentrert omsorg. Den er anbefalt av Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse, og benyttes i Fredrikstad. Modellen er basert på [rammeverket V.I.P.S.](#) Bokstavene står for fire sentrale elementer:

- V** - alle mennesker har samme verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon
- I** - omsorgen er individuelt tilrettelagt
- P** - å ta perspektivet til personen med demens, se verden slik personen med demens ser den
- S** - et støttende sosialt miljø

Personsentrert omsorg skjer på flere måter.

Hjemmeboende brukere involveres og medvirker i forbindelse med kartleggingsbesøk og samarbeids- møter. På disse møtene avtales tjenestens innhold og besøkstidspunkt.

I forbindelse med tjenestetildeling innhentes det bakgrunnsopplysninger om den enkelte, også litt av deres livshistorie. Det nedtegnes opplysninger om hva bruker trives med, hva som er viktige hendelser i livet og interesseområder.

Alle brukere i heldøgns bemannede botilbud har primærkontakter. De gjennomfører regelmessige bruker- og pårørendesamtaler og det samarbeides blant annet om utarbeidelse av en tiltaksplan.

Mange virksomheter har innført pasientsikkerhets- tavler/risikotavler. På tavlene er det en oversikt over særlig viktige observasjoner og tiltak knyttet til den enkelte bruker. Tavla inneholder også opplysninger om *hva er viktig for deg* for den enkelte.

Det gjennomføres regelmessige brukerunder- søkelser innenfor de fleste tjenesteområdene. Bruker- og pårørendeundersøkelser blir presentert i årsrapporter og resultatene brukes systematisk til forbedring av tjenestene.

Det er etablert brukerråd eller strukturerte allmøter i alle sykehjem og på +Huset. Prøveordning videreføres i 2019 og ordningen på sykehjemmene skal evalueres av Høgskolen i Østfold.



UTVIKLINGSBEHOV

Mange personer med demens ønsker mer kunnskap om demens og å møte andre i samme situasjon. Bruerskole for personer med demens vil kunne være et tilbud som imøtekommer dette behovet. Bruerskolen skal gi den enkelte økt kunnskap om sykdommen og være møteplass for utveksling av erfaringer og gjensidig støtte. Tilbudet bør utvikles i nært samarbeid med brukerorganisasjonene og favne brukere med ulik kulturell bakgrunn og ulik alder.

Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM) har utviklet et strukturert undervisningsopplegg for personer med demens, kalt *Demensskolen*. Det finnes også andre modeller for bruerskoler.

Tilbud om deltagelse i samtalegruppe kan også være en måte å treffe andre i samme situasjon. Et slikt tilbud kan gi dem mulighet til å sette ord på tanker, følelser og opplevelser, og dele erfaringer om måter å mestre hverdagen og familielivet på.

SLIK GJØR VI DET:

- Informasjon om brukermedvirkning skal ha sentral plass i kurs og opplæring av ansatte⁹.
- Viderefører og videreutvikler personsentrert tjeneste.
- Vurderer å igangsette bruerskoler og/eller samtalegrupper.
- Vurderer å implementere resultater og anbefalinger fra ny forskning på personsentrert omsorg.

HELSEFREMMENDE ARBEID OG HVERDAGSMESTRING ER GRUNNLAGET I ALL TJENESTEYTING

Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen.

Den viktigste faktoren som disponerer for Alzheimers sykdom og demens er aldring. Jo eldre vi blir, jo større er sjansen til å få en demenssykdom. Ved siden av arvelighet og aldring fins det ulike faktorer i miljøet som kan disponere for demens.

Det finnes i dag ingen behandling som kan kurere demens. Det forskes på tiltak som kan bidra til å utsette eller forsinke sykdomsutviklingen og minske konsekvensene.

Det er heller ingen klare svar på hvordan demens kan forebygges. Men forskning peker på betydning av livsstil. Diabetes, høyt blodtrykk, røyking, overvekt, depresjon og fysisk inaktivitet kan gi økt fare for utvikling av demens. Endring av livsstil gir derfor håp om å forebygge eller utsette demenssykdom. Det samme gjelder risiko for hjerte-kar sykdommer.

Det sies ofte at *det som er godt for hjertet er godt for hjernen*.

⁹ Demensplan 2020

FAKTA

Faktorer som påvirke utvikling av demens:

- Fall, ensomhet og kognitiv svikt er tre faktorer som påvirker hverandre gjensidig. Redusert allmenntilstand på ett område får gjerne konsekvenser for andre områder.
- Depresjon: Gjentatte moderate eller tunge depresjoner i løpet av livet er forbundet med en lettere økt risiko for å utvikle demens.
- Fysisk aktivitet: Regelmessig mosjon og fysisk aktivitet livet gjennom nedsetter risikoen for å utvikle demens.
- Røyking: Røykere har en økt risiko for å utvikle demens når de blir eldre.
- Kost og ernæring: Et kosthold med et høyt innhold av grønnsaker, frukt, fullkornsprodukter, belgfrukter, fisk og planteoljer kan gi nedsatt risiko for demens.
- Alkohol: Et høyt forbruk av øl, vin eller sprit er skadelig for hjernen og kan i visse tilfeller føre til demens. Et lavt forbruk av alkohol er forbundet med nedsatt risiko for demens.

Eldre personer med demens inngår i risikogruppen for å utvikle underernæring. Mat, ernæring og måltider krever spesiell oppmerksomhet og tilrettelegging. Det er opparbeidet en del kompetanse på demens og måltidssituasjoner. Når man dekker bordet er det for eksempel viktig å unngå bruk av mange ting og mønstre, for å unngå uro og forvirring. Bruk av fargekontraster for å kunne se dekketøyet tydeligere kan gi trygghet. Like viktig er ro i rommet, god belysning, faste plasser og nok tid.

Tilrettelagte måltidssituasjoner og hjelpemidler skal som hovedregel prøves ut først når bruker har behov for ernæringsbistand. Satsning på mat og ernæring blir grundigere omtalt i kommunens Plan for mat og ernæring 2018-2025.

Syn og hørsel er for mange grunnleggende for å kunne ha kontakt med verden rundt seg. En kunnskapsoppsummering publisert i 2017, om risikofaktorer for å utvikle demens, konkluderte med at svekket hørsel var den enkeltfaktoren som bidrar mest til risiko for demens.

Fall, ensomhet og kognitiv svikt er tre faktorer som påvirker hverandre gjensidig. «Trygg på beina» er et kommunalt tiltak for hjemmeboende eldre som er i risikogruppa for fall. Hensikten er at eldre skal opprettholde best mulig funksjon og få tilrettelagt sine omgivelser hjemme.

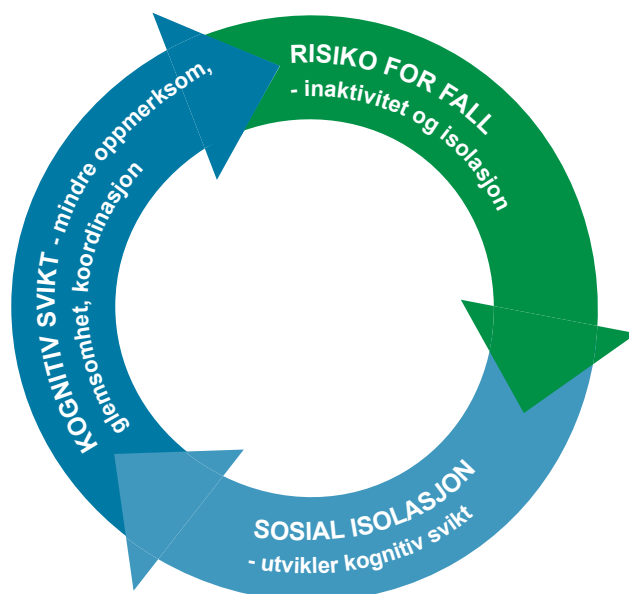
Kommunen har fokus på friskliv, å bevare helse og forebygge sykdom (livsstilssykdommer), og dette er en viktig strategi også for personer med demens.

Det tilbys en rekke friskliv- og mestringkurs som kan bidra til å forebygge livsstilssykdommer som hjerte-karsykdommer og demens.

+Huset er et sted der eldre selv kan organisere aktiviteter, og hvor kommunen driver forebyggende og helsefremmende arbeid.

En aktivitetspark for eldre er bygd på Holmen. Den er i bruk av innbyggere generelt og +Husets brukere. På sommeren er det daglig trening i parken, ledet av personale fra +Huset.

Kommunen har en helsestasjon for eldre der personer over 60 år kan få råd og veiledning for forebygging av helseplager og samtale rundt lettere helseproblemer.



Figur 1 - Fallsirkelen kan snus til en "mulighetssirkel" ved hjelp av forebyggende tiltak, innovative grep, og riktig bruk av teknologi.

