

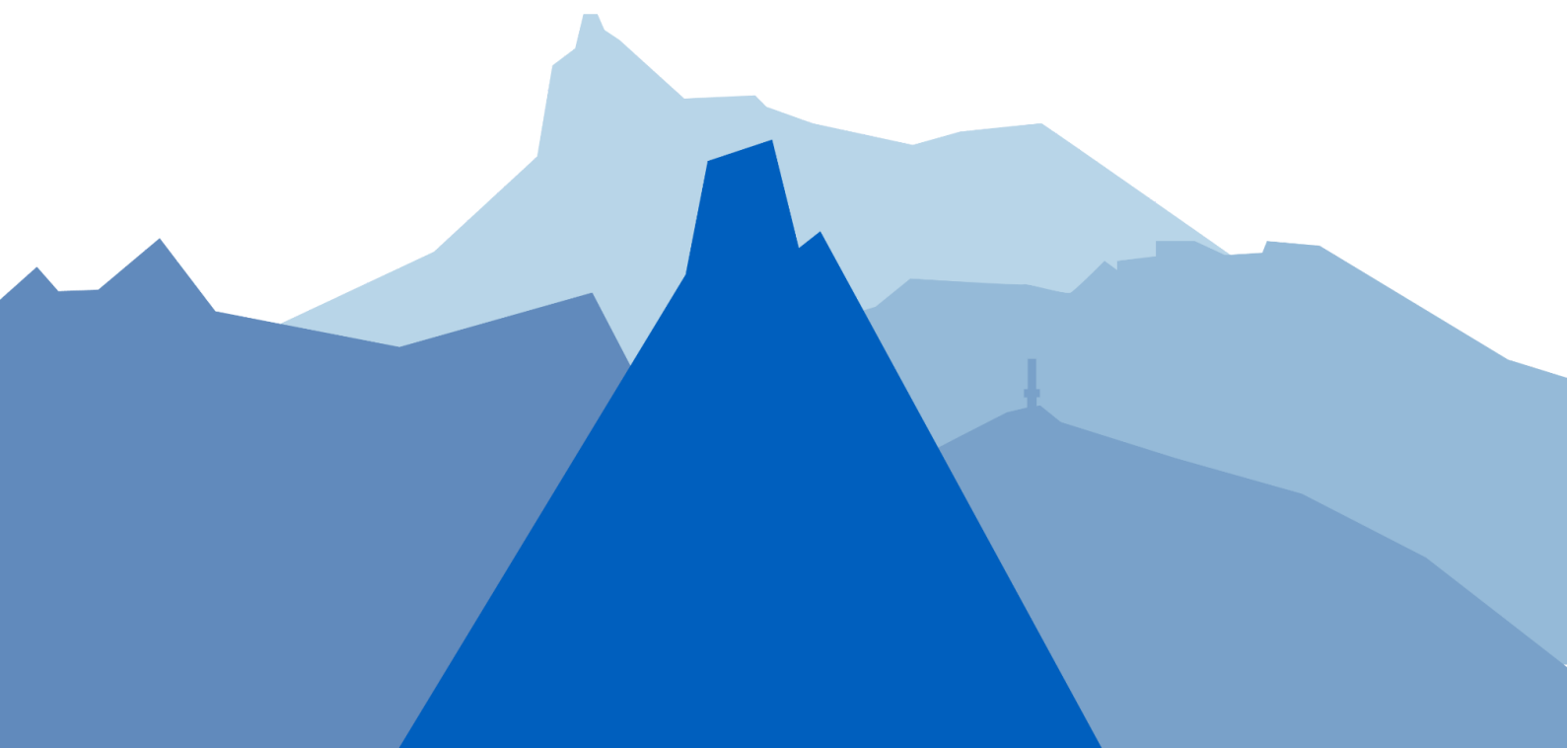


**NARVIK  
KOMMUNE**

Helse og velferd

# Handlingsplan- omsorgen for personer med demens og kognitiv svikt 2021-2024

*Nytenkende, raus og stolt*



Innledning	<b>3</b>
Nasjonale føringer	3
Utforming av planen	4
Handlingsplan- personer med demens og kognitiv svikt 2021-2024 bygger på:	4
Mål	5
Hva er demens sykdom?	<b>5</b>
Når demens rammer yngre	6
Andre årsaker til kognitiv svikt og demenslignende symptomer	6
Forekomst av demens	7
Forebygging	8
Risikofaktorer	8
Pårørende	10
Pårørende til yngre personer med demens	10
Pasientforløp	<b>11</b>
Ulike faser i et pasientforløp	12
Tjenester og tilbud i Narvik kommune og våre målsetninger fremover	<b>13</b>
Brukermedvirkning	13
Demensnettverk	14
Demenskoordinator	14
Kompetanse	14
Pårørendeskole	15
Brukerskole	15
Tiltakspakke demens	15
Aktivitetstilbud	16
Samarbeid med frivillige organisasjoner	17
Velferdsteknologi, hverdagsmestring og rehabilitering	17
Hjemmesykepleie	17
Etablering av hukommelsesteam i Narvik kommune	18
Fastlege	19
Avlastende tjenester	19
Avlastning i institusjon	19
Hjemmeavlastning	20
Heldøgns omsorg	20
Lindrende behandling for personer med demens	21
Organisering og økonomiske rammer	<b>22</b>
<b>Innsatsområder og tiltak for perioden 2021-2024</b>	<b>22</b>
Referanser	<b>26</b>

## Innledning

Antall personer med demens øker i samfunnet. Personer med demens er ingen ensartet gruppe og må ha individuelle tilrettelagte tjenester basert på deres livshistorie og sykdomshistorie. Demenssykdom utvikles over tid og tjenestetilbudet må tilrettelegges og endres etter den enkeltes funksjonsnivå og behov.

I 2020 ble Narvik slått sammen med Ballangen og Kjøpsvik og det er nå ca 22000 innbyggere totalt spredt over et større geografisk område. Narvik forventes å få et sterkt økende antall innbyggere over 70 år. Økning i antall eldre betyr at kommunen også vil få en sterk vekst i antall personer med demens (se forekomst). En økning i antall personer med demens som bor i eget hjem vil stille krav til kommunen om å organisere, dimensjonere og tilrettelegge tjenestetilbudet, og sørge for at det er tilstrekkelig kompetanse i ansattgruppene til å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud. Narvik kommunes Handlingsplan-omsorg for personer med demens og kognitiv svikt 2021-2024 med foreslåtte tiltak vil være et viktig bidrag for å kvalitetssikre og videreutvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester i hele den nye kommunen.

## Nasjonale føringer

Nasjonal Demensplan 2025 bygger videre på de perspektivene som ligger til grunn for Demensplan 2015 og Demensplan 2020 hvor det overordnede målet er å bidra til et mer demensvennlig samfunn. Dette krever at vi øker kunnskapen og bygger ned både fysiske og sosiale barrierer i samfunnet og sørger for at personer med demens blir møtt med forståelse og respekt. God demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester og tilbud basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykdomshistorie. Dette fordrer at en får informasjon, behandling og oppfølging på et språk en forstår, og at en tar hensyn til den enkeltes kulturelle bakgrunn. Det er videre viktig å ivareta pårørende. Pårørende til personer med demens står ofte i svært krevende situasjoner over tid. Regjeringen vil anerkjenne pårørende som en viktig ressurs innen helse- og omsorgstjenestene og bidra til å fremme god helse og gode tilbud for pårørende i krevende omsorgssituasjoner.

Demensplan 2020 har fokus på tiltak som kan settes inn før det blir nødvendig med heldøgns omsorg samt tiltak som for å støtte mestring og avlaste pårørende. I tråd med denne tankegangen er det lagt vekt på forebygging, tidlig innsats og en styrking av tiltak til både personer med demens og deres pårørende. Det vektlegges 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. Planen skal samtidig ivareta at det i de siste årene av livet med demens krever økt innsats for å legge til rette for tilpassede 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 er 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.

Den nasjonale Demensplan 2025 har følgende mål:

1. Personer med demens og deres pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester.
2. Personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn, slik at de kan leve aktive og meningsfulle liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov.
3. Økt forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens.

## Utforming av planen

I utforming av planen er det videreført en del fra den tidligere Handlingsplan for demensomsorgen 2017-2020. I arbeidet har man innhentet innspill fra spesialisthelsetjenesten, disse er kommet som skriftlige innspill. Internt i kommunen har man hatt et møte med representanter fra institusjonsomsorgen, og et møte hjemmebaserte tjenester inkludert aktivitetssenteret Villa Solborg. Demensforeningen har i ettertid fått tilsendt planen med mulighet for innspill. Eldrerådet og Rådet for personer med funksjonsnedsettelse er informert i egne møter. Demenskoordinator ved tildelingskontoret har hatt ansvar for å lage planen og tatt hensyn til de innspill som er kommet.

## Handlingsplan- personer med demens og kognitiv svikt 2021-2024 bygger på:

- Den nasjonale Demensplan 2025 og 2020, et mer demensvennlig samfunn
- Regjeringens kvalitetsreform for eldre, Leve hele livet (fra 2018)
- Nasjonale faglige retningslinjer for demens
- Narvik kommunes helse og omsorgsplan 2017-2020 (ny plan underveis)

Narvik kommunes Handlingsplan for demensomsorgen 2017 – 2020 og erfaringer fra den.

## Mål

FN's bærekraftsmål 3 skal sikre god helse og fremme livskvalitet for alle. Narvik kommunes handlingsplan skal angi retning for utvikling av omsorgen til personer med demens og kognitiv svikt. Handlingsplanen skal bidra til at tjenestetilbudet utformes ut fra den enkeltes ståsted, det vil si individuelle ønsker, ressurser, livssituasjon og sykdomshistorie. Det skal vektlegges å ivareta de ressursene som finnes i og rundt familien, bidra med nødvendige tilpasninger, samt avlastningstiltak slik at personer med demens kan bo i eget hjem så lenge som mulig.

