



Sømna  
kommune

# Demensplan

Temaplan for Sømna Kommune

2022-2025



Vedtatt av kommunestyret 16.12.21



## Innhold

1 Innledning.....	4
1.1 Formål med planen .....	4
1.2 Nasjonale føringer .....	4
1.3 Lokale føringer .....	8
2 Bakgrunnskunnskap .....	10
2.1 Hva er demens?.....	10
2.2 Befolkningsutvikling og forekomst.....	11
3 Tjenestetilbudet i Sømna .....	14
3.1 Utredning og diagnose .....	14
3.2 Mat- og væskeinntak.....	15
3.3 Samhandling i tjenesten.....	16
3.4 Tjenestenivåer.....	16
3.4.1 Koordinerende enhet .....	16
3.4.2 Hukommelsesteam .....	17
3.4.3 Kognitive hjelpemidler og velferdsteknologi .....	18
3.4.4 Dag- og aktivitetstilbud .....	19
3.4.5 Praktisk bistand .....	19
3.4.6 Støttekontakt .....	20
3.4.7 Brukerstyrt personlig assistent (BPA).....	20
3.4.8 Individuell plan .....	20
3.4.9 Omsorgsstønad .....	20
3.4.10 Hjemmesykepleie .....	21
3.4.11 Omsorgsbolig.....	21
3.4.12 Sykehjemsavdeling.....	22
3.4.13 Kommunal fysioterapeut.....	23
3.4.14 Kommunal psykiatri.....	23
3.5 Inkludering og tilrettelegging for alle.....	24
3.5.2 Personer med minoritetsbakgrunn.....	24
3.5.3 Personer med funksjonsnedsettelse.....	24
4 Frivillig innsats .....	26
4.1 Frivillighet.....	26
4.1.1 På Sømna Omsorgssenter .....	26
5 Pårørende.....	27

5.1	Pårørendestøtte .....	27
5.2	Pårørendeskole .....	27
6	Kompetanse .....	28
6.1	ABC opplæring.....	28
6.2	Etter- og videreutdanning .....	28
7	Mål og tiltak.....	30
7.2	Ressurser i Sømna kommune i dag .....	30
7.3	Mål, utfordringer og tiltak.....	31
7.4	Oppsummering.....	32
7.5	Tiltak i planperioden.....	33
8	Referanser .....	38

## 1 Innledning

Arbeidet med demensplanen har foregått i en arbeidsgruppe bestående av prosjekteier områdeleder helse og velferd, prosjektleder avdelingsleder hjemmesykepleien, avdelingsleder Sømna Omsorgssenter, enhetsleder bo- og oppfølgingstjenesten og enhetsleder helse. Leder plan, miljø og utvikling har også vært brukt som en ressurs på siden av arbeidsgruppen. Det har vært avholdt til sammen 4 møter i arbeidsgruppen. Eldrerådet, Pensjonistforeningen og brukerråd for personer med nedsatt funksjonsevne har vært invitert med i prosessen i form av 2 kafèdialoger. De er også brukt som høringsinstans.

Plan for helse og omsorg er kommunens overordnede plan for helse- og omsorgstjenestene. Denne er planlagt påbegynt i 2022. Demensplanen for perioden 2022 – 2025 er en underordnet plan som setter kommunens arbeid med demens på dagsorden. Demensomsorgen er i kontinuerlig utvikling, og denne planen vil være utgangspunkt for videre utviklingsarbeid.

### 1.1 Formål med planen

Demensplanen skal belyse viktige endringer og utfordringer innen demensomsorg og samtidig kommunisere hvilke mål og prioriteringer kommunen setter for tjenestene. Målet er å sikre langsiktig og helhetlig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser, samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende.

### 1.2 Nasjonale føringer

I Nasjonale faglige retningslinjer om demens gir Stortinget og Helsedirektoratet anbefalinger for å sikre demensomsorgen.

Stortinget har gjennom Meld. St. 26 (2014-2015), «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*», gitt føringer om at kommunehelsetjenestene skal sette pasientens

behov i sentrum for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenesten. Meldingen omtaler dette som pasientens helsetjeneste.

Meld. St. 15 (2017 – 2018), «*Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*», skal bidra til at eldre kan mestre eget liv der de bor, og ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det. Pårørende som blir involvert i helsetjenesten skal kunne bidra uten å bli utslitt. Ansatte skal settes i stand til og gis mulighet for å bruke sin kompetanse i tjenestene. Meldingens hovedfokus er å skape et mer aldersvennlig Norge og finne nye og innovative løsninger på de kvalitative utfordringene knyttet til aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng og overgang i tjenestene.

I Demensplan 2020, «*Et mer demensvennlig samfunn*», presenterte Regjeringen sin 5-årsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Målet med demensplan 2020 var å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens og deres pårørende i fellesskapet. Det skal legges til rette for økt brukerinnflytelse og brukerinvolvering. For å bidra til gode og meningsfulle liv og sikre gode pasientforløp og trygg og koordinert oppfølging, har Demensplan 2020 seks strategiske hovedgrep:

- 1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse.**
- 2. Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen**
- 3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnosen**
- 4. Aktivitet, mestring og avlastning**
- 5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud**
- 6. Forskning, kunnskap og kompetanse**

Regjeringen lanserte den 3. nasjonale demensplanen 2. desember 2020; *Demensplan 2025*, der det påpekes at demens er en av de største globale utfordringene verden står overfor. Planen bygger på erfaringene fra de to forrige planene. Demensplanen 2025 har fire hovedinnsatsområder:

- 1. Medbestemmelse og deltagelse**
- 2. Forebyggende og folkehelse**
- 3. Gode og sammenhengende tjenester**
- 4. Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling**

Erfaringene med de to foregående demensplanene er gode, men tilbakemeldingene fra helsedirektoratet, personer med demens og deres pårørende, samt interesse- og fagorganisasjonene er entydige på at vi ikke er i mål. Det er en velkjent utfordring at vi blir flere eldre, og at det derfor vil bli flere med demens. Dette påvirker etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, og vi er nødt til å finne bærekraftige løsninger og bidra til at tjenestene planlegger for fremtiden. Demens er en vesentlig folkehelseutfordring, og det er behov for økt oppmerksomhet om forebygging av demens. Det å få demens betyr ikke at ens egne verdier og preferanser forsvinner, og det er viktig at personer med demens gis anledning til å medvirke i eget liv. Videre er det behov for økt kunnskap i samfunnet om demens, slik at vi kan bygge ned fordommer.

Det er fortsatt altfor mange som ikke blir utredet og diagnostisert ved tegn på kognitiv svikt. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose var et av hovedinnsatsområdene i Demensplan 2020, men det er fortsatt behov for videre oppmerksomhet om dette. Dette handler både om å få personer med mistanke om demens til å oppsøke hjelp, men også om å få helsepersonell til å bli bedre til å fange opp tegn på kognitiv svikt. Som en del av dette må vi jobbe for å redusere stigma forbundet med demens og stimulere til åpenhet samt spre kunnskap om hvilken nytte den enkelte kan ha av å få en diagnose og tilrettelagt hjelp.

Flertallet av personer med demens bor hjemme og ønsker å fortsette med det. Samtidig vet vi at det ofte kan bli en utfordring å mestre daglige aktiviteter, både for den det gjelder, og for pårørende og nærkontakter. Det er viktig at tiltak settes inn tidlig, og at en gjennom veiledning og tilrettelegging legger til rette for egenmestring. Pårørende til personer med demens legger ned en stor innsats, og det er viktig at vi tar vare på og

anerkjenner denne innsatsen. Pårørende må sikres avlastning, veiledning og støtte.

En annen hyppig tilbakemelding er manglende aktivitet i hverdagen, både for hjemmeboende og beboere på sykehjem. I Demensplan 2025 vil vi videreføre arbeidet med aktivitetstiltak. Det er viktig å jobbe for at tilbudene får et innhold som oppleves som både meningsfullt og attraktivt. Det er videre viktig at tilbudene fungerer som avlastning for pårørende. (Demensplan 2025)

Et aldersvennlig samfunn er et bra samfunn for alle aldersgrupper og funksjonsnivåer, og skal bidra til at eldre kan være mer aktive og delta mer i samfunnet. Eldre har mange felles interesser med barn og barnefamilier i hvordan lokalsamfunnet utformes, og vil ofte kunne stå sammen med mennesker med funksjonsnedsettelse i arbeidet med å fjerne funksjonshemmede barrierer, enten de er av fysisk, psykisk, sosial eller kulturell art.

Arbeidet for et mer aldersvennlig samfunn angår alle deler av samfunnet. Regjeringen la i 2016 frem sin *strategi for et aldersvennlig samfunn*. Strategien understreker at et aldersvennlig samfunn skapes ved å sette brukerperspektivet først, og mobilisere arbeids- og næringsliv, kommuner og lokalsamfunn, sivilsamfunn og interesseorganisasjoner. Helse- og omsorgssektoren må sørge for å skape aldersvennlige sykehus, sykehjem, botilbud og tjenester. Strategien retter seg særlig mot disse områdene:

- *Lengre arbeidsliv*
- *Aldersvennlig lokalsamfunn* hvor planlegging og samfunnsutvikling, boligpolitikk, lokalt kulturliv og transport er viktige elementer
- *Frivillig sektor og sivilsamfunn* får økt betydning for å aktivisere og styrke sosial deltakelse
- *Nyskaping, nytte og næring* omhandler hvordan vi kan utvikle og ta i bruk teknologi og nye løsninger som kan stimulere næringsliv samtidig som det styrker eldres mestring og deltakelse

- *Helse- og omsorgssektoren* må fremme helse gjennom livsløpet for å få sunn aldring
- *Forskning* om aldring og betingelser for aktive eldre skal bli bedre

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet indikatorer for å vurdere aldersvennlighet bl.a.:

1. utendørsområder og bebyggelse
2. transport
3. bolig
4. sosial deltakelse
5. respekt og sosial inkludering
6. deltakelse i samfunns- og arbeidslivet
7. kommunikasjon og informasjon
8. helse- og sosialtjenester

Et lokalsamfunn som er trygt, inkluderende og tilgjengelig for eldre, vil også være det for barn og føre til livskvalitet for øvrige innbyggere.

### 1.3 Lokale føringer

Følgende mål og strategier i kommuneplanens samfunnsdel, som ble vedtatt i 2017 er førende for denne planen:

#### **Overordnet mål 1: Bærekraftig kommune**

Strategier:

- Effektivt tjenestetilbud med høy kvalitet og god tilgjengelighet
- Videreutvikle regionalt samarbeid for å yte bedre tjenester til våre innbyggere
- Sikre kompetent arbeidskraft gjennom rekruttering og kompetanseutvikling
- Kommunen som organisasjon skal være ledende innen digitalisering på Helgeland
- Jobber etter prinsipper om forebygging og tidlig innsats



- God kommunikasjon vedrørende tjenester, tilbud og beslutninger. Innbyggerne må gis muligheter for deltagelse og innflytelse.