Velferdsteknologi og hjelpemidler kan være en støtte for personer med demens og deres pårørende. De kan bidra til at hverdagen blir enklere og tryggere. Velferdsteknologi og hjelpemidler må tilpasses individuelt og samspille med de mestringstiltak og tjenester som bruker mottar.

Det er i hovedsak tre teknologiområder som har størst relevans ved kognitiv svikt:

- Mestringsteknologi og kognitive hjelpemidler
- Digitale tilsyn med bruk av kamera og sensorteknologi for tilsyn og oppfølging av hendelser
- Lokaliserings- og sporingsteknologi for å gi bruker frihet for aktiv utfoldelse og trygghet for pårørende.

Bruk av velferdsteknologi og hjelpemidler forutsetter god etisk refleksjon og avklaring av samtykkekompetanse. Det krever også eventuelt vedtak ved bruk av inngripende teknologi, digitale tilsyn og lokaliseringsteknologi. Bruk av teknologi vil kunne oppleves som mindre inngripende og gi større frihet og personlig integritet enn tradisjonelle tjenester og virkemidler.

UTVIKLINGSBEHOV

Gode levevaner gir ikke bare gevinst i form av flere leveår, men bedre helse i de årene man lever. Ved å vektlegge informasjon og oppfølging tidlig i sykdomsforløpet kan det forebygges tilleggslidelser og gi bedre livskvalitet hos personer med demens og deres pårørende.

Det er ikke alltid lett å få oversikt over hvilke tjenestetilbud som kan være aktuelle for personer med demens. Informasjon om kommunens tjenester kan gjøres enda mer tilgjengelig og det kan utarbeides informasjonsmateriell spesielt rettet mot personer med demens og deres pårørende.

Da eldre personer med demens inngår i risikogruppen for å utvikle underernæring, er det nødvendig å ha en spesiell oppmerksomhet på mat og måltider. Spesielt utsatt er personer med demens som bor alene.

SLIK GJØR VI DET:

- Bidrar til spredning av folkeopplysning om demens.
- Utarbeider informasjonsmateriell om kommunens tjenestetilbud knyttet til demenssyke og sørger for at informasjonen er lett tilgjengelig elektronisk.
- Viderefører og forsterker arbeidet med hverdagsmestring.
- Viderefører og videreutvikler tilbudet innen forebygging og friskliv, med vektlegging av tidlig innsats. Iverksetter tiltak for å forebygge fallskader.
- Vektlegger mat og ernæringsstatus i alle tiltaksplaner.
- Har økt oppmerksomhet på sansesvikt.
- Har tidlig vurdering og tilpasning av hjelpemidler og velferdsteknologi.
- Viderefører og videreutvikler tilbudene på +Huset.
- Tilrettelegger for aktivitet og møteplasser i nærmiljøet.
- Har strukturert og styrket samarbeid med frivillige organisasjoner og frivilligsentralene.

Sansesvikt, både syn og hørsel, er assosiert med utvikling av demens¹¹. Det er viktig at fagpersonell er oppmerksom på dette for å sikre oppfølging. Kommunens syns- og hørselskontakter bistår med kompetanse og tjenester.

Kommunen vil fortsatt vektlegge fallforebygging, fysisk aktivitet og utvikling av gode møteplasser. Det planlegges flere aktivitetspark i kommunen som kan fungere som møteplasser og benyttes til fellesaktiviteter. Dette er et innsatsområde som egner seg godt til et samarbeid med frivillige organisasjoner.

¹¹ og ¹¹ Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., . . . Mukadam, N. (2017). *Dementia prevention, intervention, and care*. *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31363-6

PÅRØRENDE ER EN RESSURS OG VIKTIG SAMARBEIDSPART¹²

Demenssykdom handler om enkeltmenneskers liv, men også familiers og pårørendes opplevelser og erfaringer.

FAKTA

I en norsk studie fra 2015 går det også fram at pårørendes omsorgsinnsats er betydelig. Siste måned før innleggelse i sykehjem yter pårørende om lag 160 timer hjelp, mens det på samme tid bare gis gjennomsnitt 16 timer hjemmesykepleie og en til to timer hjemmehjelp, samt dagtilbud 1-2 ganger per uke til 1/5 av brukerne¹³.

Å være omsorgsgiver for en person med demens øker risikoen for å pådra seg helseskader.

Pårørende gir ofte uttrykk for at de trenger støtte, veiledning og gode avlastningstilbud. Det gjør at de kan kombinere omsorgsoppgaver med et yrkesaktivt liv, få egen-tid og fortsette med sosiale aktiviteter.

Behov for avlastning er ikke bare på dagtid, men av og til også på kveld og natt. Avlastningstilbudet må derfor i større grad bli gitt fleksibelt og differensiert og kunne gis på kort varsel. Forskning viser at ikke alle pårørende takker ja til avlastningstilbud. Det er viktig at de føler seg bekvemme og trygge med ordningen¹⁴.

En ny bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft 1. oktober 2017. Den samler og tydeliggjør kommunens ansvar overfor pårørende som har et særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunen har fått en tydeligere plikt til å foreta en selvstendig vurdering av pårørendes behov og fatte vedtak om tiltak i form av avlastning, informasjon, opplæring og veiledning, og omsorgsstønad (tidligere omsorgslønn). Avlastningstilbud kan dreie seg om dagaktivisering, dag- og døgnopphold i institusjon.

Overordnede føringer

Pårørende har rett til å få dekket sitt behov for nødvendig avlastning fra kommunen.

Dagaktivitetstilbud gir meningsfulle dager og gode opplevelser for den enkelte, og kan i mange tilfeller avlaste pårørende og bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

Pårørende som tar vare på sine nærmeste, gjør en avgjørende innsats og fortjener å bli møtt av et offentlig tjenesteapparat som arbeider sammen med dem og avlaster dem.

Strategi 1.2 Pårørende er en ressurs og en viktig samarbeidspart.

Når pårørende har langvarig og omfattende omsorgsinnsats, i tillegg til jobb og familie, kan dette øke risikoen for helseskader. Videre har pårørende, ofte ektefeller, til personer med demens krevende hverdager.

Et forebyggende tiltak for pårørendes helse kan være avlastningsordninger med fleksible løsninger. Det kan for eksempel være avlastning i hjemmet, dagtilbud eller aktivitetstilbud i samarbeid med frivillig sektor. Varighet og omfang av avlastning og/eller dagtilbud må individuelt tilpasses.



¹² Strategi 1.2 i Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027, Fredrikstad kommune

¹³ Berg m.fl. 2015

¹⁴ Demensplan 2020, side 45.

Aktivitet, mestring og avlastning¹⁵

Aktivisering og stimulering er viktig i alle faser av demensutviklingen.

Nasjonalforeningen for folkehelsen er pådrivere for å skolere frivillige som aktivitetsvenn. Aktivitetsvenner er frivillige som gjør aktiviteter sammen med personer med demens. Meningsfylte og stimulerende aktiviteter kan være med på å bremse utviklingen av demens og kan være et nyttig tiltak for å avlaste pårørende.

Helse- og omsorgstjenesteloven fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

Tilbudet skal gi aktivisering, gode opplevelser og en meningsfull hverdag for hjemmeboende. Et dagaktivitetstilbud vil kunne stimulere til å bygge opp under egenmestring tilpasset den enkeltes funksjon. Det forebygger også ensomhet, apati og depresjon hos den demenssyke samtidig som det er et godt avlastningstilbud for pårørende. Aktivitetstilbud er en sentral del av tjenestetilbudet for å støtte både hjemmeboende og beboerne som bor på omsorgsentrene.

Fredrikstad kommune har et differensiert dagaktivitetstilbud tilpasset ulike faser i utviklingen av demens og til ulike grupper med spesielle behov. Alle tilbudene er på dagtid, og de er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

Dagsentrene for eldre benyttes også av personer med lettere demenstilstand.

Inn på tunet er et tilbudet for yngre som er i en tidlig fase av sykdomsutviklingen og som har god fysikk. Ambulant dagaktivitetstilbud til personer med demens er et tilbud som skreddersys den enkelte bruker/families behov. Ofte dreier dette seg om brukere som ikke ønsker eller kan møte på et dagsenter. Tilbudet sikrer på den måten at pårørende likevel får et avlastningstilbud.

Kommunen har også spesielt tilrettelagte dagtilbud for personer med demens. Dette tilbudet er for brukere som har kommet lengre i sykdomsutviklingen og trenger et mer tilrettelagt miljøtiltak.

Informasjon og opplæring

Kommunen har i mange år drevet pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens i samarbeid med demensforeningen. Dette er i tråd med nasjonale føringer som ligger i Programmet for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk.

Det *nasjonale pårørendeprogrammet* er et læringsverktøy for ansatte i helse- og omsorgstjenesten i kommuner og helseforetak.