Mål for omsorgen til personer med demens og kognitiv svikt i Narvik kommune:

- Øke fagkompetansen innen demens, alderspsykiatri og geriatrike lidelser.
- Samordnede og helhetlige tjenester, preget av kontinuitet, faglighet og godt samarbeid mellom tjenestene.
- Det skal sikres at det stilles diagnose til rett tid og god oppfølging etter diagnose
- Personer med demens/kognitiv svikt skal få mulighet til å leve et aktivt liv og de pårørende skal gis støtte og avlastende tiltak.
- Personer med demens skal ha tilrettelagte boforhold og omgivelser, og et individuelt tilpasset tjenestetilbud.

## Hva er demens sykdom?

Demens er en fellesbetegnelse for flere kroniske sykdommer som rammer hjernen. Sykdommene utvikler seg over tid og fører til endringer på områder som hukommelse, språk og væremåte. Demens påvirker evnen 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 anvende innlærte ferdigheter eller å mestre dagliglivets funksjoner. 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 i forløpet vil det kunne være større endringer i personlighet og væremåte. Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens(APSD) er trolig de mest belastende symptomene ved demenssykdom. APSD syndromet består av ikke kognitive symptomer og inkluderer blant annet apati, agitasjon, aggresjon, angst hallusinasjoner og vrangforestillinger.

Demens er ikke en sykdom i seg selv, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen. Demens kan ramme personer i alle aldre, men er mest utbredt i de eldste aldersgruppene. Det er flere ulike sykdommer som leder til demens. Den vanligste av disse er Alzheimers sykdom. Andre sykdommer som er hyppige årsaker til demens er vaskulære sykdommer, frontotemporal demens, demens med lewylegemer og Parkinsons sykdom (Nasjonalforeningen 2020).

Typiske symptomer for demens:

- dårlig hukommelse
- sviktende handlingsevne
- sviktende språkfunksjon
- endringer i følelser og personlighet
- problemer med daglige gjøremål
- angst og depresjoner
- endring av atferd.

## Når demens rammer yngre

Demens rammer ikke bare eldre mennesker, men også personer under 65 år. Enkelte former for demens forekommer helt ned i 30 års alder. Årsakene til demenssykdom er de samme uavhengig av om det dreier seg om yngre eller eldre personer. Likevel er det noen viktige forskjeller mellom yngre og eldre. Diagnosen er ofte vanskeligere å få stilt hos yngre fordi demens er langt sjeldnere hos personer under pensjonsalderen. Dessuten vil ofte sykdommen fremtre på en annen måte og oppleves annerledes for pasienten og pårørende. Dette er personer som kan befinne seg midt i sin yrkeskarriere, de kan ha omsorgsansvar for barn og ungdom. For ektefelle og foreldre er det vanskelig å akseptere at deres mann eller kone, sønn eller datter har fått en sykdom som forbindes med gamle mennesker. Dette vil være spesielt vanskelig for familiemedlemmer som er barn og tenåringer.

Undersøkelser kan tyde på at yngre i større grad enn eldre med demens er bevisst at noe er galt fatt og at de har en sterkere opplevelse av maktesløshet og frustrasjon (Woods 1999). Angst, depresjon og utagering er sannsynligvis oftere forekommende hos yngre enn hos eldre personer med demens. Den yngre gruppen under 65 år er dessuten i bedre fysisk form og mer aktiv. Det er ut fra de få undersøkelser som er foretatt, grunn til å anta at demens ved Alzheimers sykdom har en noe raskere utvikling hos yngre personer enn for eldre, med mer markerte utfall av kortikale funksjoner som språk og handlingsevne. Ikke sjelden er det på arbeidsplassen at andre merker de første tegn på demens, fordi en i arbeid vil møte de største intellektuelle utfordringene. (Rosness, Haugen & Engedal 2011)

## Andre årsaker til kognitiv svikt og demenslignende symptomer

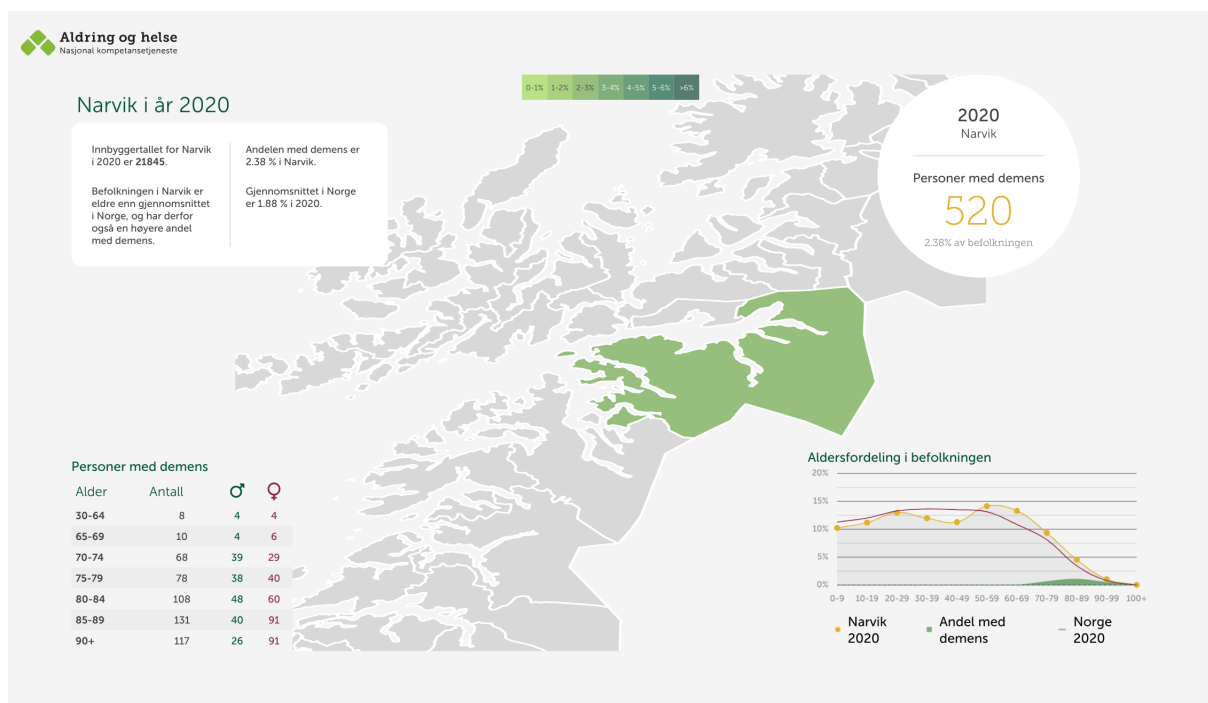
Enkelte av symptomene på demens kan forveksles med symptomer på andre lidelser. Det er derfor sentralt at det tidlig blir avklart hva som forårsaker symptomene. Andre grupper

med tilsvarende behov for oppfølging er f.eks pasienter med kognitive utfordringer etter hjerneslag eller gjennomgått hodeskade. Ved mild kognitiv svikt kan man oppleve problemer med hukommelsen, men det tilfredsstillende ikke kriteriene for en demensdiagnose. Demenssykdom er først når den kognitive svikten er så stor og langvarig at personen har store utfordringer med å huske og forstå at det går utover evnen til å fungere i dagliglivet. Andre fenomener som rammer hjernen og som kan lede til demens er blant annet stor og langvarig bruk av alkohol eller andre rusmidler, vitaminmangel, hjernesvulster, hodeskader, hormonbalanse, infeksjoner i hjerne eller hjernehinne og Creutzfeldt-Jakobs Sykdom (Nasjonalforeningen 2020).

## Forekomst av demens

Helsedirektoratet har en generell oversikt over forekomst av demens hvor man antar at mellom 80 000 og 100 000 lever med demens i Norge i dag. Det er sannsynligvis over 4000 personer under 65 år som har demens i Norge (Helsedirektoratet, 2017). Den nye Hunt studien viser til at det i Norge i dag lever 101118 personer med demens (GjØra et.al 2020).

### Narvik kommune:



Ifølge demenskartet.no vil Narvik i 2040 ha 853 personer med demens i kommunen. Dette tilsvarer en økning på 64% fra 2020 til 2040.

Befolkningsframskriving 2020-2050 for Narvik kommune:

I 2050 vil det være 1511 flere over 70 år og 1388 flere over 80 år.

Det er også estimert at det vil være 1790 færre innbyggere i Narvik i 2050 samt 2047 færre i gruppen under 40 år.

(Statistikk Narvik 2020)

Det er beregnet at en person med demens gjennomsnittlig koster det norske samfunnet 362 800 kroner per år. Det innebærer at de totale helse- og omsorgs kostnadene knyttet til demens er på ca. 28 milliarder kroner pr år ifølge Redic-undersøkelsen(Bergh m.fl., 2015) . Etersom forekomsten av demens øker med alderen, vil det av demografiske årsaker bli en fordobling av personer med demens fram mot år 2040. Dette vil sette sterkt preg på de kommunale helse- og omsorgstjenestene når det gjelder kapasitet, kompetanse og faglig tilnærming, fysisk utforming og arkitektur, samt samspill med pårørende og frivillige.

## Forebygging

Forebygging - det som er bra for hjertet er bra for hjernen. - inkluderes i kommunens folkehelsearbeid og i avtalen om at Narvik skal være et demensvennlig samfunn. Narvik kommune har en frisklivssentral som bistår befolkningen med røykeslutt, fysisk aktivitet og helsebringende livsstilsendringer. Forebygging knyttet til demens handler i hovedsak om å organisere samfunnet slik at det er lettere for enkeltpersoner å ta de riktige valgene gjennom livsløpet. Det finnes ingen garanti mot å utvikle demens, men det er noen valg som kan redusere risikoen.