### **Overordnet mål 2: Vi skal skape et helsefremmende lokalsamfunn**

#### Strategier:

- Kommunens eldre skal føle seg sikre på å få nødvendige tjenester og samtidig få hjelp til å oppleve aktivitet og samvær, kultur og natur, selv når helse svikter
- Legge til rette for at eldre kan oppleve å være en ressurs og bidra slik de ønsker
- Tilrettelegge for gode sosiale og fysiske møteplasser
- Styrke samarbeidet, stimulere og legge til rette for frivillige lag og foreninger, kultur, idrett og fritidsaktiviteter for alle.
- Redusere utenforskap
- Være en pådriver og tilrettelegger for flere aktive år med god helse
- Økt fokus på hjemmebaserte tjenester. Legge til rette for at flest mulig kan bo hjemme og klare seg selv i hverdagen
- Vi skal fremme mestring og god fysisk og psykisk helse i alle livsfaser

### **Overordnet mål 3: Vi vil være en attraktiv bostedskommune**

#### Strategier:

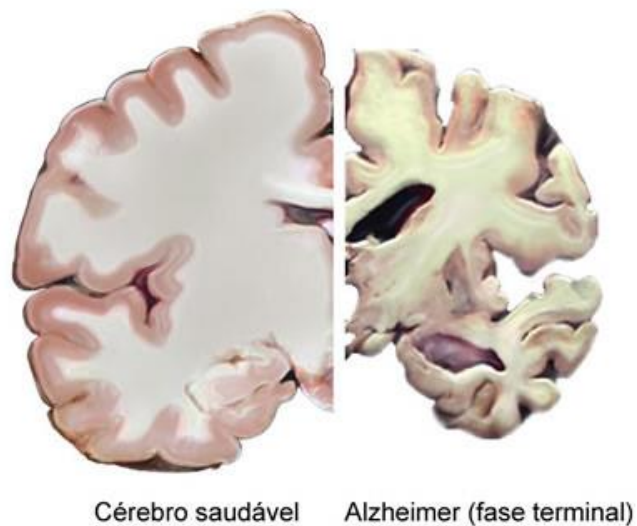
- Stimulere til variert boligbygging for alle livsfaser
- Skape levende nærmiljøer med attraktive møteplasser
- Gjennomføre nærmiljøtiltak i samarbeid med frivillige lag og foreninger
- Gi alle mulighet til å delta i en bred, variert og aktiv kultur og idrettsliv.
- Alle skal ha tilgang til natur- og friluftsliv i hverdagen

Sømna har i dag ingen overordnet helse- og omsorgsplan, men det er planlagt oppstart av denne i 2022. Demensplanen for perioden 2022-2025 er en underordnet temaplan som setter kommunens arbeid med demens på dagsorden. Demensomsorgen er i kontinuerlig utvikling, og denne planen vil være utgangspunkt for videre utviklingsarbeid.

## 2 Bakgrunnskunnskap

### 2.1 Hva er demens?

Demens forårsakes av forskjellige hjernesykdommer 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. Diagnose og alder har betydning for sykdomsutvikling.



Figuren viser forskjellen på en normal hjerne og hjernen til en pasient med Alzheimer i terminalfasen.

Sykdommen arter seg ulikt fra person til person. Den vanligste demenstypen er Alzheimers sykdom (57%). Se figur 1 for utvikling av Alzheimers sykdom. De resterende 40 % har andre former for demenssykdom eller blandingsformer av demens. De som rammes vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengig av hjelp. For noen vil sykdomsutviklingen utvikle seg raskt.

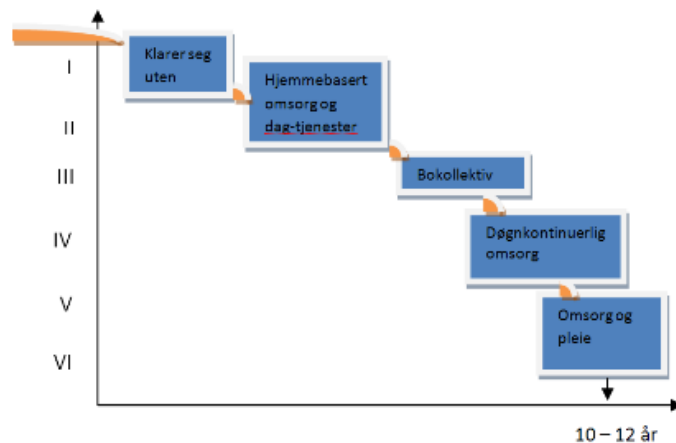


Fig. 1. Bergers skala viser utvikling ved Alzheimers sykdom en 10 – 12 års periode.