Programmet skal gi fagfolk økt kunnskap og trygghet i møte med pårørende. *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten* handler om involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten.

FAKTA

Programmet for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk

I første fase legges det vekt på tiltak som støtter pårørende og styrker samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og pårørende:

- fleksible avlastningsordninger
- pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning
- samspill og samarbeid
- forbedring av omsorgsstøtnadsordningen
- forskning og utvikling

¹⁵ Demensplan 2020

UTVIKLINGSBEHOV

Ny og omfattende forskning¹⁶ viser at selv om dagtilbud både gir bedre livskvalitet for brukerne og trygg og god avlastning for pårørende, så er det ikke slik at tilbudet nødvendigvis utsetter behovet for sykehjemsplass.

Rokstad (2018) skriver i en artikkel i Aldring og helse at en forklaring kan være at «*det ligger et ønske hos de ansatte i det å gi støtte til de pårørende blant annet i prosessen med å søke om sykehjemsplass. Da gruppene i dagtilbudet ofte ikke er inndelt etter funksjonsnivå, kan helsepersonellets ønske om å ha grupper som fungerer godt sammen gjøre at de vil være behjelpelige med å få dem med lavere kognitivt og praktisk funksjonsnivå inn på sykehjem*»¹⁷.

Når det gjelder målet om en utsettelse av sykehjemsplass, så kan innholdet i dagaktivitetstilbudet være avgjørende for å få dette til. Det som gjøres av aktiviteter i dagtilbudet, og differensieringen etter hva brukerne klarer å få til, vil kunne ha betydning. Det er behov for å utvide aktivitetstilbudet og tilby mer fleksible åpningstider for at pårørende skal få dekket sitt behov for nødvendig avlastning.

Tilbudet om pårørendeskole har vært vellykket. Med en framtidig økning av antall personer med demens vil det være nødvendig med en utvidelse av tilbudet

Fredrikstad har flere tiltak knyttet til pårørende. For eksempel er det etablert et pårørendesenter for alle pårørendegrupper.

Kommunen vil vurdere å se nærmere på en samordning av alle tilbud til pårørende med tanke på synergieffekter og for å skape et større robust fagmiljø.

SLIK GJØR VI DET:

- Implementerer pårørendeveilederen¹⁸.
- Vurderer å utarbeide en egen strategi for brukermedvirkning og pårørende.
- Vurderer utvidelse og ytterligere differensiering av tilrettelagte dagtilbud.
- Vurderer økt tilbud om avlastnings- og korttidsopphold.
- Planlegger å utvide tilbudet om pårørendeskole.
- Engasjerer innbyggerne i frivillig arbeid.

DIAGNOSE TIL RETT TID OG OPPFØLGING ETTER DIAGNOSE

Eldre personer utredes først og fremst i primærhelsetjenesten. Fastlegen kan foreta hele utredningen selv, men ofte kan det være hensiktsmessig å samarbeide med demensteamet eller demenskoordinator om dette. Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utarbeidet et utredningsverktøy som anbefales brukt. Det er flere tilstander som ligner på demens, men som kan behandles. Lavt stoffskifte og depresjon er eksempler på dette. Utredning er viktig for å sikre at slike tilstander oppdages og behandles.

Leger i kommunehelsetjenesten kan søke råd i spesialisthelsetjenesten ved Sykehuset Østfold, og pasienter kan henvises til spesialistvurdering ved behov. Det kan også henvises til hukommelsespoliklinikken ved Oslo Universitetssykehus Ullevål. Dette er i hovedsak aktuelt for unge pasienter og ved særlig kompliserte tilfeller.

¹⁶ Rokstad AMMM, Engedal K, Kirkevold Ø et al (2018) The impact of attending day care designed for home-dwelling people with dementia on nursing home admission: a 24-month controlled study, BMC Health Services Research.

¹⁷ <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/kan-dagtilbud-utsette-behovet-sykehjemsplass/>

¹⁸ IS-nummer: 2587

FAKTA

Nasjonale faglige retningslinjer om demens omhandler:

- Aktuelt lovverk
- Krav til kompetanse om demens
- Personsentrert omsorg og behandling ved demens
- Etablering av tverrfaglig team/koordinator i kommunen
- Basalutredning ved mistanke om demens og oppfølging etter diagnose
- Grupper som kan ha særlige behov: Utredning og oppfølging ved demens
- Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens
- Ernæring og oral helse ved demens
- Velferdsteknologi ved demens
- Botilbud ved demens
- Pårørende til personer med demens
- Legemidler

Mange som får en demensdiagnose har ikke et umiddelbart behov for tjenester, men har likefullt behov for en oppfølging for å bearbeide egne reaksjoner, opprettholde best mulig funksjonsnivå og planlegge framtiden. Svært mange peker på behovet for en fast kontaktperson i kommunen, en koordinator, som kan gi informasjon om tilbudet som finnes og gi veiledning og støtte i en vanskelig situasjon. For noen innebærer en demensdiagnose også konsekvenser for arbeidsliv og økonomi.

Perioden etter at diagnosen er satt er omtalt som *den stille fasen*. Mangelfull oppfølging kan føre til depresjon, tilbaketrekning, sosial isolasjon og unødvendig funksjonstap. En demensdiagnose ledsages for sjelden av en kartlegging av pasient og pårørendes eventuelle behov for oppfølging, slik at hensiktsmessige tiltak kan settes i verk.

Tidlige tegn er et kartleggingsverktøy for oppfølging av voksne og eldre personer med utviklingshemming for å avdekke funksjonsfall og sykdom. For å fange opp endringer i helsetilstanden så tidlig som mulig og sikre systematisk oppfølging er det nødvendig at helsepersonell har gode rutiner.

Overordnede føringer

Tjenestene skal være forsvarlige og den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud¹⁹.

Det er primærlege (fastlege/sykehjemslege) som har ansvaret for at utredning blir tilbudt pasienten til rett tid. Annet helse- og omsorgspersonell som er i regelmessig kontakt med en pasient/bruker, for eksempel hjemmesykepleie, bør være oppmerksomme på endringer i tenkning og/eller dagliglivets funksjon som kan gi mistanke om demenssykdom²⁰.

Fredrikstad kommune har deltatt i det nasjonale programmet *Oppfølging etter demensdiagnose* og har gjennom programmet utviklet og tatt i bruk en modell for oppfølging. Tiltakene som anbefales fra det nasjonale programmet vil bli integrert i de årlige handlingsplanene til etatene.

Modell for oppfølging etter demensdiagnose:

Demensteamet mottar henvisning fra fastlegen/spesialisthelsetjenesten etter diagnosen er satt. Kontakt skal etableres etter to uker.

Hvis brukeren takker nei til tilbudet: ny kontakt innen 1 mnd. og senest etter 6 mnd.

Hvis brukeren takker ja til tilbudet: hjemmebesøk innen 3 mnd.

Hjemmebesøk med fokus på Hva er viktig for deg? Tilpasset informasjon om tjenestetilbudene i kommunen.

Avtale nytt hjemmebesøk innen 6 mnd.

Hjemmebesøk og/eller kontakt per telefon etter avtale med bruker.

Demensteamet tar kontakt med demenskoordinator og/eller ressursperson på aktuelle team ved overgang til hjemmesykepleietjenesten.

¹⁹ Helse og omsorgstjenesteloven §4-1.

²⁰ Nasjonal faglig retningslinje om demens 2017

UTVIKLINGSBEHOV

Etat hjemmesykepleie planlegger innføring av *Tiltakspakke demens*, en modell med strukturert, faglig og individuelt tilpasset oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Aleneboende personer er mer utsatt enn de som har en nær person som de kan støtte seg til. Målet er at personer med demens skal få bo lengst mulig i eget hjem, og at pasient og pårørende skal oppleve trygghet og støtte gjennom det samlede tjenestetilbudet. Modellen bygger på prinsippene for personsentrert omsorg.

God oppfølging av personer med demens krever tett samhandling mellom hjemmetjenestene og brukernes fastleger. Det er viktig med en samordnet legetjeneste og et godt samarbeid mellom legetjenesten og hjemmetjenestene for å sikre en god oppfølging gjennom hele forløpet²¹.

På grunn av hukommelsessvikt har brukerne ofte vanskeligheter med selv å gi adekvat informasjon om sin situasjon. Hjemmetjenesten må av den grunn sette av tid for å få oversikt over situasjonen og sikre at de får dekket grunnleggende behov som et måltid mat eller det å få stelt seg. Kommunikasjon og samarbeidet med bruker kan være krevende, og det må tilstrebes kontinuitet gjennom få og faste personer rundt brukerne.

Lavterskeltilbudene bør ha en viktig funksjon når det gjelder å fange opp og støtte brukere med en kognitiv svikt før en diagnosen er satt, gi råd og veiledning og sikre at de får nødvendig bistand.