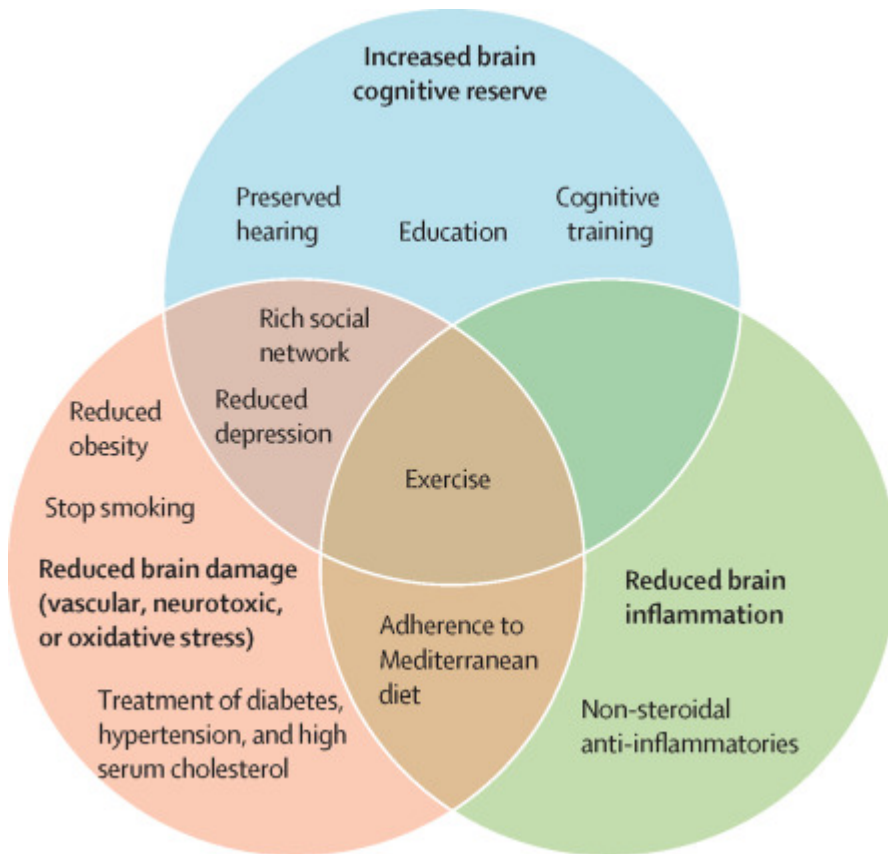
### Risikofaktorer

Tidlig i livet (<18år)	Lite utdanning (ingen eller bare grunnskole)
Midt i livet (45-65år)	Høyt BT Overvekt Hørselstap
Sent i livet (>65år )	Røyking Depresjon Fysisk inaktivitet Sosial isolasjon



Det må satses på informasjon om viktigheten av fysisk aktivitet for hjernens skyld. Hjernen er trolig det organet i kroppen som har mest nytte av fysisk aktivitet. En annen risikofaktor for utvikling av demens som kom fram i en artikkel i Lancet sommeren 2017, er hørselen. Svekket hørsel midt i livet er en risikofaktor for å utvikle demens.

Illustrasjon fra Lancet undersøkelsen:



## Pårørende

Perioden etter at en demens diagnose er stilt er ofte beskrevet som "den stille fasen" fordi mange personer med demens og deres pårørende opplever et fravær av involvering fra helse- og omsorgstjenesten, og at "ingenting skjer". De pårørende etterspør en større grad av aktiv involvering enn det som helse- og omsorgstjenesten kanskje tradisjonelt har bidratt med. Den nasjonale demensplanen (regjeringen.no) gir også føringer om å gi tett og systematisk oppfølging etter demensdiagnose. Denne retningslinjen gir anbefalinger som på ulike måter kan bidra til å redusere opplevelsen av å være overlatt til seg selv.

Pårørende er ofte pasientens eller brukerens viktigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten eller brukeren. Pårørende kjenner pasienten eller brukeren godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste og utgjør på denne måten en sentral del av vårt samfunns totale omsorgsressurs. I 2017 kom pårørende veilederen som vektlegger at kommuner og helseforetak skal ha systemer for pårørendeinvolvering på flere nivåer, samt sørge for opplæring, veiledning og støttetiltak samt tilby avlastende tiltak for å lette omsorgsbyrden (Helsedirektoratet 2017).

Redic-undersøkelsen viser at personer med demens ikke har tilstrekkelig med tjenester i måneden før innleggelse i sykehjem (Bergh m.fl., 2015). De har gjennomsnittlig 4 timer pr. uke med hjemmesykepleie, og 20 prosent av pasientene har dagaktivitetstilbud tilsvarende til 1,5-2 dager pr. uke. I samme tidsperiode bidrar pårørende med hjelp inntil 40 timer pr. uke. Dette innebærer at pasienten går fra nesten ingen kommunale tjenester i hjemmet til heldøgns omsorg i institusjon.

Det er dermed behov for å vurdere muligheter for styrking av hjemmebaserte tjenester med økt kompetanse, skreddersydd organisering og tilpasset velferdsteknologi forbedring slik at personer med demens kan bo hjemme lenger, samt sørge for fleksible avlastningsordninger som kan imøtekomme pårørendes varierte behov. I tillegg trenger både personen selv og pårørende kunnskap om sykdommen og hvordan de kan leve best mulig med den.

Det vil alltid være behov for en godt utbygd døgnbasert tjeneste til personer med demens. Selv omfattende støtte fra hjemmebaserte tjenester, dagaktivitetstilbud og pårørende vil ikke være tilstrekkelig når sykdommen øker på. Et faglig og kvalitativt godt tilbud i døgnenhetene krever at kompetansen styrkes og at utformingen av botilbudet blir tilpasset de individuelle behovene hos personer med demens.

## Pårørende til yngre personer med demens

Demens rammer ofte eldre mennesker, men kan også ramme yngre. Mange av deres pårørende er barn og unge. Dette innebærer ekstra utfordringer for hele familien, både praktisk og følelsesmessig. Det må tas høyde for tilpasninger dersom man har barn som pårørende. De kan ha behov for tilpasset informasjon og tilpassede støtteordninger. Narvik

kommune har utarbeidet kartleggingsverktøy som skal brukes i møte med barn som pårørende. Vi kan tilby dem samtaler og oppfølging fra demenskoordinator, helsesøstertjenesten og ressursteamet. SMIL grupper er et lærings og mestringstilbud for barn og unge som har forelder med psykisk sykdom, rusproblemer eller alvorlig sykdom.

Nasjonale tilbud:

**Hvem ser meg?** er en sommerleir knyttet til demens. Sommerleir er et landsdekkende tilbud til barn, der barn under 18 år deltar sammen med den friske forelderen eller en annen omsorgsperson. Gjennom samtaler, informasjon og lek møter barna fagpersoner og ungdom med erfaring som pårørende deltar som aktivitetsledere. Undervisning og samtaler skal gi forelderen økt kunnskap om demens og hjelp til å møte familiesituasjonen og støtte barnet i hverdagsituasjoner.

**Tid til å være ung** er et landsdekkende helgekurs for unge mellom 18-30 år som har en forelder med demens.

**Møteplass for mestring** er et landsdekkende kurs der personer som har fått demens før 65 års alder deltar sammen med nær pårørende, fortrinnsvis ektefelle/partner. Kurset går over to til tre dager med overnatting.

## Pasientforløp

Demenssykdom forverres over tid og er dødelig, vanligvis etter et sykdomsforløp på 10-12 år (Nasjonalforeningen 2020). Dette innebærer at personer med demens og de pårørende vil være i behov av økende støtte og tjenester over mange år.

Pasientforløp i demens er beskrevet på ulike måter. Under er det valgt et forløp i aldersdemens som Tormod Fladby beskrev på en konferanse høsten 2017:

1. Tap av omstillingsevne.
2. Redusert arbeidsevne.
3. Hukommelsessvikt, spesielt ved nye hendelser.
4. Endret personlighet, depresjon/apati/angst.
5. Redusert språkfunksjon.
6. Fullstendig pleietrengende.

Det betyr at vedkommende som rammes gradvis vil få økte symptomer. Noen av disse kan forveksles med andre tilstander, og det kan ta tid for å få rett diagnose. Ofte er sykdommen kommet relativt langt før behovet for tjenester av kommunen etterspørres. Et demensvennlig samfunn, som Narvik vil være, er vesentlig i de første fasene. Dersom kunnskap om demens øker blant befolkningen kan dette avhjelpe situasjoner den med begynnende dement kan komme i, og gi mulighet for videre deltakelse i samfunnet. Forebyggende tiltak synes å være de samme som å forhindre utvikling av hjerte-kar lidelser, blant annet sunt kosthold og fysisk aktivitet. Nedsatt språkfunksjon kan bety at det språket som er best innlært blir det fremtredende, og at kommunikasjon med personen må ta det som utgangspunkt. Dette betyr at det kan bli behov for personell som er flerspråklig eller

behov for tolk. Eksempelvis kan personer som opprinnelig har samisk som morsmål, men som også har snakket norsk, være enklere å kommunisere med på samisk. Effektiv behandling finnes ikke pr i dag, men det er mulig å behandle noen symptomer. Demenssykdommer er progredierende, mange vil få atferdsmessige og psykiske symptomer i sykdomsforløpet. Symptomer kan opptre sporadisk med lange tidsintervall mellom, eller periodevis være av lengre varighet. I sykdomsfasen med denne typen utfordringer er belastningen på de pårørende voldsomme, og kan gi helseutfordringer for de som er berørt. Fokus på pårørende og deres belastning vil være en nødvendig prioritering.

Det er utarbeidet en egen omsorgstrapp for demens(se vedlegg 1). De ulike nivåene i omsorgstrappa har ulike tiltak som må tilpasses i forhold til den enkeltes situasjon og sykdomsutvikling. Nivåene er delt inn i begynnende/lett demens, lett/moderat demens, moderat/alvorlig demens, alvorlig demens og alvorlig demens med behov for langtidsplass.