#### De ulike trinnene:

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

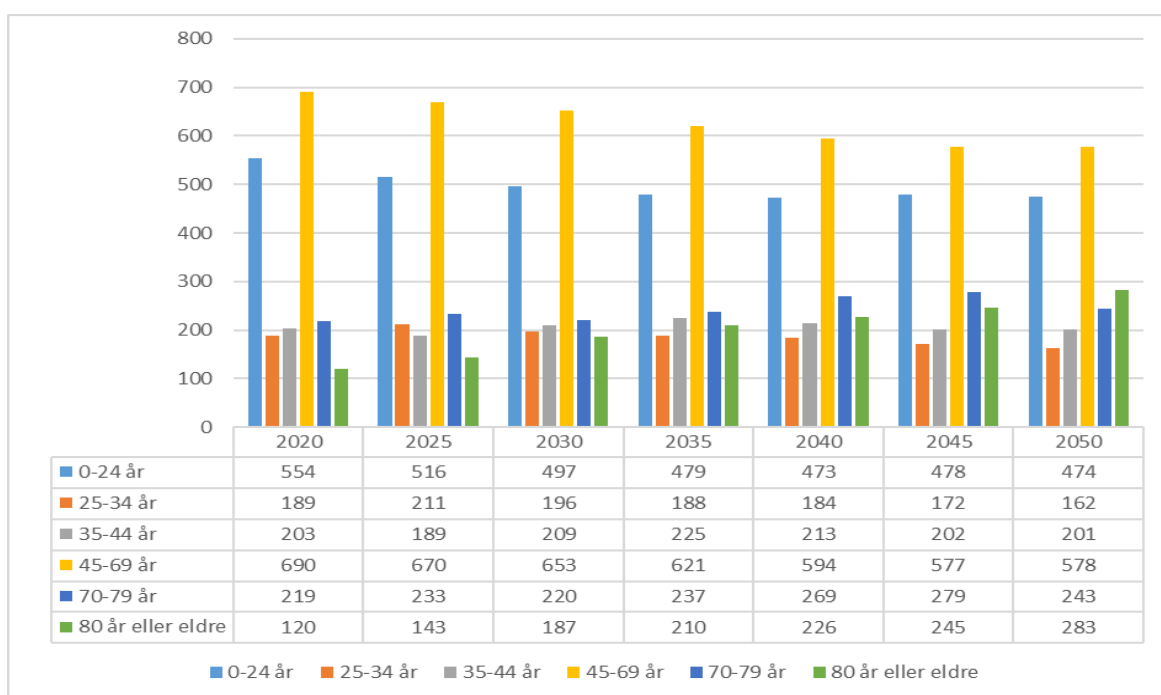
## 2.2 Befolkningsutvikling og forekomst

Demens rammer både yngre og eldre, og det rammer mange. Totalt estimeres det at 101.188 personer på landsbasis har demens i 2020. Andelen eldre personer forventes å øke betraktelig i årene fremover, spesielt eldre over 80 år. Forekomst av demens øker med alderen, og en regner med at antallet personer med demens vil fordobles frem mot 2040. Dette tallet er estimert å stige til 236.789 i 2050 og til 380.134 i 2100. Det anslås at det finnes vel 2000 personer med demens som er under 65 år. (Demensplan 2025).

Eldre pasienter med demens kan ofte ha andre sykdommer og funksjonsnedsettelse i tillegg til demenssykdom. Dette setter ytterligere krav til helse- og omsorgstjenestene.

Dersom det tas utgangspunkt i befolkningsveksten i kommunen, ser man en betydelig økning i aldersgruppen over 67 år. Med økende alder stiger risikoen for å utvikle en demenssykdom.

Forventet aldersfordeling i befolkningen 2020-2050 (hovedalternativet)



Sømna kommune står overfor store utfordringer i demensomsorgen i forhold til befolkningsutviklingen. De nyeste tallene finnes i demenskartet:

[https://demenskartet.no/?doing\\_wp\\_cron=1634816448.6033399105072021484375#181](https://demenskartet.no/?doing_wp_cron=1634816448.6033399105072021484375#181)

2

### Utvikling av antall demente i Sømna kommune:

2020	2025	2030	2040	2050
50 demente	58 demente	67 demente	89 demente	102 demente
2,53% av befolkningen	2,96% av befolkningen	3,41% av befolkningen	4,54% av befolkningen	5,26 % av befolkningen
Snitt i landet: 1,88%	Snitt i landet 2,12%	Snitt i landet 2,48%	Snitt i landet 3,30%	Snitt i landet 3,99%
Innbyggertall 1975	Innbyggertall 1962	Innbyggertall 1962	Innbyggertall 1958	Innbyggertall 1941
	Økning i demensandel ut fra 2020-tall: 16%	Økning i demensandel ut fra 2020-tall: 34,78%	Økning i demensandel ut fra 2020-tall: 78%	Økning i demensandel ut fra 2020-tall: 107,91%
	Reduksjon i innbyggertall fra 2020: 0,66%	Reduksjon i innbyggertall fra 2020: 0,66%	Reduksjon i innbyggertall ut fra 2020: 0,81%	Reduksjon i innbyggertall ut fra 2020-tall: 1,72%

Tabell hentet fra Aldring og Helses demenskart basert på statistiske tall over utviklingen av antallet demente i Sømnas befolkning.

## 3 Tjenestetilbudet i Sømna

Tjenestetilbudet i kommunen bygger på «Beste effektive omsorgsnivå» (BEON-prinsippet). Tjenestetilbudet til personer med demens må tilrettelegges etter hvert som behovene hos bruker og pårørende endrer seg. Personer som har en demenssykdom, har ikke nødvendigvis annet til felles enn sykdommen. Dette er en sammensatt gruppe med spenn i alder, livsstil, preferanser og sykdomsbilde for øvrig. Kunnskapen om samspillet mellom ulike sykdommer, funksjonsnedsettelse og sosiale problemer som oppstår, er viktige for diagnostisering, behandling, oppfølging og tilrettelegging (Demensplan 2020).