SLIK GJØR VI DET:

- Øker kompetansen om demens hos ansatte i ulike lavterskeltilbud.
- Implementerer *nasjonal faglig retningslinje om demens*.
- Sørger for at fastleger og sykehjemsleger er kjent med og tar i bruk nasjonal faglig retningslinje om demens.
- Implementerer anbefalte resultater fra modellen som utvikles i det nasjonale prosjektet *Oppfølging etter demensdiagnose*.
- Vurderer å innføre/implementere *Tiltakspakke demens*.
- Personer med demens som har behov for flere og koordinerte tjenester får en koordinator og eventuelt en individuell plan.
- Implementerer *Tidlige tegn*.

ET TILPASSET TJENESTETILBUD

Pasientforløp med systematisk oppfølging

Gode tjenester for personer med demens er individuelt tilpasset den fasen av sykdommen som personen befinner seg i.

Demenssykdommer er progredierende, det vil si at den tilarter og forverres over tid. Det er stor variasjon i hvordan sykdommen utvikler seg, og ikke minst veldig forskjellig hvordan den enkelte mestrer og håndterer sykdommen.

Mange vil ha behov for omfattende hjelp og pleie gjennom store deler av sykdomsforløpet. Det er behov for å innrette tjenestene både organisatorisk, fysisk og innholdsmessig slik at personen med demens kan håndtere både atferdsmessige og psykiske symptomer og kroppslige funksjonsendringer.

Vi innretter tjenestene ved å tilpasse boforhold og omgivelser, bidra til meningsfulle dager, god ernæring, pleie, smertelindring og palliativ

²¹ Demensplan 2020, 29

Smertelindring

I flere nasjonale dokumenter er det beskrevet hvilke utfordringer man står overfor i forhold til smertelindring hos pasienter med demens.

«Smerter, ofte sammensatte, forekommer hyppig hos pasienter med demens. Studier viser at 60–80 % av sykehjemspasienter har smerter. Særlig de med langkommet demens er ikke i stand til å uttrykke smerte pga. redusert hukommelse, svekket språkbeherskelse og manglende refleksjonsevne. Sykehjemspasienter med demens får i mindre grad smertestillende behandling.»²²

Pasienter med demens kan risikere å ikke få tilstrekkelig smertelindring. En av årsakene til dette kan være mangelfull kartlegging og måling av smerte. Det pekes også på hvor viktig det er med kompetanse, faglig omstilling, nye arbeidsformer og tverrfaglig samarbeid for å sikre gode tjenester for uhelbredelig syke og døende mennesker.

Kommunen bruker Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) som evalueringsinstrument, for å kartlegge smerte hos pasienter med demens.

Legemiddelhåndtering

Mange personer med demens har flere sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Med høyere alder øker risikoen for multisykdom og dermed også antall legemidler som brukes.

Flere virksomheter har deltatt i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet og fått opplæring i legemiddelgjennomgang. Kommunen har også egne prosedyrer på dette.

Musikkterapi

Musikkterapi kan øke velvære og redusere symptomer på depresjon og angst hos personer med demens.

Referanse: <https://sykepleien.no/>

FAKTA

Legemiddelgjennomgang og kartlegging av ernæringsstatus er to kvalitetsindikatorer som kommunen rapporterer på gjennom IPLOS²³.

Veilederen for kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov inneholder krav og anbefalinger for mer strukturert oppfølging av brukere som har behov for tjenester fra mange aktører. Den retter seg til ledelsen i kommunene og utfordrer til tjenesteutvikling som ivaretar den enkeltes helhetlige behov²⁴.

Palliativ behandling

Demenssykdom er en kronisk, progredierende og dødelig tilstand. En palliativ tilnærming er derfor viktig.

Palliasjon betyr lindring. Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon slik²⁵:

«Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnærmingssåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.»

For personer med demens kan fasen for palliativ behandling vare i flere måneder. En palliativ tilnærming består av tre hovedelementer: symptomlindring, livskvalitet og omsorg ved livets slutt.

Palliasjon for personer med demens og deres pårørende forutsetter gode kommunikasjons- og beslutningsprosesser over tid mellom personen med demens, pårørende og personalet. Målsettingen for tiltakene som settes inn må endres når sykdomsutviklingen, funksjonsnivå, symptomer eller behov tilsier det.

²² B.S. Husebø (2009) Smerteevaluering ved demens, Tidsskriftet Den Norske Legeforening Helse og omsorgstjenesteloven §4-1.

²³ Nasjonal faglig retningslinje om demens 2017. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg>

²⁴ Veileder for kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov

²⁵ WHO, 2002

UTVIKLINGSBEHOV

Videreutvikling av pasientforløp, gode overganger og samarbeid på tvers av etater og virksomheter vil være fokus framover.

Alle hjemmeboende skal ha tilbud om primærkontakt/koordinator og det kan utarbeides individuell plan. Denne måten å organisere på blir også en støtte og trygghet for pårørende. Målet er at hverdagen skal være forutsigbar og trygg for pasienter, pårørende og personale.

Kommunen har satt i gang arbeid på flere områder for å sørge for en tett oppfølging i alle faser av sykdommen. Mange nye tiltak er iverksatt og skal videreutvikles innen forebygging, tidlig intervensjon, velferdsteknologi, diagnostisering og oppfølging etter diagnose, som tidligere beskrevet.

Vi må ha kontinuerlig fokus på risikoområder hos personer med demens og deres pårørende. Det er viktig at vi implementerer kartleggingsverktøy og driver opplæring i bruk av disse (palliasjon, ernæring, smerteproblematikk, samtykkekompetanse, tvang, legemiddelbruk, ensomhet, fall).

SLIK GJØR VI DET:

- Videreutvikler gode overganger og samarbeid på tvers av etater og virksomheter.
- Implementerer aktuelle kartleggingsverktøy i oppfølging av risikoområder for personer med demens.
- Følger opp og implementerer forslag fra Plan for mat og ernæring 2018-2025.

UTVIKLE DIFFERENSIERTE BOTILBUD²⁶

Tilrettelagte boforhold og omgivelser²⁷

I Demensplan 2020 beskrives et ønske om et mer demensvennlig samfunn, og ikke egne samfunn for personer med demens.

Et mer demensvennlig samfunn handler om å møte personer med demens på en god måte. Gjennom at flere i samfunnet kan litt mer om demens, blir det lettere å leve med sykdommen og resultatet er et vennligere samfunn for alle.



Nasjonalt planlegges det å utvikle en opplæringspakke om demens for ulike samfunnssektorer, herunder arbeidsliv og servicenæringer.

To eksempler på tilrettelegging i demensvennlige samfunn:

En kvinne med Alzheimers sykdom skal handle mat og har med seg en huskelapp, men finner ikke varene hun skal ha i butikken. I en demensvennlig butikk vil en ansatt observere fortvilelsen hos kvinnen og ile til for å hjelpe.

En mann med vaskulær demens skal ha en samtale på NAV. Han kommer til resepsjonen, men klarer ikke helt å fortelle hva han skal og hvem han skal møte. På et demensvennlig NAV-kontor har alle kunnskaper om språkproblemer som kan følge med en demenssykdom, og hjelper mannen å finne navnet på den han skal møte: Var det Olav Hansen? Nei, var det Jenny Olavsens?

Det er viktig med folkeopplysning og kurs/opplæring om demens for ulike deler av samfunnet for at personer med demens skal bli møtt med respekt og føle seg integrert i samfunnet. Fredrikstad kommune har satt seg som mål å bli en demensvennlig by. Arbeidet med å tilby kurs for kafeansatte, butikkansatte, drosjesjåfører og andre har startet opp og videreføres.

²⁶ Strategi 2.3 i Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027

²⁷ Demensplan 2020

²⁸ Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027

Gode omgivelser og boforhold er viktige forutsetninger for å ivareta trygghet, et aktivt liv med sosial kontakt og kunne mestre hverdagen. Både private og kommunale boliger kan bli mer demensvennlige dersom man sikrer god universell utforming og livsløpsstandard. Sammen med velferdsteknologi og smarthus-funksjonalitet kan boligen tilpasses bruker etter deres funksjonsnivå og livsfase.

Demensplan 2020 viser til kunnskap om at små og oversiktlige bomiljøer med få beboere er gunstig for personer med demens. Med slik kunnskap kan vi unngå at bomiljøet forsterker symptomer og sykdomsutvikling og reduserer mestringsevnen.

STRATEGI 2.3 UTVIKLE DIFFERENSIERTE BOTILBUD²⁸

Flere boalternativer for eldre og syke
Langtids plass i sykehjem skal prioriteres til personer med langt kommet demens, og til de aller sykeste med behov for omfattende oppfølging, behandling og pleie.