## Ulike faser i et pasientforløp

Personer med demens og deres pårørende har ulike behov. Dette påvirkes også av demenssykdommens utvikling ved at behovene endres etter alvorlighetsgrad, og hvordan sykdommen kommer til uttrykk hos den enkelte. Dette kan være svært forskjellig. Veiviser demens kommer ila våren 2021. Her tar man utgangspunkt i ulike faser man er igjennom ved en utvikling av demenssykdom.

**Mistanke** - Man er avhengig av at befolkningen har kunnskap om og tilgang til informasjon om demens. Kommunens nettside bør inneholde god informasjon og kontaktpunkter, samt at fastlege har kunnskap om de tilbud som finnes i kommunen. Demenskoordinator er kontaktperson for befolkningen, fastleger, spesialisthelsetjenesten. Demenskoordinator har ansvar for å gi informasjon og koordinere tjenester.

**Utredning** Demenslignende symptomer kan ha ulike årsaker og det er derfor viktig å prioritere utredning for riktig diagnose. Demenskoordinator mottar henvendelse og samarbeider med hukommelsesteam, spesialisthelsetjenesten og fastlege i forhold til utredning. Fastlege og spesialisthelsetjenesten som er i kontakt med pasienter sørger for kontaktetablering med kommunen så tidlig som mulig i forløpet. Viktig at man sørger for at personen selv og de pårørende får oppfølging i etterkant slik at man unngår at de står alene i situasjon. Terskelen for at de selv tar kontakt med helsevesen er ofte høy.

**Selvstendig med støtte** I begynnelsen er det ikke alltid behov for tjenester og mange klarer seg med jevnlig kontakt med demenskoordinator, pårørendeskole tilrettelegging m. f.eks velferdsteknologi etc. Tiltakspakke demens kan også være aktuelt i denne fasen, hvor man kartlegger i hjemmet og blir kjent med personen selv og de pårørende i tidlig fase.

**Hjemme med tjenester** Etterhvert som sykdommen progredierer vil tjenester som tiltakspakke demens, aktivitetstilbud, hjemmesykepleie, avlastende tiltak for pårørende, omsorgslønn m.m være aktuelt. I denne fasen er det viktig med oppfølging og evaluering av hjelpebehov. Mange har for eksempel kun dagtilbud ved aktivitetssenteret i den første tiden. Det bør være et mål at man i denne fasen har fått tiltakspakke demens med månedlig

oppfølging slik at pasient og pårørende får støtte og veiledning i veien videre slik at man setter inn riktig tjeneste til riktig tidspunkt.

**Heldøgns omsorg** Mange vil ha behov for plass i institusjon på et tidspunkt. Her er det viktig at kommunen har tilrettelagte tilbud til personer med demens. Det er behov for mer differensierte botilbud til personer med demens.

**Omsorg ved livets slutt** For personer med demens kan fasen for palliativ behandling vare i flere måneder, og mange er allerede i en palliativ fase når de innlegges på sykehjem. Det er behov for et økt fokus på palliative tilbud knyttet til pasientgruppen.

## Tjenester og tilbud i Narvik kommune og våre målsetninger fremover

Narvik kommune har inngått avtale om å være et demensvennlig samfunn, og har et godt samarbeid med Demensforeningen i Narvik. Besøksvenner og frivillige deltar på enkelte aktiviteter som bidrar til økt deltakelse og mangfold. Siden forrige planperiode er det økt antall plasser ved aktivitetssenteret Villa Solborg og demenskoordinator er ansatt ved tildelingskontoret. Nye utfordringer i kommende periode er å utvikle tjenestene videre i en større kommune spredt over et større geografisk område.

Narvik kommune har i dag ulike tiltak og tjenester for personer med demens og deres pårørende i form av aktivitetstilbud, pårørendeskole og hjemmebaserte tjenester samt heldøgns omsorg.

Imidlertid er det en del utfordringer som må løses. Av ulike grunner kommer en del personer med demens og deres pårørende sent inn i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det betyr at hjelpebehovene er blitt omfattende og at behovet for tiltak er akutte og på et høyt nivå i omsorgstrappa. Det er også en utfordring knyttet til personer med dobbeltdiagnoser når det gjelder å avklare hvem som har ansvar for hva. Det er behov for å videreføre og øke samhandlingen mellom fastlegene, spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenestetilbudet.

## Brukermedvirkning

Innsatsområde medbestemmelse og deltakelse i den nasjonale Demensplan 2025 inkluderes i fokuset "Hva er viktig for deg?" som en del av det grunnleggende tankesettet i personsentrert omsorg som tiltakspakke demens bygger på. Spørsmålet inkluderes gjennom hele forløpet og ved utforming av tiltaksplaner for den enkelte. Det skal legges vekt på brukermedvirkning og styrking av identitet og mestringsevne.

## Demensnettverk

Demensnettverk på tvers av enheter vil kunne skape større kjennskap og forståelse for de ulike utfordringene enhetene opplever samt legge til rette for samarbeid og utveksling av fagkunnskap. Demensnettverk på tvers av enheter: I alle enheter som har ansvar for tjenester til eldre, er det ønskelig med en ressursperson som kan delta i nettverksmøter to ganger i året. Dette skal helst være en sykepleier i 100%, gjerne med videreutdanning i geriatri eller demens, minimum 2 års erfaring som sykepleier, motivasjon for fagområdet og kjennskap til teamarbeid. Disse inngår i et demensnettverk på tvers av enhetene. Nettverket har et spesielt ansvar for å utvikle tjenestene til personer med demens. I tillegg bør det inngå fysioterapeut og ergoterapeut for å ivareta tværfaglig fokus.

## Demenskoordinator

Narvik kommune har Demenskoordinator i 100% stilling. Demenskoordinator er en viktig ressurs og skal være lett tilgjengelig for pasienter, pårørende og aktuelle samarbeidspartnere som spesialisthelsetjenesten, fastleger, hjemmesykepleien, ergo/fysioterapi.

Demenskoordinator har ansvar for å koordinere tjenestetilbudet til personer med kognitiv svikt og deres pårørende og bidra til kontinuitet, trygghet og oppfølging i sykdomsforløpet. Demenskoordinator bør ha kjennskap til folkehelsearbeid og iverksette tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom, samt bidra i kommunenes plan- og rutinearbeid for å sikre at pasienter og pårørende får en god faglig oppfølging. En annen viktig oppgave er å gi veiledning og internundervisning til helsepersonell i kommunene for å øke kompetansen i de utøvende tjenestene. Demenskoordinator har også ansvar for saksbehandling av vedtak, lede demensnettverket og bruker- og pårørendekurs.

## Kompetanse

Det er behov for kompetanseheving generelt innenfor geriatri, demens og alderspsykiatri. Det er behov for at flere spesialsykepleiere innenfor feltet, samt flere helsefagarbeidere med ABC opplæring. Det fremkommer også behov for å tilby kurs til ufaglærte og vikarer som jobber med denne pasientgruppen.

### Dagens kompetanse i Narvik kommune:

Geogra fisk område	Mastergrad Geriatri/demens	Videreutdanning Geriatri Demens	Kurs i basal utredning	Demensens ABC opplæring
Narvik	Spl 100% Demenskoordinator Spl 100%	Hjemmesykepleien 1 sykepleier i 100%stilling	2 spl ved tildelingskontoret 2 spl i	Hjemmesykepleien 6-8 helsefagarbeidere

	hjemmesykepleien, ferdig vår 2022		hjemmesykepleien 2 spl ved Furumoen sykehjem	Furumoen ca 20 helsefagarbeidere
<b>Bjerkvik</b>	0	2 sykepleiere		10 helsefagarbeidere
<b>Ballangen</b>	0	1 spl 50%		0
<b>Kjøpsvik</b>	0	0		0
<b>Totalt</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>18</b>

## Pårørendeskole

Narvik har hatt årlige tilbud om pårørendekurs siden 2008. Dette er et samarbeid med frisklivs og mestring, geriatrik poliklinikk, lege REO, hukommelsesteamet i hjemmesykepleien, Furumoen, Demensforeningen og tildelingskontoret. I 2021 er det planlagt eget kurs i Kjøpsvik i tillegg til det årlige i Narvik.

## Brukerskole

«Brukerskoler skal være en møteplass for utveksling av erfaringer og gjensidig støtte (...). Målet er å gi informasjon og kunnskap om demens» (Demensplan 2020, s. 39). Demensplan 2020 har som målsetting at det skal etableres brukerskole i kommunene. I Narvik kommune er ikke dette arbeidet startet, men det er behov for å skissere hvordan dette kan driftes. Det vil være hensiktsmessig at dette legges til aktivitetssenteret i tett samarbeid med demenskoordinator/hukommelsesteam. Det er mange personer med demens som i en tidlig fase har behov for å lære om sykdommen. Aktuelle temaer kan være tilpasset informasjon om sykdommen, minnealbum, aktiviteter, viktigheten av å være fysisk aktiv, hjelpemidler, fremtidsfullmakt mm

## Tiltakspakke demens

Tiltakspakke demens er en modell som innebærer en strukturert, faglig og individuelt tilpasset oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. 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 (Tretteteig & Røsvik, 2016).

Tiltakspakke demens er en kommunal tjeneste som innebærer at:

- Personer med demens som har fått innvilget tjenesten får oppnevnt en kontaktperson.
- En kartleggingsperiode hvor man etablerer kontakt og blir kjent med pasient og pårørende. På første hjemmebesøk anvendes et skjema kalt «Min historie» for å samle informasjon om pasientens livshistorie. I kartleggingsperioden vurderes hjelpebehovet samt behov for veiledning og støtte.
- I etterkant av kartleggingsperioden gjennomfører kontaktpersonen de månedlige oppfølgingsbesøkene til personen med demens.
- Disse besøkene kommer i tillegg til ordinær oppfølging fra hjemmebaserte tjenester og har en times varighet.
- Pårørende inviteres til å delta på de månedlige oppfølgingsbesøkene.
- Ved hvert oppfølgingsbesøk anvendes en sjekkliste for å kartlegge endringer i pasientens helsetilstand og demensforløp. Mål og tiltak evalueres og justeres.
- Pasientens fastlege informeres om endringer i helsetilstand via kommunens og fastleges elektroniske journalsystem.