### 3.1 Utredning og diagnose

Diagnostisering av demens er en fastlegeoppgave. Utredning av eldre over 65 (uten spesielle utfordringer) skal gjøres av kommunehelsetjenesten. Det er en styrke at samarbeidet mellom hjemmetjenesten, demensteam og fastlegene fungerer godt (per i dag har sykehjemslege møte med avdelingen 2 ganger i uka mens hjemmesykepleien har fast møte med legetjenesten en gang pr uka). En kan fordele testing og bidra til at pasienten får utredning hjemme eller på legekantoret.

For å diagnostisere demens eller avdekke andre årsaker til sykdomsbildet bruker man Nasjonal faglige retningslinjer om demens.

1. Starter med legetime, helst dobbel eller fordelt på flere timer:
  - Det blir gjort anamnese, klinisk undersøkelse og tatt diverse demenstester.
  - Det blir tatt blodprøver som er standard for demensutredning og henvist til røntgenundersøkelse.
  - Det blir gjort legemiddelgjennomgang, innhente komparentopplysninger og vurdert behov for muntlig kjøreforbud.
  - Henvise til hjemmesykepleien for nye demenstester i hjemmet, eventuelt standardiserte spørreskjemaer, samt vurdering av sikkerhet i hjemmet og behov for tiltak/oppfølging.
2. Ny legetime etter ca. 2 måneder:
  - Oppsummering av alle undersøkelser.

- Vurdere om pas fyller kriteriene for demensdiagnose og vurdere om klassifisering kan gjøres, eventuelt om det er behov for henvisning for dette.
- Vurdere behov for medisinerer.
- Vurdere om helsekrav til førerkort er oppfylt.

### 3. Videre oppfølging:

- Minimum hvert halvår i regi av hjemmesykepleien inkludert demenstesting, eller på indikasjon.

Kartlegging av hvilken type demens pasienten har kan ha betydning for forståelsen av tilstanden, valg av behandlingsmetoder og medisinerer.

### 3.2 Mat- og væskeinntak

Ved økende alder foregår det normale aldersforandringer som får betydning for mat- og væskeinntaket. Personer med demens kan miste evnen til å gjenkjenne behov for sult og tørst og glemmer dermed å spise og drikke. Et tilstrekkelig næringsrikt kosthold er grunnleggende for best mulig helse og funksjonsevne. Personen kan ha glemt hvor maten befinner seg, og/eller ikke lenger forstår eller husker hvordan maten tilberedes eller spises. Noen personer med demens kan også spise hele tiden, fordi de glemmer at de nettopp har spist. Det er derfor viktig å følge opp mat- og væskeinntak hos personer med demens. Dette gjelder spesielt de som bor alene.

Sømna Omsorgssenter har et eget produksjonskjøkken som produserer mat til alle beboere på institusjonen samt middagsombringning hver dag til hjemmeboende som på grunn av sykdom eller av andre årsaker ikke er i stand til å opprettholde tilfredsstillende ernæringsstatus. I stortingsmeldingen «Leve hele Livet» er blant annet ernæring et fokusområde for tjenesten. Igjennom økt fokus på tematikken og rutiner for oppfølging og rapportering igjennom IPLOS-registeret, vil vi forhåpentligvis få en bedring i problematikken.

### 3.3 Samhandling i tjenesten

God oppfølging av personer med demens og deres pårørende krever tett samhandling mellom hukommelsesteam (se mer informasjon lenger ned) og henholdsvis hjemmetjenestene, sykehjem eller omsorgsboligene og brukerens fastlege. En demensdiagnose i seg selv medfører ikke nødvendigvis umiddelbart behov for tjenester.

For mange vil perioden etter at diagnosen er satt, oppleves som et “*sort hull*”. Mangelfull oppfølging kan føre til depresjon, tilbaketrekning, sosial isolasjon og unødvendig funksjonstap. Videre kan pårørende oppleve lav grad av mestring i en krevende omstillingsprosess. Utilstrekkelig oppfølging etter demensdiagnostisering kan også neglisjere oppfølging av tilleggs sykdommer som kommer med økende alder. Kommunikasjon mellom de ulike instansene som spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunens tjenestetilbud er utfordrende. Det er behov for bedre samordning for god oppfølging av personer med demens. Samarbeid med hukommelsesteam og det å ha en fast kontaktperson i tidlig fase av sykdomsforløpet er vesentlig. Det å få veiledning og støtte til å bearbeide egne reaksjoner, kan bidra til å opprettholde best mulig funksjonsnivå og legge til rette for planlegging av fremtiden for personer med demens. Leder for hukommelsesteamet er ønsket frikjøpt til å kunne fungere som en slik kontaktperson med et fast tidspunkt og sted for lettere å kunne nås. Per i dag går denne personen i turnus og er derfor ikke tilgjengelig til å kunne fungere optimalt i forhold til å dekke ønsket behov.

### 3.4 Tjenestenivåer

#### 3.4.1 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet består av områdeleder, avdelingsleder hjemmetjeneste, avdelingsleder sykehjem, enhetsleder bo- og oppfølgingstjeneste. De mottar og behandler alle søknader om kommunale tjenester innenfor helse og omsorgstjenester. Tjenesten tildeles etter gjeldende lovverk for helse- og omsorgstjenesten og etter kriterter for tildeling av tjenester. BEON (best effektive omsorgsnivå)-prinsippet er



et tildelingsprinsipp som går ut på at det skal tildeles tjenester på det beste effektive omsorgsnivået og ligger til grunn for prioriteringer innenfor helse og omsorg.