Rehabiliterer og bygge ut sykehjemsplasser
Det skal utarbeides en kapasitetsplan for helse- og velferdsbygg, og gjennomføres et systematisk og planmessig arbeid med rehabilitering og utbygging av sykehjemsplasser og heldøgns omsorgstilbud.

UTVIKLINGSBEHOV

Nye private og kommunale boliger bør sikres infrastruktur for smarthus, velferdsteknologi og universell utforming.

Tjenester og botilbud bør differensieres. Yngre personer med demens, rusavhengige og personer med psykisk utviklingshemming er brukergrupper som har fått eller kan få geriatrisk sykdom tidligere enn befolkningen generelt.

Tjenestetilbudet og botilbudene må individuelt tilpasses. Små forsterkede enheter for personer med demens med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer i form av uro og utagering, vurderes som vellykket. Slike tilbud kan og bør derfor styrkes.

SLIK GJØR VI DET:

- Videreutvikle Fredrikstad til et demensvennlig samfunn.
- Legge til rette for tidlig bruk av velferdsteknologi, trygghets- og mestringsteknologi i kommunale og private boliger.
- Vurdere differensieringen av heldøgns omsorgsplasser og tilbud til nye brukergrupper.

FORSKNING, KUNNSKAP OG KOMPETANSE

Økt kunnskap om demenssykdommer er et av kjerneelementene for å gjøre samfunnet mer demensvennlig. Det er viktig for enkeltmennesker som lever med en demenssykdom å ha kunnskap om sykdommen. Befolkningen som helhet og ulike samfunnssektorer trenger informasjon for å tilrettelegge og ivareta for personer med demens²⁹.

En annen stor utfordring for demensomsorgen er å sikre tilgang på tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert helse- og sosialpersonell. Dette sikres først og fremst gjennom utdannings- og rekrutteringstiltak og en styrking av den faglige kompetansen om psykisk helse, geriatri og demens.

Det er behov for et bedre kunnskapsgrunnlag for å planlegge, utvikle og forbedre tjenestene til personer med demens og bidra til å løfte statusen i demensomsorgen.

Opplæringsprogram

Eksempler på aktuelle opplæringsprogram er Demensomsorgens ABC og Miljøbehandlingens ABC. Disse er utviklet og kvalitetssikret av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Etisk kompetanse

Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo skal sikre et langsiktig og helhetlig arbeid med utviklingen av den etiske kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etisk kompetanse står sentralt når det gjelder å håndtere etiske utfordringer og dilemmaer knyttet til personer med demens og deres pårørende. Fredrikstad kommune oppretter et etikkråd for helse og velferd i 2018. Rådet skal drøfte saker som helsepersonell,

²⁸ Kommunedelplan Helse og velferd 2016-2027

²⁹ Demensplan 2020

pasienter, brukere, beboere eller pårørende opplever som vanskelige eller ubehagelige fordi det går på verdien løst. Rådet vil primært jobbe med etiske utfordringer som oppstår «ved sengen», eller i møtet mellom helsepersonell og pasient/bruker.

Mange vanskelige situasjoner løses i hverdagen, men i enkelte situasjoner oppstår det tvil om hva som er den beste løsningen. Etikkrådet kan da bistå til en bredere drøfting av utfordrende verdspørsmål, gjennom en tverrfaglig systematisk drøfting.

Kunnskapsgrunnlaget og forskning

Norges forskningsråd skal/har etablert tre nye store tverrgående 10-årige programmer. Disse er et nytt stort program for tjenesteforskning Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HelseVel), samt to større programmer på henholdsvis praksisnær, klinisk forskning og forebygging. Midler til omsorgsforskning og til oppbygging av infrastruktur for omsorgsforskning vil inngå i programmet for tjenesteforskning.

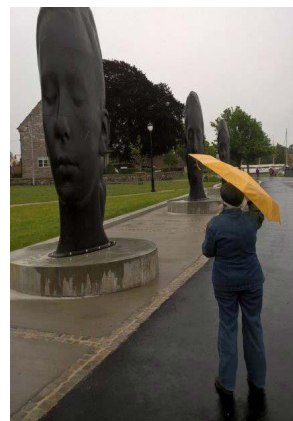
UTVIKLINGSBEHOV

Det er behov for å øke kunnskapsgrunnlaget om de kommunale helse- og omsorgstjenestene både knyttet til aktivitet og kvalitet. Det etableres derfor et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Formålet med registeret skal være å samle inn og gjøre tilgjengelig systematiske og pålitelige data fra alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Data fra registeret vil blant annet kunne brukes som grunnlag for administrasjon, styring, kvalitetsutvikling og forskning. Det er behov for å styrke kommunenes fagsystemer og sikre god beslutnings-, og prosessstøtte for ansatte i tjenestene.

SLIK GJØR VI DET:

- Tar initiativ til, bidrar og legger til rette for forskning i primærhelsetjenesten for å utvikle gode tiltak og tjenester til personer med demens.
- Kartlegger, planlegger og sikrer kompetanseheving i alle aktuelle tjenesteområder gjennom kompetanseplaner.
- Deltar aktivt i prosjekter som handler om tjenesteutvikling
- Videreutvikler fora for tverrfaglig samarbeid innad i kommunen og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.



Slik vil vi ha det og slik gjør vi det



SLIK VIL VI HA DET:

SLIK GJØR VI DET:

**Brukermedvirkning
og tydelige
forventningsavklaringer**

- Informasjon om brukermedvirkning skal ha en sentral plass i kurs og opplæring av ansatte.
- Videreføre og videreutvikle personsentrert tjeneste.
- Brukerskoler og/eller samtalegrupper planlegges igangsatt.
- Resultater og anbefalinger fra ny forskning på personsentrert omsorg vurderes implementert.

**Helsefremmende
arbeid og hverdags-
mestring er grunnlaget
i all tjenesteyting**

- Bidra til spredning av folkehelseopplysning om demens.
- Utarbeide informasjonsmateriell om kommunens tjenestetilbud knyttet til demens og sørge for at informasjon er lett tilgjengelig elektronisk.
- Videreføre og forsterke arbeidet med hverdagsmestring.
- Videreføre og videreutvikle tilbudet innen forebygging og friskliv, med vektlegging av tidlig innsats. Iverksette tiltak for å forebygge fallskader.
- Mat og ernæringsstatus vektlegges i alle tiltaksplaner.
- Økt oppmerksomhet på sansesvikt.
- Tidlig vurdering og tilpasning av hjelpemidler og velferdsteknologi.
- Videreføre og videreutvikle tilbudene på +Huset.
- Tilrettelegge for aktivitet og møteplasser i nærmiljøet.
- Strukturert og styrket samarbeid med frivillige organisasjoner og frivilligsentralene.

**Pårørende er en ressurs
og viktig samarbeidspart**

- Implementere pårørendeveilederen.
- Vurdere å utarbeide en egen strategi for brukermedvirkning og pårørende.
- Implementere nye regler om støtte til pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid, med blant annet ny prosedyre for saksbehandling.
- Vurdere utvidelse og ytterligere differensiering av tilrettelagte dagtilbud.
- Vurdere økt tilbud om avlastnings- og korttidsopphold.
- Planlegge utvidet tilbud om pårørendeskole.
- Engasjere innbyggerne i frivillig arbeid.

INNBYGGERNE HAR MULIGHET FOR ET SELVSTENDIG OG VERDIG LIV

SLIK VIL VI HA DET:

Diagnose til rett tid og oppfølging etter diagnose

SLIK GJØR VI DET:

- Øke kompetansen om demens hos ansatte i ulike lavterskeltilbud.
- Implementere nasjonal faglig retningslinje om demens.
- Sørg for at fastleger og sykehjemsleger er kjent med og tar i bruk nasjonal faglig retningslinje om demens.
- Implementere anbefalte resultater fra modellen som utvikles i det nasjonale prosjektet *Oppfølging etter demensdiagnose*.
- Vurdere å innføre/implementere *Tiltakspakke demens*.
- Personer med demens som har behov for flere og koordinerte tjenester får en koordinator og eventuelt en individuell plan.
- Implementere *Tidlige tegn*.

Et tilpasset tjenestetilbud

- Videreutvikle gode overganger og samarbeid på tvers av etater og virksomheter.
- Implementere aktuelle kartleggingsverktøy i oppfølging av risikoområder for personer med demens.
- Følge opp og implementere forslag fra Plan for mat og ernæring 2018 - 2025.

ALLE BOR TRYGT, I EGNET BOLIG

SLIK VIL VI HA DET:

Differensierte botilbud

SLIK GJØR VI DET:

- Videreutvikle Fredrikstad til et demensvennlig samfunn.
- Legge til rette for tidlig bruk av velferdsteknologi, trygghets- og mestringsteknologi i kommunale og private boliger.
- Vurdere differensieringen av heldøgns omsorgsplasser og tilbud til nye brukergrupper.