I første del av sykdomsforløpet vil fastlege, og eventuelt en kontaktperson ved Tildelingskontoret/KE, være pasientens og pårørendes eneste kontakt med kommunens hjelpeapparat. Etter hvert som sykdommen utvikler seg og hjelpebehovet øker, vil "Tiltakspakke demens" komme i tillegg til andre kommunale tjenester. Månedlig oppfølgingen skal følge et strukturert opplegg fra Aldring og helse som inkluderer oppfølging av helse, medisinliste, ernæring og ADL. Tiltakspakke demens er aktuell for hjemmeboende personer som lider av demens frem til pasienten ikke lenger kan bo hjemme.

## Aktivitetstilbud

Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 skal kommunen tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020. Dagaktivitetstilbudet som tilbys skal bidra til å ivareta deltakerens funksjoner i dagliglivet, fremme livskvalitet og forebygge/ redusere isolasjon og ensomhetsfølelse, samt bidra til avlastning for pårørende (Helsedirektoratet, Lovdata) Det er viktig at kommunen også satser forebyggende arbeid, møteplasser og lavterskeltilbud i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Aktivitetssenteret Villa Solborg har i dag et dagtilbud til personer med demens med 30 plasser pr uke. (6 plasser x5 dager i uken). Forøvrig er det ordinære dagsentertilbud ved sykehjem Narvik, Bjerkvik og Ballangen som også tar i mot personer med kognitiv svikt. Det er iverksatt en plan om å få på plass dagsenter på Ankenes og i Kjølsvik. Ifølge



økonomiplan 2021-2024 planlegges en økning på inntil 21 dagsenterplasser fordelt på Ellas Mlnne, Villa Solborg, ABS, Ballangen sykehjem og Prestegårdstunet sykehjem.

## Samarbeid med frivillige organisasjoner

Nasjonalforeningen for folkehelsen har introdusert begrepet «Aktivitetsvenn». Målet er å gi meningsfulle aktiviteter for personer med demens, på lik linje med støttekontakt. En aktivitetsvenn, som er en frivillig, skal ha gjennomgått et kurs om demens. Han/hun skal gjennom felles interesser koples opp mot personer med demens. Det bør ses på muligheter for å se på dette i sammenheng med den etablerte fritidskontakt/støttekontakt ordningen og i samarbeid med frivillige organisasjoner.

Enkelte kommuner har Inn på tunet tilbud. Det innebærer tilrettelagte og kvalitetssikrede velferdstjenester på gårdsbruk. Godkjente gårder tilbyr aktiviteter som gir meningsfylt arbeid, mestring, utvikling og trivsel. I Narvik kommune er det to gårder som er sertifisert, og flere på gang med sertifisering. Vi vet i dag at antallet personer med demens vil øke i takt med en aldrende befolkning i Narvik.

## Velferdsteknologi, hverdagsmestring og rehabilitering

Et av flere virkemidler i tiltakspakke demens kan være fysioterapi, ergoterapi, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. Velferdsteknologi skal benyttes i større grad som tiltak i kommunen, både for å oppnå trygghet og mestring for brukerne og deres pårørende og for å effektivisere tjenestetilbudet slik at kapasiteten kan øke i tråd med økte behov for tjenester. Et av grunnlagene for vurdering og valg av tiltak er gjennomført risikokartlegging i hjemmet og av hjemmesituasjonen, samt muligheter for læring og nytte. Velferdsteknologi skal bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet, og fysisk og kulturell aktivitet, og styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen. Dette til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. "Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon." (NOU 2011, Innovasjon i omsorg, Hagen-utvalget, s. 11). Bruk av velferdsteknologiske tiltak og tjenester er på flere nivå i omsorgstrappa

## Hjemmesykepleie

Personer med demens/kognitiv svikt er en stor andel av pasientene som hjemmesykepleien ivaretar. En ressursgruppe i enheten vil ha fokus på hvordan disse pasientene ivaretas med primærkontakter, tiltaksplaner og kontinuitet. Her ligger fokuset på god oppfølging av helsetilstand, medisinaladministrasjon, ernæring, hjelpemidler og trygge rammer gjennom døgnet.

Enhet Hjemmesykepleie Narvik har i dag en intern organisering innad i enheten som ivaretar tiltakspakken og utredninger i samarbeid med fastleger. Hjemmesykepleie Narvik har løst sin oppgave i forhold til tiltakspakken med å organisere sitt arbeid med denne pasientgruppen gjennom en ressursgruppe for pasienter med demens/hukommelsessvikt. Ressursgruppen i hjemmesykepleie Narvik jobber med pasienter som allerede har fått vedtak om tjenester fra enheten. Innbyggere uten vedtak om hj.spl., men med behov for oppfølging av ulik årsak, blir ikke ivaretatt av Hjemmesykepleien.

Hukommelsesteam slik det defineres i nasjonale retningslinjer mangler i kommunen i dag. Det er ikke avsatt ressurser/hjemler til et slikt team i Narvik kommune. Det bør tydelig defineres hvordan kommunen skal organisere sitt arbeid. Hvilken type tilbud som skal finnes for innbyggerne i kommunen må politisk forankres og evt. bygges opp som et tverrfaglig team som jobber for hele kommunen. Organiseringen bør involvere tett samarbeid med demenskoordinator ved tildelingskontoret.

Nasjonal faglig retningslinje fremmer at et hukommelsesteam bør være tverrfaglig og bestå av minimum sykepleier og ergoterapeut. Det er viktig at fokus rettes mot hvordan de involverte og tjenestene kan yte støtte til egenmestring. Personer som er rammet av demens ønsker også å mestre sin hverdag på en best mulig måte. I arbeidet med å fremme egenmestring, bør fokuset rettes mot den enkeltes ressurser fremfor begrensninger, og hva som skal til for at den enkelte skal klare seg best mulig. Ergoterapeuter vil være en viktig bidragsyter i et slikt arbeid da de bidrar til å fremme mestring og deltakelse i gjennom å rette fokus både på hvordan en kan styrke personen, tilpasse omgivelsene og legge til rette for meningsfull aktivitet.

## Etablering av hukommelsesteam i Narvik kommune

Nasjonal faglig retningslinje for demens sier følgende:

*Kommuner bør ha egne eller interkommunale tverrfaglige team som del av sitt tilbud til personer med demens og deres pårørende. Teamets funksjon bør være å bistå lege under demensutredning, å sikre at personer med demens og deres pårørende gis oppfølging etter diagnose, og å sikre et fast koordinerende kontaktpunkt i kommunen under hele sykdomsforløpet. Det er en fordel om teamet minst består av sykepleier og ergoterapeut med bred kompetanse om demens, og helst også lege.*

*Det er en fordel om tverrfaglig team har et hovedansvar for at personer med demens og deres pårørende får oppfølging i hjemmet etter diagnose, uavhengig om pasienten mottar hjemmetjenester eller ei.*

*I praksis er det de ansatte i hjemmetjenesten som møter hjemmeboende personer med demens i den daglige oppfølgingen/behandlingen. Derfor er det naturlig at teamet, i samarbeid med de hjemmebaserte tjenestene, tilstreber at personer med demens møter fast personale for å sikre stabilitet og kontinuitet. Gjennom samarbeidet legges det til rette for at tjenestene er forutsigbare.*

Hukommelsesteamet har ansvar for kartlegging og utredning av pasienter som har tjenester, samt oppfølging og veiledning av pårørende. De skal bidra til gjennomføring av månedlig oppfølging av pasient/pårørende, og samarbeide med primærkontakter slik at all dokumentasjon og behov for tiltak og tjenester er oppdatert og planlagt. Teamet har et spesielt ansvar for veiledning/opplæring til pasient, pårørende og kollegaer, samt delta på bruker- og pårørende kurs og i demensnettverket. Teamet skal også bidra til oppdatering av relevante prosedyrer og rutiner relatert til fagområdet. Det er nødvendig å styrke samspillet mellom de to nivåene i helsetjenesten, og mellom fastleger og det kommunale hukommelsesteam. Med tanke på at demens kan opptre sammen med andre hjernesykdommer, samt at kognitive utfordringer kan være svært like av andre årsaker som f.eks. etter gjennomgått hjerneslag, er det viktig at de kommunale teamene ikke bare er konsentrert om demens, men får utvidet kompetanse og utvidede oppgaver knyttet til kognisjon. I den forbindelse kan det være hensiktsmessig at man i dag kaller det hukommelsesklinikk og hukommelsesteam som også favner disse pasientene.

«Ved mistanke om demens kan hukommelsesteam/koordinator gjennomføre kartlegging av henholdsvis pasienten og pårørende, etter avtale med primærlege (fastlege). Kartleggingen bør omfatte vurdering av kognitiv funksjon, ADL-funksjon, sikkerhet i bolig, psykisk funksjon, og pårørendes belastning» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

«Hukommelsesteam/koordinator bør ha hovedansvar for oppfølging i hjemmet for personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt, uavhengig om pasienten mottar hjemmetjenester eller ei. Der personen med demens mottar hjemmetjenester bør det etableres samarbeid mellom hukommelsesteam/koordinator og hjemmetjenesten» (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017).

## Fastlege

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt frem våren 2020, har som ett av tre målområder at fremtiden er teambasert. Som tiltak i planen inngår at regjeringen vil skape en teambasert fastlegeordning. Målet er å skape et bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud til innbyggerne. Tilbudet skal særlig møte brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov, blant annet personer med demens (Demensplan 2025). Det vil være hensiktsmessig med en fastlegeressurs inn i et hukommelsesteam.

## Avlastende tjenester

### Avlastning i institusjon

Pårørende har mulighet til å søke om avlastning i institusjon. Dette kan for eksempel være aktuelt i forbindelse med egne helseutfordringer, stor omsorgsbelastning, mye uro om natten m.m. Mange ektefeller har ofte strukket seg langt for å ivareta sin partner hjemmet

og det innebærer ofte dårlig samvittighet når man står overfor et valg om å søke avlastning i institusjon.