#### 3.4.2 Hukommelsesteam

Demensteamet har mer eller mindre vært i drift i mange år i Sømna. En føring i St.

Meld. 26 (2014-215) «*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*», s. 55 er at

«Team for brukere med sammensatte behov i kommunene bør baseres på funksjon og behov, ikke diagnose». Både Helsedirektoratet og Aldring og helse har derfor gått bort fra begrepet «demensteam» og erstattet det med «hukommelsesteam». Det er kjent at flere med kognitiv svikt som utredes på hukommelsespoliklinikker vegrer seg for at det kommunale «demensteamet» blir kontaktet fordi de ikke ønsker å forbindes med demens. Demens er fortsatt en tabubelagt sykdom for enkelte, og dette er noe vi må forholde oss til. Sømna vil derfor endre navnet på teamet fra Demensteam til Hukommelsesteam. Teamet består i dag av sykepleier fra hjemmesykepleien, sykepleier fra sykehjem, aktivitør og enhetsleder helse. Fastlegene bidrar i form av veiledning eller råd når det er aktuelt.

#### **Teamet dekker hele kommunen, og har som oppgave å:**

- bistå fastlegen med diagnostisk utredning av personer med kognitiv svikt
- følge opp, i samarbeid med fastlege, personer med demens og deres pårørende etter at diagnosen er satt
- vurdere omsorgsnivå/behov for nye tjenester
- undervise og veilede ansatte, pårørende og personer med demens
- bistå personer med demens og pårørende med kognitive hjelpemidler
- generelt være en ressursperson innen demensfeltet i kommunen
- Sørge for å holde kommunal informasjon om demenstilbud oppdatert.

Teamet bør utvikle seg i samsvar med behovet til innbyggerne i kommunen. Oppfølgingen har tradisjonelt vært knyttet opp mot demens og demenslignende tilstander.

Det er ingen fagutviklingssykepleier i Sømna, men dette bør være et fremtidig mål. Målet med en slik stilling vil være å heve demenskompetansen i de ulike virksomhetene.



### 3.4.3 Kognitive hjelpemidler og velferdsteknologi

Dersom den aldrende befolkningens etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester skal ivaretas uten endring og omstilling fremover, vil det kreve en betydelig økning i antall årsverk. Dette er arbeidskraft som kommunene alt i dag rapporterer er krevende å rekruttere til. En slik økning i antall årsverk er urealistisk, både fordi det ikke er finansielt bærekraftig og fordi det ville legge beslag på en for stor andel av landets arbeidsstyrke. Det er ikke mulig å «rekruttere seg ut av» det økende arbeidskraftsbehovet i helse- og omsorgstjenestene. Derfor kan ikke morgendagens oppgaver løses på samme måte som i dag.

Velferdsteknologi kan bidra til at personer med demens og deres pårørende får en enklere og tryggere hverdag. Teknologi kan gi mulighet for mestring av egen livssituasjon med sykdom og redusert helse, slik at personer med demens kan være aktive i eget liv og bo lengre i egen bolig. Mestringsteknologi er derfor gjerne et like dekkende ord som ordet velferdsteknologi. Når helsetjenesten innfører velferdsteknologi, for eksempel teknologi for mestring, trygghet eller sosial kontakt, må det tas utgangspunkt i den enkeltes behov. Eksempler på dette kan være GPS, sensorteknologi, trygghetsalarm, medisindispenser, elektroniske kalendere og planleggingsverktøy.

Velferdsteknologien må ofte suppleres med andre tjenester i kommunen.

#### 3.4.4 Dag- og aktivitetstilbud

Dagaktivitetstilbud for personer med demens ble en lovpålagt oppgave for kommuner fra 1. januar 2020. I Demensplan 2015 ble dette fremholdt som et av de mest sentrale og grunnleggende elementene i helhetlig tjenestetilbud for personer med demens.



##### 3.4.4.1 Dagtilbud – Solkroken

Dagtilbudet er et tilrettelagt samværs- og aktivitetstilbud for hjemmeboende mennesker med demenssykdom. Tilbudet er for personer som er under utredning eller har fått en demensdiagnose. Dagtilbudet tar imot 5-6 brukere per dag. Antall brukere vil variere i forhold til behov. Fokus er aktivisering, sosial stimulering, fysisk og psykisk helse, mestring og trivsel.

##### 3.4.4.2 Dagtilbud – Arbeidsstua

Det er ansatt aktivitør som tilbyr et variert aktivitetstilbud til både faste beboere og folk fra bygda på arbeidsstua.

#### 3.4.5 Praktisk bistand

Kommunen kan yte praktisk bistand/hjelp til å greie dagliglivets gjøremål og tilbyr hjelp til rengjøring og hjelp til bestilling av mat som handles av eksterne aktører. Rengjøring omfatter vanlig vask av husstanden, men tar ikke rundvask eller andre mer spesifikke pusse- eller rengjøringstjenester. Tjenesten tildeles av tildelingseteamet, men praktisk bistand vurderer fortløpende hjelpebehov og kan justere antall besøk og tidsbruk deretter. Praktisk bistand og hjelp til handling er tjenester

som det faktureres egenandel for ut fra vedtatte takster.