HELSE- OG VELFERDSTJENESTENE ER LIKEVERDIGE, TRYGGE OG EFFEKTIVE

SLIK VIL VI HA DET:

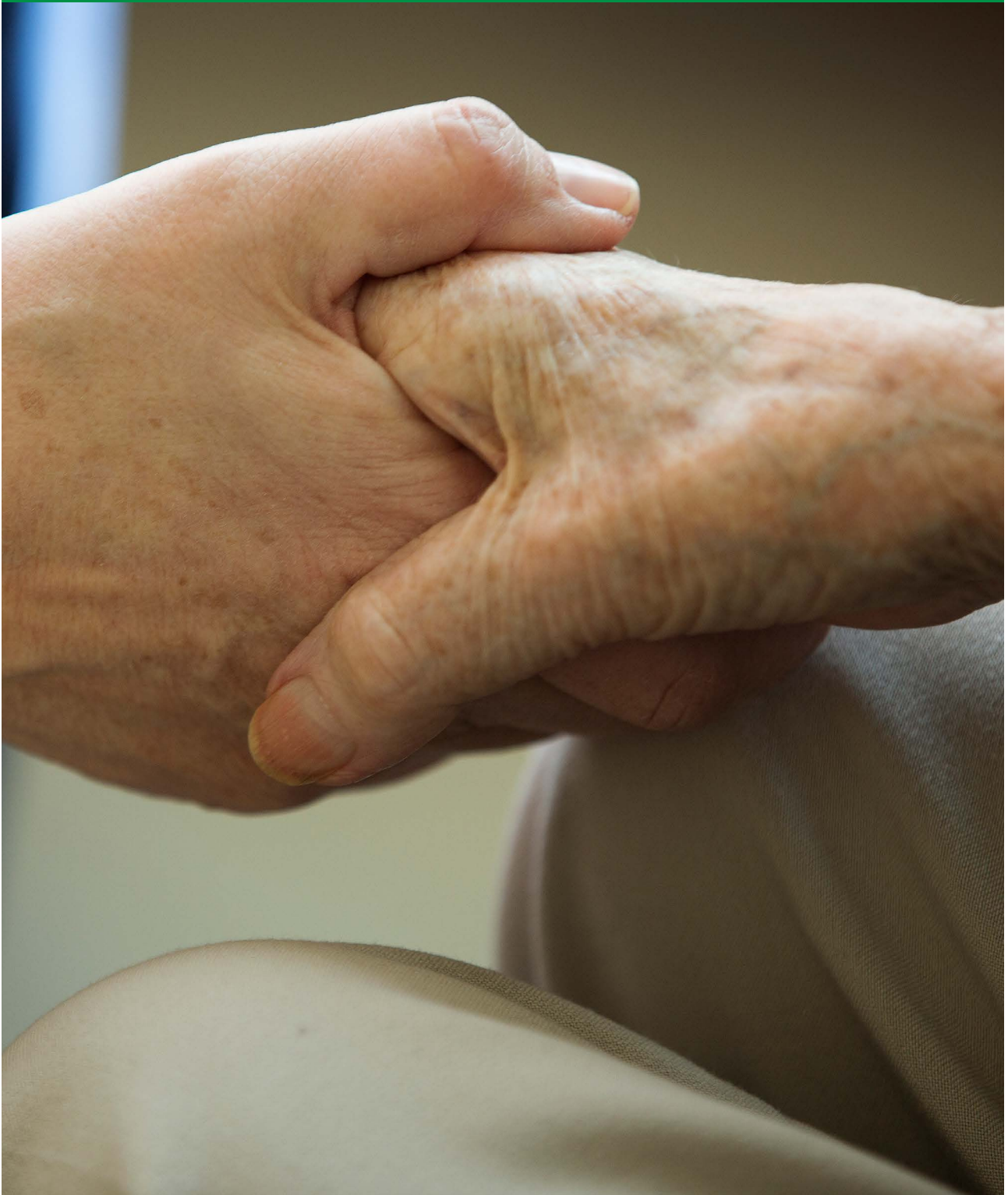
Forskning, kunnskap og kompetanse



SLIK GJØR VI DET:

- Ta initiativ til, bidra og legge til rette for forskning i primærhelsetjenesten for å utvikle gode tiltak og tjenester til personer med demens.
- Kartlegge, planlegge og sikre kompetanseheving i alle aktuelle tjenestekområder gjennom kompetanseplaner.
- Aktivt delta i prosjekter som omhandler tjenesteutvikling.
- Videreutvikle fora for tverrfaglig samarbeid innad i kommunen og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg



Dagens tilbud

SAMARBEID MED FRIVILLIGE ORGANISASJONER

Nasjonalforeningen Fredrikstad demensforening.

Målsettingen er å spre informasjon om sykdommen demens, samt å påvirke det offentlige for å skape bedre tilbud og tjenester til personer med demens. Demensforeningen har flere tilbud både selvstendig og i samarbeid med kommunen.

Frivilligsentralen

Frivilligsentralen er en møteplass som formidler kontakt mellom mennesker i lokalmiljøet - noen trenger hjelp og andre ønsker å hjelpe.

På politisk nivå er formålet med Frivilligsentralene å legge til rette for økt deltagelse, lokalt engasjement og å skape gode vilkår for frivillig innsats lokalt. Frivilligsentralene skal være lokalt forankrede møteplasser, som er åpne og inkluderende for alle som har lyst til å delta innen frivillig virksomhet. Sentralene skal initiere, mobilisere og samordne frivillig aktivitet på lokalt plan. Aktivitetene legges opp i tråd med lokale forutsetninger med vekt på samarbeid med frivillige, lag/foreninger og det offentlige.

Pårørendeskole

Fredrikstad kommune gjennomfører pårørendeskole for pårørende til personer med demens en gang i året. Kurset går over seks kvelder med fast tema for hver kveld. Pårørendeskolen gjennomføres i samarbeid med Demensforeningen i Fredrikstad og Hvaler kommune.

HELSEFREMMENDE OG FOREBYGGENDE TJENESTETILBUD

Et mer demensvennlig samfunn

Fredrikstad arbeider for å gjøre kommunen til et demensvennlig samfunn, i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen, Demensforeningen og andre aktører.

Et mer demensvennlig samfunn handler om å møte personer med demens på en god måte. Gjennom at flere i samfunnet kan litt mer om demens, blir det lettere å leve med sykdommen og resultatet er et vennligere samfunn for alle. Målet 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 mulig for dem å utføre vanlige hverdagsaktiviteter, som for eksempel:

- Å handle, bruke offentlig transport og kommunisere med offentlige myndigheter.
- Delta i foreningsliv, være i fysisk aktivitet, bruke kulturaktiviteter som for eksempel bibliotek, kino og konserter.

Personell i offentlig og privat servicenæring har fått opplæring og/ eller tilbud om opplæring i hvordan de best mulig kan møte mennesker med demens. Det har vært gjennomført informasjon til representanter fra taxisentralen, servicetorget, vakt og sikring, og parkering og transport i kommunen.

Demensteamet og demensforeningen har i samarbeid foreløpig undervist ansatte på cafe Magenta, servicetorget, et utvalg av butikkene i Østfoldhallen og menigheter. Det er dialog med flere deler i Fredrikstadsamfunnet, flere kjøpesentra, butikker og parkering og transport.

Frisklivssentral

Frisklivssentralen er et forebyggende lavterskeltilbud. Målgruppen er personer som har behov for hjelp til å komme i gang med livsstilsendring innen fysisk aktivitet, kosthold og røyking. Fastlegen henviser til frisklivssentralen, via en frisklivsresept. Frisklivssentralen tilbyr for eksempel: Frisklivssamtale, frisklivstrening (gruppetrening), kostholdsgruppe, røykesluttgruppe, livsstil- og endringsgruppe, KID-kurs (kurs i depresjonsmestring).

Ergoterapi og fysioterapi

Ergoterapi innebærer blant annet trening på aktiviteter i hverdagen, tilrettelegging av hjemmet, og råd om og formidling av hjelpemidler som fremmer mestring og selvstendighet.

Fysioterapeuter jobber med kropp, bevegelse og aktivitet for å fremme god helse. Målet er at pasienten kan utvikle, gjenvinne eller holde ved like funksjonsevnen, utnytte egne ressurser og bidra aktivt i å bedre egen helse.

Ergoterapi og fysioterapi utøves i brukers eget hjem ved kort eller langvarig sykdom eller funksjonsnedsettelse. Ergoterapi og fysioterapi bidrar til at innbyggerne skal klare mest mulig selv og kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Tjenestene har både forebyggende, rehabiliterende, habiliterende og behandlende tiltak, og kan blant annet bidra med:

- Grundig kartlegging, trening og stimulering av aktiviteter i dagliglivet.
- Tilrettelegging og tilpassing av dagliglivets aktiviteter.
- Tilrettelegging for fysisk aktivitet og deltagelse på ulike arenaer

+ Huset

+Huset er et tilbud til hjemmeboende friske eldre over 60 år. Her kan eldre selv organisere aktiviteter, og kommunen driver forebyggende og helsefremmende virksomhet rettet mot brukergruppen.