Rullerende avlastningsplasser i institusjon benyttes i stor grad av pasienter med demensdiagnose som har en ektefelle i hjemmet som har behov for avlastning fra omsorgsansvaret. Denne ordningen innebærer vanligvis en fast intervall med 4 uker hjemme/2 uker på institusjon. Det finnes per i dag plasser til rullering ved Furumoen sykehjem, Ballangen sykehjem og Ellas minne.

## Hjemmeavlastning

I noen tilfeller vil ikke dagsenter være riktig tilbud til personer med demens. Enkelte har behov for et tilbud i eget hjem, en til en eller i mindre grupper. Dette løses i dag med tjenesten hjemmeavlastning. Hjemmesykepleien utfører i dag en del hjemmeavlastning hvor man avlaster pårørende i 1 til en i eget hjem. Det er utfordrende å organisere hjemmeavlastningen inn i den daglige driften av tjenesten.

En annen mulighet for denne organiseringen kan være ambulerende dagaktivitetstilbud som enkelte andre kommuner som f.eks. Trondheim har. Her har man gitt yngre personer med demens som ikke vil eller ikke passer inn på ordinære dagaktivitetssenter, et ambulerende tilbud hvor en ansatt er sammen med personen. Ofte dreier det seg om pasienter med sammensatte og kompliserte sykdomsbilder som man vanskelig kan se for seg at frivillige eller uskolerte støttekontakter skal ha ansvar for. I Narvik kan en mulig organisering være i samarbeid med aktivitetssenteret på Villa Solborg. Det vil utløse at personalet som i dag er to stykker må økes med ressursene som brukes til hjemmeavlastning i hjemmesykepleien. Dette sikrer faglig forankring, god oppfølging, og man har mulighet til å nyttiggjøre seg av noen felles aktiviteter på dagaktivitetssenteret. Det kan i visse tilfeller etableres kontakt mellom to eller tre personer med demens som ikke passer eller ønsker seg inn i det ordinære tilbudet, slik at det ambulante tilbudet omfatter en liten gruppe. Dette vil kunne gi pårørende støtte og avlastning i hverdagen selv om personen med demens av ulike årsaker ikke kan benytte seg av et ordinært dagtilbud.

## Heldøgns omsorg

I løpet av sykdomsforløpet kommer mange til et punkt hvor heldøgns omsorg i institusjon er det eneste riktige tilbudet. Dette gjelder også yngre pasienter med spesielle behov.

Pasienter med atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) kan ha behov for skjermede tiltak en periode. Andre pasienter har behov for tilrettelagte boliger og rammer og kan klare seg godt i et bofelleskap. Den individuelle vurderingen om hvilket tilbud innen institusjonsomsorgen kan være utfordrende. Personer med demens er sårbare for forandring og vil kunne oppleve økt forvirring og uro i en flytteprosess. Her er samarbeidet mellom fastlege, koordinator, hjemmebaserte tjenester og institusjon en viktig faktor. Det er likevel slik at det kan være vanskelig å avgjøre hva som er riktig tilbud mens pasienten er i eget hjem. I slike tilfeller flyttes pasienten til et korttidsopphold for å kartlegge hjelpebehovet gjennom døgnet og hvilket tilbud som vil være det beste for pasienten.

I Narvik kommune er det 64 plasser med skjermede tiltak fordelt på Furumoen, Ellas Minne, Ballangen og Kjøpsvik. Det er definert 92 bofelleskap plasser totalt i Narvik kommune. Dagsenterplasser per 2020 er totalt 29. (økonomiplan 2021-2024).

### Livsgledehjem

Flere av boligenene med heldøgns omsorg i Narvik har gjennomført den nasjonale sertifiseringsordningen. Livsgledehjem er et langvarig endringsarbeid, som skaper nye holdninger, metoder og rutiner på virksomheten.

De 9 livsgledekriteriene:

1. Alle ansatte skal vite hva sertifiseringsordningen er, og hva det innebærer
2. Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager og andre organisasjoner
3. Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får komme ut i frisk luft minst en gang i uka
4. Virksomheten skal legge til rette for kontakt med dyr
5. Virksomheten skal legge til rette for at beboerne får muligheter til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler
6. Virksomheten skal legge til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen
7. Virksomheten skal legge til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet
8. Virksomheten skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende
9. Virksomheten skal legge til rette for å trekke årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag

### Narvik kommunes institusjonsplasser per 2020.

Institusjonsplasser Totalt antall i hele kommunen	Definerte bofelleskaps plasser	Definerte skjermede plasser	Dagsenterplasser
228	92	64	26

## Lindrende behandling for personer med demens

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon slik:

"Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte 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."

I demensplan 2020 – «Et mer demensvennlig samfunn» (Helse - og omsorgsdepartementet, 2015) påpekes det at «Det er behov for mer kunnskap om hva som er god omsorg ved livets slutt for personer med demens» (Demensplan 2020, s. 34). Begrepet palliasjon er ikke lenger forbeholdt den aller siste levetid, men kan settes inn i alle faser av sykdommens forløp, også parallelt med aktiv (lindrende) behandling (Jarlbæk m.fl., 2014). For personer med demens kan fasen for palliativ behandling vare i flere måneder, og mange er allerede i en palliativ fase når de innlegges på sykehjem. Det er med andre ord en stor andel pasienter på sykehjem som har behov for lindrende behandling.

## Organisering og økonomiske rammer

En forutsigbar og sammenhengende tjeneste hvor man har samlet tverrfaglig fagkompetanse vil øke kvaliteten. Det anses som hensiktsmessig å samordne ressurser, prioritere bruk av ressurser og innsats som allerede gjøres, og sette dette inn i en sammenheng. Ulike tjenester/lavterskeltilbud/kompetanseheving o.l kan det være muligheter for å søke midler til. Prosjektmidler lyses ut årlig fra Helsedirektoratet og Fylkesmannen med utgangspunkt i Nasjonal demensplan.

Selv om flere av tiltakene i planen kan gjennomføres innenfor de gitte økonomiske rammene vil ikke planen kunne gjennomføres eller realiseres uten at budsjett tilføres noe utvidet ramme. Dette gjelder spesielt opprettelse av hukommelsesteam. Disse tiltakene vil være viktige for å koordinere og utvikle omsorgen slik at kommunen kan gi forsvarlige tjenester i et forebyggende perspektiv, samt at pasienten og pårørende mestrer situasjonen og kan bo i eget hjem så lenge som mulig.

## Innsatsområder og tiltak for perioden 2021-2024

Innsatsområder og tiltak	Ansvar/økonomi og tidsperspektiv
<b>Informasjon:</b> Utarbeide brosjyre/informasjon/nettsted om de ulike tilbudene til personer med demens og kognitiv svikt i Narvik kommune	Demenskoordinator m flere Innenfor dagens ramme
<b>Forebygging:</b> Informasjon om demens og hva som er forebyggende, eks Bra for hjerte, bra for hjernen, hørsel, høyere utdanning i ung alder m.m. Fokus på aktivitet Forebygging i forhold til isolasjon og depresjon.	Må ses i sammenheng med generelt fokus på helseforebygging i kommunen. Friskliv og mestring m.m

<p><b>Demensvennlig samfunn:</b> Langsiktig tenkning i forhold til byplanlegging, boliger, utearealer, m.m informasjon og opplæring til ulike servicepunkter som denne gruppen møter i samfunnet.( taxi, butikkansatte osv.)</p>	Overordnede planer
<p><b>Kompetansemål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Demensens ABC</li> <li>● Flere med videreutdanning i geriatri/ demens/alderspsykiatri/hodeskade Bør være minimum 1-2 i hver enhet.</li> <li>● Kurs i basal utredning for personale som bistår i utredning. Dette kurset fra aldring og helse er også for fastleger.</li> <li>● Behov for kurs/opplæring tilpasset vikarer og ufaglærte</li> <li>● Behov for tilrettelagte kurs for ansatte med annet morsmål/språkbarrierer?</li> <li>● Det vil også kunne være hensiktsmessig å øke bruken av hospitering som tiltak for å øke kompetanse på tvers av enhetene.</li> </ul>	Enhetene Søke midler
<p><b>Samarbeid/samhandling:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se på rutiner rundt pasienter med komplekse behov, spesielt yngre som har behov for oppfølging av både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, Nav, barn som pårørende etc.</li> <li>● I større grad ta i bruk Individuell plan til pasienter med flere tjenester og behov for koordinering.</li> <li>● Etablere faste samarbeidsmøter mellom demenskoordinator og spesialisthelsetjenesten, Institusjonene, aktivitetssenteret Villa Solborg og hukommelsesteam.</li> <li>● Se på rutiner for å bedre overgangen mellom hjemmet og institusjon.</li> <li>● Samarbeid med fastleger</li> </ul>	Demenskoordinator i samarbeid med interne og eksterne samarbeidspartnere
<p><b>Etablere demensnettverk:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● I alle enheter som har ansvar for tjenester til personer med demens bør det være en kontaktperson /demenssykepleier som kan delta i nettverket. Representanter fra Spesialisthelsetjenesten. Fastleger.</li> <li>● Eget nettverk for institusjonsomsorgen Benytte fagkompetanse på tvers av enheter.</li> </ul>	Enhetene har ansvar for å ha en kontaktperson/ressurs som er demenskontakt. Demenskoordinator har ansvar for nettverksmøter.  2 ganger pr år.