#### 3.4.6 Støttekontakt

Støttekontakt kan bidra til å skape et meningsfylt liv gjennom sosiale aktiviteter og fritid, og forebygge sosial isolasjon. Tilbudet tilpasses individuelt. For personer som trenger aktivitetstilbud utover de eksisterende tilbudene eller ikke kan nyttiggjøre seg dem. Ofte yngre personer med ektefelle i arbeid. Tjenesten kan også fungere som et avlastningstiltak for pårørende.

#### 3.4.7 Brukerstyrt personlig assistent (BPA)

Søker har behov for omfattende bistand i hverdagen for å mestre dagliglivets gjøremål. Søker eller pårørende må være i stand til å ta arbeidslederrollen i hjemmet. Søkerens behov må vurderes som nødvendig og som det beste alternativ av den omsorgstrengende og etter en helse- og sosialfaglig vurdering. Ofte yngre personer med ektefelle i arbeid.

#### 3.4.8 Individuell plan

Individuell plan (IP) er en lovfestet rettighet for brukere som har behov for langvarige og koordinerte, sammensatte tjenester (to eller flere helse- og omsorgstjenester). IP er brukerens plan over eget liv, som beskriver brukerens livssituasjon, behov, ønsker og mål. IP utarbeides i et samarbeid mellom bruker og aktuelle tjenesteytere. Planarbeidet ledes av bruker sammen med en navngitt koordinator. Planen gir ikke utvidet rett til tjenester, men skal avklare ansvarsforhold og samordning av tjenestene bruker mottar. Bruker her er definert som person som kan fremme egne interesser og personer med verge.

#### 3.4.9 Omsorgsstønad

Omsorgsstønad er en stønad til privatpersoner, f.eks. ektefelle eller andre pårørende, som har særlig tyngende omsorgsarbeid. Omsorgsarbeidet må være av relativt varig art og ha et visst omfang. En privatperson kan få omsorgsstønad for å utføre omsorgsarbeid som er nødvendig på den måten at kommunen ellers hadde måttet ta seg av dette.

Videre er det en forutsetning at den som har hjelpebehovet ønsker at privatpersonen skal

stå for hjelpen og mener det er best for vedkommende. Kommunen må også vurdere hjelpebehovet slik at hjelp fra privatpersonen er det beste alternativet for den som trenger hjelp.

#### 3.4.10 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleiens formål er å gi hjemmeboende personer nødvendig helsehjelp og sikre at grunnleggende behov dekkes. Hjemmesykepleien gir et døgnbasert tilbud. Tjenesten tildeles av tildelingsteamet, men hjemmesykepleien vurderer fortløpende pasientens behov og justerer antall besøk og tidsbruk deretter. Mange av hjemmesykepleiens eldre har kognitiv svikt i varierende grad. Svært mange av disse har ikke fått en demensdiagnose. Hjemmesykepleien benytter primærkontaktfunksjon for å sørge for individuell oppfølging og tjenestetilbud. Det er et mål at pasientens ressurser blir beholdt så lenge som mulig og at brukermedvirkningen er i fokus. Det er en økt satsning på at pasienter skal få bo lengre i eget hjem. Dette er i mange tilfeller utfordrende i forhold til denne pasientgruppen. Det er lettere å serve somatisk sykdom i hjemmet enn demens. Hjemmesykepleie kan også fungere som et avlastningstiltak for pårørende.

#### 3.4.11 Omsorgsbolig

Sømna kommune disponerer totalt 31 omsorgsboliger. Av disse er fem tilpassede omsorgsleiligheter for personer med demens (Solkroken). Boligene utgjør et tilrettelagt tilbud for personer med demens slik at disse kan opprettholde sitt funksjonsnivå lenger. Med denne nye omsorgsboligen fikk kommunen et nytt trinn i omsorgstrappen som er et godt tilbud til personer med demens.



#### 3.4.12 Sykehjemsavdeling

Når det blir behov for omsorg og tilsyn hele døgnet, og pårørende ikke lenger klarer omsorgen, eller den syke er til fare for seg selv eller andre, kan sykehjems plass være aktuelt. Sømna omsorgssenter tilbyr langtids-, korttids- og avlastningsopphold.

##### 3.4.12.1 Skjermet enhet i sykehjem

Sømna kommune har 8 skjermede enheter for personer med demens. Den skjermede enheten er skilt fra de andre avdelingene, og omgivelsene skal være oversiktlige for beboerne, og skjerme dem fra for mange inntrykk. Skjermede enheter skal være bemannet med stabilt personale, for å gi pasientene stabilitet, trygghet og omsorg, og beboerne skal få tilbud om aktiviteter tilpasset deres funksjonsnivå. Oppholdet i skjermet enhet er ment å vare så lenge personen har nytte av miljøet. Når vedkommende blir fysisk svært hjelpetrengende, må man ofte flytte til en vanlig sykehjemsavdeling, noe som krever omstillingsevne, både hos beboeren og pårørende. Når noen må flytte til en annen avdeling, skal vedkommende selv og pårørende rådføres og informeres.

Plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester er hjemlet i [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, punkt 6 c.](#)

#### 3.4.12.2 Avlastningsplass på sykehjem/rullerende opphold

Avlastningsplass gis til pårørende/familier som har særlig tyngende omsorgsoppgaver. Avlastningsopphold sikrer omsorgsgiver nødvendig avlastning i en krevende hverdag. Søknad på slike opphold må sendes inn i god tid i forveien. Tilbudet kan være rullerende.