Helsestasjon for eldre

Målgruppe: Helsestasjon for personer over 60 år. Et godt seniorliv omfatter for mange en god helse. Helsesøster kan bistå med råd og veiledning for forebygging av helseplager og samtale rundt lettere helseproblemer. Vi legger vekt på helse og trivsel, sosiale aktiviteter, kosthold og fysisk aktivitet. På helsestasjon har vi oversikt over aktiviteter for eldre i kommunen. Helsestasjonen for eldre er et lavterskeltilbud og et supplement til øvrig helse- og omsorgstjeneste og her utføres ikke oppgaver som skal ivaretas av fastlege eller hjemmesykepleier.

Helsefremmende og forebyggende gruppemøter for 77-åringer

Helsestasjonen for eldre arrangerer forebyggende gruppemøter for 77-åringer. Det er et helsefremmende og forebyggende tilbud til de som fyller 77 år i løpet av året og bor hjemme uten omfattende pleie- og omsorgsbehov. Tilbudet gis i form av et dagseminar. På seminaret blir det holdt foredrag og gis informasjon om kommunens aktiviteter og tilbud for eldre. Foredragene har fokus på trygghet, sikkerhet og at bevare eller styrke graden av egenmestring i hverdagen.

Brukerombudets oppsøkende virksomhet

Brukerombudet skal gi bistand til eldre, syke, mennesker med funksjonshemming, trygdete og søkere/mottakere av sosiale tjenester, slik at de raskest mulig kan få den støtte og hjelp de har krav på fra kommunen, fylkeskommunen eller statlige instanser. Brukerombudet tilbyr forebyggende hjemmebesøk til eldre i kommunen.

TorsdagsTur

TorsdagsTur er et lavterskeltilbud med fast møtepunkt, hvor man starter med en gåtur og avslutter med å spise lunsj sammen. Målgruppen

er personer med demenssykdom og pårørende til personer med demens. Formålet er fysisk aktivitet i fellesskap med andre i samme situasjon, hvor man bygger nettverk, får informasjon og råd av fagpersoner og kan dele erfaringer med likesinnede. Tilbudet er også et møtepunkt med kommunens tjenesteapparat.

HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL HJEMMEBOENDE

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er sykepleie i eget hjem ved kort eller langvarig sykdom eller funksjonssvikt. Hjemmesykepleie bidrar til at innbyggerne kan bo hjemme så lenge som mulig. Tjenesten kan omfatte for eksempel personlig stell, ernæring, legemiddel-håndtering og ulike sykepleiefaglige prosedyrer. Hjemmesykepleie skal bidra til at den som mottar tjenesten skal klare mest mulig selv. Hjemmesykepleie er en døgntjeneste og ytes 24 timer i døgnet. Målgruppe er personer som trenger nødvendig helsehjelp, støtte og veiledning i eget hjem på grunn av sykdom og/eller redusert funksjonsevne.

Legetjenester

Fastlegen følger sine listepasienter gjennom alle livsfaser. For hjemmeboende personer er fastlegen viktig både for utredning, behandling og oppfølging i hjemmet. For beboerne i omsorgssentrene har sykehjemslegen ansvar for det samme, i samarbeid med øvrig personale.

Demensteam

Demensteamet består av en ergoterapeut og en sykepleier som har spesialkompetanse innen demens. Demensteamets oppgaver er å kartlegge, veilede og rådgi personer med demens og deres pårørende. Målgruppen er personer med mistanke om demens eller personer som har fått en demensdiagnose og som ikke mottar kommunale helsetjenester. Formålet er å bidra til at rett diagnose stilles og iverksette tiltak slik at personen kan bo hjemme så lenge som mulig.

Demenskoordinator

Demenskoordinator kartlegger hjemmeboende personer med demens som er innskrevet i hjemmesykepleien. Funksjonen samarbeider med pasientens fastlege, tildelingskontor, dagsenter/ opphold, og alle virksomhetene i hjemmesykepleien.

Demenskoordinator i etat hjemmesykepleie legger til rette for at ansatte i hjemmetjenesten gir faglig gode tjenester til hjemmeboende personer med demens. Funksjonen bidrar til kompetanseheving innen fagfeltet, og trykker ansatte faglig i møte med den hjemmeboende.

Funksjonen er en kontaktperson innen rådgivning og veiledning for pårørende.

Koordinator og individuell plan

Målgruppe: Personer som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

Koordinator er et tiltak som skal bidra til koordinerte tjenester. Individuell plan er en brukerstyrt, skriftlig samarbeidsavtale som beskriver hvem som har ansvar for hva, og når det skal gjøres.

Praktisk bistand

Målgruppe: Personer som er avhengige av hjelp for å klare dagliglivets gjøremål har rett til nødvendig hjelp.

Tjenesten skal kompensere for egen mestring i å klare dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet. Tjenesten skal bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig.

Tjenesten skal fremme brukermedvirkning og ha et forebyggende perspektiv i møte med den enkelte.

Dagsenter for eldre

Tjenesten bidrar til sosial deltakelse, aktivisering og egenmestring for å utsette/forebygge behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå.

Målgruppe:

- Søkere med pårørende som har et tyngende omsorgsarbeid.
- Søkere som trenger oppfølging med ernæring og sosial stimulering.

Dagsentertilbud skal bidra til avlastning for pårørende og gjøre det mulig for den enkelte å kunne bo hjemme så lenge som mulig.

Det er i alt 80 dagsenterplasser på tre lokasjoner, som alle har åpningstid fra kl. 08.00 – 16.00 fem dager i uken. Pasientene blir hentet og kjørt hjem av egen sjåfør. Pasientene spiser to måltider, og det legges stor vekt på ernæring og det gode måltidsøyeblikket.

Ambulerende dagaktivitet for hjemmeboende personer med demens

Tilbudet er for hjemmeboende personer med demens i alle aldre som mottar hjemmetjenester, og deres pårørende.

Målet er å skape en meningsfull hverdag for den

enkelte, med mer aktivitet, opplevelse av mestring, trygghet og sosialt samvær. Tilbudet kan også bidra til å gi nødvendig avlastning for pårørende som står i en krevende omsorgssituasjon. Tilbudet skreddersys den enkelte pasient/families behov sammen med øvrige omsorgstilbud, som dagtilbud og rullerende avlastningsopphold i sykehjem.

Målet er at personer med demens kan bo hjemme med individuelt tilpasset hjelp. Tilbudet er tilrettelagt tidsmessig til pasientens døgnrytme. Det jobbes tillitsskapende gjennom få faste og kompetente ansatte.

Det er i dag 25 plasser i tilbudet, som tilbys 15 pasienter. 13 pasienter får tilbudet 2 dager i uken fra 1,5-2,5 timer og 2 får tilbudet 3-4 dager i uken i 1 time. 9 pårørende benytter dette som avlastning.

To helsefagarbeidere med videreutdanning i demens i 100 prosent stillinger jobber i prosjektet, med demenskoordinator i 20 prosent som leder av prosjektet.

Tilbudet driftes i dag av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Dagaktivitetstilbud for personer med demens skal bidra til å gjøre det mulig for den enkelte å kunne bo hjemme så lenge som mulig. Målgruppen er hjemmeboende personer med demens.

Tjenesten bidrar til sosial deltakelse, aktivisering og egenmestring for å utsette/forebygge tjenester på et høyere omsorgsnivå og være et avlastningstilbud for pårørende.

Tilbudene er åpent seks timer om dagen. Ett av dagtilbudene har åpent syv dager i uken, de andre er åpne fem dager i uken. Til sammen har kommunen 34 plasser i dagaktivitetstilbud for personer med demens. Det tilbys transport til og fra tilbudet

Inn på tunet

Inn på tunet på Stene Store er et dagtilbud for yngre personer med demens. Tilbudet har ulike aktiviteter tilpasset brukergruppen. Dagtilbudet bidrar til egenmestring, aktiviteter, ernæring, sosialisering og avlastning for pårørende. Dagtilbudets brukere er yngre personer som har en demenssykdom i tidlig fase og god fysikk.

Avlastningsopphold

Avlastningsopphold gis til pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid, tilbudet gis i sykehjem. Tjenesten skal bidra til at omsorgsgiver/pårørende får nødvendig og regelmessig fritid og ferie, og forebygge utmatting. Tjenesten skal også bidra positivt til å opprettholde gode familierelasjoner og et sosialt

nettverk.