<p><b>Institusjonsomsorgen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisere et forsterket tilbud innenfor sterk skjerming og yngre personer med demens.</li> <li>• Utvikle palliative tilbud til personer med demens</li> </ul>	<p>Furumoen er i gang med dette per januar 2021.</p> <p>Innenfor økonomiske rammer. Ila 2021.</p>
<p><b>Dobbeltdiagnoser</b></p> <p>I planperioden bør det vurderes hvilke tilbud pasienter med komplekse lidelser har behov for og hvordan dette kan organiseres: Alderspsykiatri, alkohol og rusproblematikk, dobbeltdiagnoser etc.</p>	
<p><b>Hukommelsesteam:</b></p> <p>Se på organisering av hukommelsesteam/demensteam. Lavterskeltilbud?</p> <p>Vurdere behov for tverrfaglighet i hukommelsesteamet ved for eks ergoterapeut tilknyttet.</p> <p>Handlingsplanen for allmennlegetjenesten som ble lagt frem våren 2020, har som ett av tre målområder at fremtiden er teambasert. Som tiltak i planen inngår at regjeringen vil skape en teambasert fastlegeordning. Fastlegeressurs mot hukommelsesteam?</p> <p>Fordeler med et overordnet tverrfaglig hukommelsesteam som favner hele kommunen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bedre samhandling mellom fastleger/hukommelsesteam</li> <li>-Bredere samlet kompetanse i kommunene med team</li> <li>-Enklere samarbeid opp mot spesialisthelsetjenesten</li> </ul> <p>Fordeler ved å se dette i sammenheng med organisering av aktivitetssenteret, brukerskole og hjemmeavlastning/aktivitetstilbud .</p> <p>Hukommelsesteam vil ivareta og følge pasienten fra første del av omsorgstrappen, samarbeide med hjemmebaserte tjenester videre i forløpet inntil det er behov for heldøgns omsorg i institusjon.</p>	<p>Kommunal ledelse Enhetene</p>
<p><b>Tiltakspakke Demens:</b></p> <p>Videreføre gjennomføring og oppfølging av tiltakspakke demens i Narvik</p> <p>Implementere rutiner for gjennomføring av tiltakspakke demens i hjemmebaserte tjenester i Bjerkvik, Ballangen og Kjølsvik.</p>	<p>Demenskoordinator Hukommelsesteam Hjemmesykepleien</p>
<p><b>Hjemmesykepleien:</b></p> <p>Hjemmesykepleien har en ressursgruppe som har et spesielt ansvar for personer med demens og kognitiv svikt</p>	<p>Enhetene</p>



<p>som mottar hjemmesykepleie. Utvikle og følge opp individuell tiltaksplan for hjemmeboende med tjenester.</p>	
<p><b>Avlastende tjenester:</b> <b>Rullerende avlastning i institusjon:</b> Utrede organiseringen av rullerende avlastning i fremtiden. Er det hensiktsmessig å ha en egen avdeling for denne typen tilbud, da man erfarer at rulleringsplasser kan være utfordrende i korttidsavdelinger. Vil dette kunne gi større mulighet for fleksibilitet i avlastningstilbudet? <b>Dagaktivitetstilbudene</b> tjener også som avlastning. <b>Hjemmeavlastning</b> ved behov for en til en, eller mindre grupper. <b>Ambulant aktivitetstilbud ?</b> Kan dette ses i sammenheng med hjemmeavlastning? Behov for mer fleksible avlastningsmuligheter Utrede fremtidig omfang og organisering for avlastningsplasser for personer med demens.</p>	<p>Kommunal ledelse Enhetene</p>
<p><b>Velferdsteknologi:</b> Fokus på bruk av teknologiske hjelpemidler Målsetning om å prøve ut 3-5 GPS på hjemmeboende med demens</p>	<p>Ansvarlig for velferdsteknologi Demenskoordinator Aktuell enhet</p>
<p><b>Brukerskole/Voksen Skole:</b> Brukerskole kan bidra til å øke opplevelsen av mestring hos personer med demens og bør implementeres i kommende planperioden. Dette vil også kunne bidra til økt brukermedvirkning som er et av målene i den nasjonale demensplan.  Tilbud til personer med demens i tidlig fase. Etableres i samarbeid med Aktivitetssenteret Villa Solborg. Organisering?</p>	<p>Demenskoordinator og enhetene, Aktivitetssenteret</p>
<p><b>Turgrupper/Aktivitetsvenn-:</b> Samarbeid med frivillige. Utrede hvordan man kan tilpasse den etablerte fritidskontakt ordningen til personer med demens</p>	<p>Demenskoordinator Frivillige</p>

# Referanser

Bergh et al. 2015. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC).  
Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet

Brooker, Dawn. Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Forlaget Aldring og helse, 2013

Demensplan 2015 – «Den gode dagen» Helse- og omsorgsdepartementet

Demensplan 2020 – «Et mer demensvennlig samfunn» Helse- og omsorgsdepartementet.

Demensplan 2025, Helse- og omsorgsdepartementet.

Gjøra L, Strand BH, Berg S, Borza T, Brækhus A, Engedal K, Johannessen A, Kvelling-Alme M, Krogstad S, Livingston G, Matthews F, Myrstad C, Skjellegrind H, Thingstad P, Aakhus E, Aam S, Selbækk G. *Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia and its subtypes in a population-based sample of 70 years and older in Norway: The HUNT study*: JAD. 2020. In press

Jarlbæk, Lene m.fl. Målgrupper og tidspunkter for palliativ innsats. I: Omsorg nr. 3 2014

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

Lovdata.no <https://lovdata.no/>

- Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1).

- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-3

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. St. Meld. 26 (2014-2015).

Narvik kommune Økonomiplan 2021-2024

<https://www.narvik.kommune.no/f/p-1/ia5c24c0b-519a-40fa-b15f-2b098a37f804/okonomiplan-2021-2024-hoveddokument-041120.pdf>

Nasjonalforeningen

<https://nasjonalforeningen.no/demens/ulike-typer-demens/andre-demenssykdommer/>

2020 Alzheimer's disease facts and figures. (2020). Alzheimer's Dement. 16, 391-460. doi:10.1002/alz.12068

Nasjonalt kompetansetjeneste for aldring og helse - [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no),

Nasjonalt faglig retningslinje om demens, Helsedirektoratet  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-om-demens>

Pasient- og brukerrettighetsloven, [www.lovdatabasen.no](http://www.lovdatabasen.no)

Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Rundskriv IS-8/2015.  
Helsedirektoratet

Rosness, T.A, Haugen, P: K. & Engedal, K. Når demens rammer unge 1194–7.  
<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2011--1194-7.pdf>

(Statistikk Narvik 2020)  
<https://www.narvik.kommune.no/f/p28/ib95429ce-396e-44c2-8d29-c5b109d6eb29/statistikk-narvik-2020-021020-kommunestyret.pdf>

Tiltakspakke demens  
<https://www.aldringoghelse.no/demens/utredning-behandling-og-oppfolging/oppfolging/>

Woods, B. (1999). *Younger people with Dementia: Psychosocial Interventions*. I: Cox, S & Keady, J (ed) *Younger People with Dementia. Planning, Practice and Development*, London and Philadelphia, s. 245-261.

## Vedlegg

### Vedlegg 1. Omsorgstrappa for demensomsorg

<b>Nivå 1:</b> Tjenester for	<b>Nivå 2:</b> Tjenester for	<b>Nivå 3:</b> Tjenester for	<b>Nivå 4:</b> Tjenester og	<b>Nivå 5:</b> Tjenester og
------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

de med begynnende/lett demens	personer med lett demens	personer med moderat demens	tiltak til personer med alvorlig demens	tiltak til personer med alvorlig demens og som har behov for langtidsplass
<p>Pasient og pårørendekurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Månedlig oppfølging</li> <li>· Eventuelt individuell tiltaksplan</li> <li>· Vurdering av risikofaktorer</li> <li>· Velferdsteknologiske løsninger som Trygghetsalarm, Komfyrvakt, Brannsensor, Kalender- og klokke hjelp, Medikament-dispenser</li> <li>· Utredning og diagnostisering</li> <li>· Aktivitetssenter</li> <li>· Transporttjeneste</li> </ul>	<p>Bruker og pårørende kurs/veiledning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Individuell tiltaksplan</li> <li>· “Min historie”</li> <li>· Vurdering av risikofaktorer</li> <li>· Månedlig oppfølging</li> <li>· Vurdering av velferdsteknologiske løsninger; Trygghetsalarm, Komfyrvakt, Kaffetraktervakt, Brannsensor, Kalender- og klokke hjelp, Medikamentdispenser</li> <li>· Omsorgslønn</li> <li>· Dag-aktivitetstilbud</li> <li>· Fritidskontakt.</li> <li>· Fysio- og ergoterapi</li> <li>· Hjemmesykepleie</li> <li>· Hjemmehjelp</li> <li>· Hverdagsrehabilitering</li> <li>· Transporttjeneste</li> <li>· Omsorgsbolig</li> </ul>	<p>Pårørendeveiledning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Individuell tiltaksplan</li> <li>· “Min historie”</li> <li>· Vurdering av risikofaktorer</li> <li>· Samtykkevurdering</li> <li>· Månedlig oppfølging</li> <li>· Omsorgslønn</li> <li>· Avlastning</li> <li>· Dag-aktivitetstilbud</li> <li>· Hjemmehjelp/hjemmesykepleie</li> <li>· Hverdagsrehabilitering</li> <li>· Personlig assistent</li> <li>· Omsorgsbolig/Bofelleskap</li> <li>· Transporttjeneste</li> <li>· Vurdering av velferdsteknologiske løsninger; Trygghetsalarm, Komfyrvakt, Kaffetraktervakt, Brannsensor, Kalender- og klokkehjelp, Medikamentdispenser, dørsensor, GPS-sporing, Nattkamera, Bevegelsessensorer</li> <li>· Brannsensor (direkte kobling til brann/automatisk slukking)</li> </ul>	<p>Pårørendeveiledning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dagaktivitetstilbud</li> <li>· Avlastning</li> <li>· Omsorgslønn</li> <li>· Hjemmehjelp/hjemmesykepleie</li> <li>· Bofelleskap</li> <li>· Individuell tiltaksplan</li> <li>· Samtykkevurdering</li> <li>· Vurdering av risikofaktorer</li> <li>· Månedlig oppfølging</li> <li>· Vurdering av velferdsteknologiske løsninger; Trygghetsalarm, Komfyrvakt, Kaffetraktervakt, Kalender- og klokke hjelp, Medikament-dispenser, dørsensor, GPS-sporing, Nattkamera, Bevegelsessensorer</li> <li>· Brannsensor (direkte kobling til brann/automatisk slukking)</li> </ul>	<p>Individuell tiltaksplan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Vurdering av risikofaktorer</li> <li>· Vurdering av samtykke</li> <li>· Langtidsplass ved institusjon</li> <li>· Skjerming</li> <li>· Samarbeidsavtale med pårørende/verge</li> </ul>

		Bevegelsessens orer		

## Vedlegg 2

### Oppgave og ansvarsfordeling

Oversikt over oppgave- og ansvarsfordeling. Det er noen generelle tjenester som kommunen skal sørge for, og enkelte oppgaver som spesialisthelsetjenesten har ansvar for. Fordeling av ulike oppgaver og ansvarlige er spesifisert under. Generelle tjenester som alle med demenslidelse skal kunne motta:

- Hjelp til diagnostisering når personene selv, pårørende eller hjelpeapparatet er bekymret for symptomer.
- Hjelp å beskrive "Min historie" og hva som er viktig for dem.
- Primærkontakt som sikrer kontinuitet og jevnlig oppfølging. 9
- Individuell tiltaksplan (IP) som inneholder oversikt over tiltak og tjenester og som oppdateres jevnlig ved endring i behov.
- Medvirke ved utarbeidelse av tiltaksplan så lenge de kan, evt via pårørende.
- Tiltak og tjenester som opprettholder mestring, funksjonsnivå og deltakelse så lenge som mulig.
- Oppdaterte vedtak om tjenester.
- Opplæring/ informasjon til personen selv og pårørende.
- Møte kvalifiserte ansatte.
- Møte få og fast personale så lenge de de bor hjemme.
- God overgang til institusjon med primærkontakter.
- Tilbud i institusjon skal tilpasses brukerens behov.
- Ipløs-oppdatering minimum hvert halvår.
- Vurdering knyttet til "Tiltakspakke" og "Trygghetspakke", inkludert vurdering av ulike risikofaktorer ved hjemmesituasjonen.
- Samarbeid og opplæring av frivillige.
- Avklaring vedrørende verge, fremtidsfullmakt, økonomi, testament, etc.

Særlige oppgaver for fastleger eller tilsynsleger:

- Identifisere mulige årsaker til medisinske og kognitive utfordringer.
- Informere pasient og pårørende om behov for utredning ved mistanke og starte utredning.
- Henvise til spesialisthelsetjenesten ved kompliserte/atypiske symptomer.
- Henvise til spesialisthelsetjenesten når vedkommende er under 65 år.
- Vurdere samtykkekompetanse.
- Gi melding til Tildelingskontoret/KE ved behov for kartlegging, vurdering og oppfølging av behov for kommunale tjenester.
- Samarbeid med utøvende enheter om medisinsk oppfølging av den enkelte.

Særlige oppgaver for spesialisthelsetjenesten: I høringsutkast til nasjonale retningslinjer for demensutredning står det at aktuell spesialisthelsetjeneste bør utrede personer med mistanke om demens i tilfeller som er oppført under, se kapittel "Grupper som kan ha særlige behov":

- Personer med kompliserte/atypiske tilfeller av kognitiv svikt .
- Yngre personer under 65 år (kun veiledende aldersgrense).
- Personer med utviklingshemning.
- Personer med minoritetsbakgrunn der språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen.
- Personer med samisk kulturbakgrunn der språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen.
- Personer med alvorlige atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens.
- Andre særlig kompliserte tilfeller (for eksempel ved kompliserte komorbide somatiske og/eller psykiske lidelser og/eller nettverksproblemer samt juridiske og/eller etiske konflikter).
- Veilede primærhelsetjenesten i utredning og oppfølging av personer med mistanke om demens.

Særlige oppgaver for Tildelingskontoret/Koordinerende enhet:

- Ta i mot bekymring av pårørende, naboer, fastlege, apotek, ansatte i hjemmetjenesten, andre.
- Delta ved utredning/kartlegging av diagnose og hjelpebehov.
- Ansvar for Tiltakspakke demens for nye brukere.
- Saksbehandle søknader og lage vedtak.
- Holde oversikt og planlegge relevante tiltak for den enkelte fremover.
- Sørge for samarbeid med utøvende enheter ved behov for endring av tjenester.
- Koordinering av kommunens tilbud innen demensomsorgen.
- Bestille pårørende- og brukerkurs ved behov.
- Vurdering av behov for velferdsteknologiske hjelpemidler med tanke på sikkerhet og hjelp til oversikt og påminning, f eks klokke, kalender, komfyrvakt osv (Trygghetspakke).
- Vurdering av behov for:
  - Fritidskontakt
  - Omsorgslønn
  - Dag-aktivitetstilbud; Fysio/ergo
  - Praktisk bistand til renhold og innkjøp
  - Hjemmesykepleie
  - Hverdagsrehabilitering
  - Korttidsplass
  - Omsorgsbolig med evt tilrettelagte tiltak
  - Avlastningstiltak for pårørende, hjemme, dagsenter, og/eller på institusjon
  - Bofellesskap for de som ikke klarer seg alene men ikke har behov for skjerming.
  - Omsorgslønn der pårørende bor sammen med bruker
  - TT-kort
  - Personlig assistent
- Vurdere samtykkekompetanse knyttet til saksbehandling.

Særlige oppgaver for Hukommelsesteam:

- Gjennomføre Tiltakspakke demens for pasient og nærmeste pårørende.
- Arbeide systematisk og målrettet for å skape god relasjon (komme i posisjon) til pasienten.
- Hjemmebesøk med fokus på risikofaktorer, aktivitet, ernæring og medikamentbruk.
  - Fokus på lunch, fire måltid og rutiner for innkjøp av matvarer
  - Helsefremmende aktiviteter som stimulerer og opprettholder kognitiv og fysisk funksjon.
  
- Samarbeid med fastlege om utredning og kartlegging av diagnose.
- Sørge for kontaktperson. Vurdere behov for individuell tiltaksplan for alle.
- Vurdere og avklare eventuelle behov for velferdsteknologiske tiltak (Trygghetspakke) og gjennomføre tiltaket.
- Oppdatere IPLOS jevnlig og vurdere hjelpebehov jevnlig samt melde tildelingskontoret ved behov for endringer av vedtak
  - Månedlige møter med demenskoordinator/KE
- Vurdere samtykkekompetanse og behov for verge.
- Samarbeide ved overgang til andre botilbud.
- Sørge for støtte, opplæring og veiledning av pasient og pårørende.
- Organisere og utvikle personalets kompetanse knyttet til pasientens behov for tjenester.
  - Primærkontakter med videreutdanning i demensomsorg, jevnlig oppdatering av kunnskap.
  - Mest mulig stabilitet og kontinuitet i tjenesten.

Særlige oppgaver for hjemmesykepleien:

Primærkontakten har overordnet ansvar for å kartlegge, vurdere, beskrive tiltak, evaluere tiltak og oppdatere tiltak på bakgrunn av vedtak og brukerens situasjon, samt veiledning av pasient og pårørende. En primærkontakt skal minimum inneha en 75% stilling og være fagutdannet. Fordeling av primærkontakter skal ta hensyn til problemstillingene rundt den enkelte bruker, behovet for kompetanse og den ansattes nærværelse. Alle brukerne skal ha to kontakter, en primær og en sekundær, eller to primær, for å gi kontinuitet og forutsigbarhet for bruker og pårørende. Primærkontaktens navn skal føres opp i Profil.

Primærkontaktens oppgaver:

- Skal være kontaktperson for bruker, pårørende og samarbeidspartnere.
- Gjøre risiko/sikkerhetsvurdering i hjemmet, samt ernæringsstatus.
- Sette seg inn i pasientens vedtak, epikriser, sluttrapporter etc.
- Utarbeide individuelle tiltaksplaner i samarbeid med personen selv og nærmeste pårørende, og oppdatere disse etter behov.
- Oppdatere diagnoser i profil.
- Melde behov for endringer i vedtak til "avdelingssykepleier/-leder", og sende endrings skjema til Tildelingskontoret/KE.
- Ansvar for at pasienter har nødvendige hjelpemidler og utstyr, og at dette bestilles.
- Påse at nødvendige prosedyrer er innført og eventuelt oppdatere disse.
- Sørge for at IPLOS er oppdatert.
- Påse at alle relevante opplysninger er oppdatert i Profil.

- Ansvar for legekontakt, PLO og medikament oppfølging.
- Ivareta koordinator-funksjonen ved sammensatte tjenester (IP)

Særlige oppgaver for dagaktivitetssenter:

Dagaktivitetssenter skal gi mening, mestring og gode opplevelser for den enkelte.

- Aktivisering/sosialisering.
- Avlaste pårørende.
- Melde om behov for endringer til hjemmetjenesten.
- Delta i kartlegging/oppfølging av ernæringsstatus og funksjonsnivå.
  - Legge til rette for brukerskole

Særlige oppgaver for institusjonsomsorgen: Institusjonens plass i sykdomsforløpet kan være tilbud i form av korttidsplass, avlastning og langtidsplass i sykdommens slutfase.

- Tilby differensierte institusjonsplasser ut fra pasientens behov og funksjonsnivå.
- Samarbeide med hjemmetjenesten ved overgang av botilbud.
- Vurdering av samtykkekompetanse.
- Oppdatering av tiltaksplan, medisiner, etc.
- Gjennomføre funksjonskartlegging, Bartel/MMSE ved behov.
- Vurdere og tilpasse behov for skjerming og tvang.
- Ved behov henvise videre til utredning ved uklart sykdomsbilde.
- Følge opp "Min Historie".
- Videreføre bruk av samarbeidsavtaler med pårørende/verge.
- Fortsette med det 4.måltid.
- Kvalifisere personell med relevant kompetanse.
  - Omsorg ved livets slutt