Korttidsopphold

Korttidsopphold er et målrettet og tidsavgrenset opphold i institusjon i den hensikt å bidra til:

- avklaring av funksjonsnivå
- tettere oppfølging over en viss periode for observasjon og behandling
- omsorg og oppfølging ved livets slutt.

Målgruppen er personer som har behov for kartlegging, utredning, diagnostisering, behandling, opptrening og rekonvalesens i institusjon. Fredrikstad kommune har tilrettelagt to avdelinger for korttidsopphold, en på Glemmen sykehjem og en på Østsiden sykehjem.

Geriatri er en medisinsk spesialitet som er konsentrert om sykdommer og funksjonssvikt hos eldre. Ofte kan eldre ha flere lidelser. Sykdommer kan framtre forskjellig, ha diffuse symptomer og kan være vanskelige å diagnostisere.

LANGTIDSOPPHOLD I INSTITUSJON

Langtidsopphold

Hovedhensikten med oppholdet er pleie og omsorg over tid i institusjon/boform med heldøgns tjenester.

Målgruppe:

- Personer som, på grunn av varig helsesvikt med omfattende pleiebehov, ikke kan bo hjemme eller i omsorgsbolig med tilrettelagte tjenester.
- Personer med demenssykdom som selv ikke kan ivareta sin egenomsorg.

Aktiv omsorg

Etat omsorgssentre legger vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud.

Musikkterapi

Musikkterapi ledes av en musikkterapeut og inneholder elementer som sang, lytting, improvisasjon og bevegelse. Etat Omsorgssentre har en musikkterapeut som i hovedsak gir individuell musikkterapi til personer med demens .

SPESIALISTHELSETJENESTE

Alderspsykiatrisk seksjon

ved Sykehuset Østfold HF - utreder og behandler personer som har fått en alvorlig psykisk sykdom etter fylte 65 år. I tillegg utredes kompliserte demenstilstander.

Seksjonen har ingen akutfunksjon. Døgnetenheten har kun planlagte innleggelser. Poliklinikken utfører ambulant virksomhet til hjem og sykehjem, i tillegg til konsultasjon i poliklinikken. Det blir arrangert samtalegruppe annenhver uke.

Geriatrisk poliklinikk

Velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler

Velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler kan være en støtte for personer med demens og deres pårørende. De kan bidra til at hverdagen blir enklere og tryggere.

Velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler er ikke et mål i seg selv, men ment til å støtte opp under det som er viktig for den enkelte der og da. For eksempel er det viktige forskjeller mellom eldre og yngre med demenssykdom. Yngre befinner seg gjerne fortsatt i arbeid, har familie og sykdommen vil dermed påvirke relasjoner til arbeidsgiver, kollegaer og eventuelt partner/ektefelle og barn, og ønsker å opprettholde et slikt liv så lenge som mulig. De er også vant til bruk av teknologi. Eldre kan ha andre mål og forutsetninger. Forutsetningene for å bruke hjelpemidler endres også med sykdomsutviklingen.

OVERORDNET FØRING

Kommunen bør vurdere om velferdsteknologi kan tilrettelegge for at personer med demens kan bo lengre hjemme i trygge omgivelser og samtidig mestre egen livssituasjon med sykdom og redusert helse. Velferdsteknologi bør også vurderes i situasjoner hvor pårørende og omsorgspersoner har behov for avlastning³⁰

TEKNISKE HJELPEMIDLER

FAKTA

Tekniske hjelpemidler

Et hjelpemiddel etter folketrygdloven, er utstyr som er egnet til direkte å avhjelpe, erstatte eller kompensere for en funksjonssvikt. Det er i utgangspunktet utstyr som er spesiallaget eller spesialtilpasset for funksjonshemmede.

Et hjelpemiddel er ikke et mål i seg selv, men skal bidra til å løse praktiske problemer og må ses i sammenheng med andre tiltak. Den beste løsningen er ofte en kombinasjon av flere tiltak. Enkle endringer i omgivelsene eller omlegging av arbeidsmetoder er ofte bedre enn mange hjelpemidler. Motivasjon og aktiv deltagelse er en forutsetning for at hjelpemidler skal fungere tilfredsstillende. Det er kommunen som har ansvar for å oppdage, utrede og følge opp tekniske hjelpemidler.

Eksempler på problemer eller utfordringer en demenssyk kan ha i hverdagen, der hjelpemidler kan være aktuelt å vurdere:

- Hukommelsesproblemer
- Initiativ – vanskelig å ta initiativ til hverdagslige aktiviteter.
- Tidsoppfattelse – vanskelig å passe tider, forstå tidsbegrepet, begynne og slutte.
- Struktur – problemer med å holde orden og oversikt, organisere seg og livet sitt
- Isolering – problemer med å være delaktig i samfunnet.

³⁰ Nasjonale faglige retningslinjer for demens, 2017

Vilkårene for tildeling og tilrettelegging er regulert i folketrygdlovens §5, 6 og 7. Hjelpemidler for å styrke kognitive ferdigheter kan søkes fra NAV. Hjelpemiddelsentralen gir råd om valg av produkter, utprøving av utstyr og opplæring. Demensteamet eller kommunale ergoterapeuter bistår med å søke om å få utgiftene dekket gjennom NAVs hjelpemiddelsentral.

VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi³¹ er teknologiassistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet.

Sintef har en grunnleggende inndeling beskrevet i NOU 11: 2011 Innovasjon i omsorg:

- Trygghet – som trygghetsalarm, digitale tilsyn, GPS lokaliseringsteknologi, elektronisk dørlås.
- Helse – medisinsk avstandsoppfølging, elektronisk medisinbehandling, telemedisin, smartklokke og helsearmbånd
- Omgivelser og velvære – lysstyring, varme, ventilasjon og klimastyring. Hev og senk funksjonalitet på bad og kjøkken, spyl og føn toalett, automatiske dusjløsninger og dør- og vindusåpner.
- Mestring – sosial deltagelse, trening og aktivitet, robøthjelpemidler som spiserobot, robotstøvsuger, spillteknologi og forflytningshjelpemidler. Video, elektronisk samhandling og kommunikasjonsløsninger.

³¹ *Definisjon velferdsteknologi – Wikipedia 25.5.2018*

Framskrivningstall for forekomst av personer med demens i Fredrikstad 2019-2040

Alder	Kjønn	Prevalens	2019	2020	2025	2030	2035	2040
60-64 år	Menn	1,1 %	28	28	31	34	33	31
	Kvinner	2,0 %	51	52	55	63	63	56
65-69 år	Menn	1,8 %	39	40	44	49	54	53
	Kvinner	3,2 %	74	75	81	87	99	99
70-74 år	Menn	2,8 %	58	58	58	65	72	81
	Kvinner	5,2 %	117	118	116	126	135	156
75-79 år	Menn	4,7 %	58	62	86	87	99	111
	Kvinner	8,7 %	125	134	180	179	196	212
80-84 år	Menn	7,8 %	64	66	82	116	119	139
	Kvinner	14,6 %	163	167	191	259	263	292
85-89 år	Menn	12,6 %	53	56	68	88	128	136
	Kvinner	23,7 %	176	169	196	232	320	333
90 år og over	Menn	23,7 %	41	43	53	69	93	138
	Kvinner	45,1 %	203	213	220	255	316	439
Totalt:	Menn		341	353	422	507	599	689
	Kvinner		910	929	1038	1200	1392	1587
Totalt:			1251	1282	1460	1708	1991	2275

Litteratur

- Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn
- Omsorg 2020
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse <https://www.aldringoghelse.no/>
- <http://parorendeprogrammet.no/hjem>
- Helsenorge.no, Om demens <https://helsenorge.no/sok#k=demens>
- Ergoterapeutene.no Hva er hverdagsmestring?
- Fredrikstad kommune:
 - Kommunedelplan Helse- og velferd 2016-2027, Fredrikstad kommune
 - Plan for mestring, rehabilitering og habilitering 2016-2023, Fredrikstad kommune
 - Kommunedelplan for folkehelse 2015-2018, Fredrikstad kommune
- Nasjonal faglig retningslinje om demens Helsedirektoratet 16.08.2017, <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>
- Lovdata.no <https://lovdata.no/>
 - Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1).
 - Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-3
- Bergh et al. 2015. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), Alderspsykiatrisk forsknings-senter, Sykehuset Innlandet
- Tiltakspakke demens <https://www.aldringoghelse.no/demens/utredning-behandling-og-oppfolging/oppfolging/>
- Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Meld. St. 15 (2017-2018)
- Brooker, Dawn. Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Forlaget Aldring og helse, 2013
- Melby, Line m.fl. Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindende behandling og omsorg. Sintefrapport, 02.03 2017
- Engedal, K (2017) Slik kan vi støtte personer med demens. Psykologisk.no
- Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg



FREDRIKSTAD KOMMUNE

Utgitt av: Fredrikstad kommune
Grafisk design: Provinsen