#### 3.4.12.3 N.K.S. Kløveråsen

Norske kvinners sanitetsforening driver Kløveråsen på oppdrag fra Helse Nord. De tilbyr utredning og diagnostisering ved alderspsykiatrisk poliklinikk og på sengepost. De tilbyr også undervisning, veiledning og utprøving av nye metoder og behandlinger innen demens. Tilbudet går både til kommunehelsetjenesten, pårørende og pasienter.

#### 3.4.13 Kommunal fysioterapeut

Sømna hadde en kort periode i 2020 ansatt en kommunal fysioterapeut. Denne er tiltenkt en rolle både for å delta i kartlegging, forebygging og behandling av hjemmeboende. Denne vil bidra til at eldre skal kunne bo lengre i eget hjem. Det er et mål å få ansatt noen i denne stillingen på nytt.

#### 3.4.14 Kommunal psykiatri

En demensutvikling oppleves gjerne som en livskrise både for pasienten og den pårørende. Til dette kan kommunen tilby støtte, råd, veiledning og oppfølging fra den kommunale psykiaritjenesten.



## 3.5 Inkludering og tilrettelegging for alle

### 3.5.1 Yngre personer med demens (under 65 år)

Yngre personer med demens skal utredes av spesialisthelsetjenesten. Der det er mindreårige barn kan det være behov for oppfølging fra andre tjenester, som skole og skolehelsetjeneste. Individuell tilrettelegging blir nødvendig, eksempelvis tilrettelegging hos arbeidsgiver, oppfølging fra NAV, økonomirådgivning, pårørendestøtte og hjelp til oppfølging av mindreårige barn. Nasjonalforeningen for Folkehelsen og Aldring og helse har et landsdekkende kurstilbud, møteplass for mestring, for den som har fått demensdiagnose før 65-årsalder og kan delta sammen med en nær pårørende. Det finnes også møteplass/kurs for barn og unge.

### 3.5.2 Personer med minoritetsbakgrunn

Personer med minoritetsbakgrunn skal utredes i spesialisthelsetjenesten. Det stilles krav til kommunehelsetjenesten med tanke på å kjenne til ulike kulturer og språk. Generelt har alle pasienter krav på individuell tilrettelegging, men dette vil være ekstra aktuelt i forhold til denne pasientgruppen.

### 3.5.3 Personer med funksjonsnedsettelse

*“Personer med utviklingshemming med mistanke om demens skal som hovedregel utredes i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis i Habiliteringstjenesten”* (Nasjonal faglig retningslinje om demens 2017).

Personer med utviklingshemming har høyere forekomst og tidligere start og risiko for demens. De med Downs syndrom har en sterk genetisk disposisjon for å utvikle Alzheimers demens. Kommunen har egne døgnbemannede boliger og den universelle utformingen er ulik i de forskjellige boligene. Tilrettelegging i boligene ved påvist demens bør tilpasses den enkelte behov. Prinsippene for den miljørettede demensomsorgen er som for alle andre personsentrert.



Kjente og trygge omgivelser er noen av behovene som er viktig å ivareta, et tilpasset boforhold kan bidra til å kunne bo hjemme så lenge som mulig. Hukommelsesteamet brukes om det er nødvendig med veiledning av personalet ved endrede behov hos tjenestemottakere i forhold til demens. Tverrfaglig samarbeid til det beste for tjenestemottakeren. Fokus på bruk av mestringsteknologi der det er hensiktsmessig. I nasjonal faglig retningslinje om demens er det skrevet et eget kapittel om denne gruppen.

## 4 Frivillig innsats

En aktiv og levende frivillig sektor er av grunnleggende betydning for et aktivt og levende lokalsamfunn.

### 4.1 Frivillighet

Frivilligheten er en vesentlig bidragsyter når det gjelder å gi et godt omsorgstilbud til personer med demens i kommunen. Det er flere frivillige organisasjoner som er aktive i Sømna og bidrar med ulike tilbud og aktiviteter. Når dette er sagt oppleves det utfordrende å bevare denne innsatsen på dagens nivå da rekrutteringen til de frivillige lag og foreninger er meldt å være vanskelig. Det må derfor jobbes med styrking av samarbeidet med de frivillige.

#### 4.1.1 På Sømna Omsorgssenter

Fredagskafeens venner arrangerer en fredag i måneden festlig lag med kulturelle innslag for sykehjemsbeboerne og andre eldre fra bygda. Frivillighetsentralen er innom huset med handlevogn ca. hver 3. uke. Dette tilbudet gjelder også på Solkroken. I tillegg hjelper de til med blant annet bingo på arbeidsstua og ved andre arrangementer etter behov.



## 5 Pårørende

### 5.1 Pårørendestøtte

Sømna kommune jobber med å få gitt personer med demens og deres pårørende en helhetlig og god demensomsorg tilpasset den enkelte. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 pålegger kommunen å tilby nødvendig pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning, avlastning og omsorgsstønad.

Følgende tiltak kan settes inn for å gjøre omsorgsbyrden lettere for den som gir særlig tyngende omsorgsarbeid og er nær den syke:

1. Individuell støtte, veiledning og oppfølging - ved Hukommelsesteamet

2. Avlastningstiltak:

a. Avlastning i eget hjem:

- Praktisk bistand
- Støttekontakt
- Dagtilbud

b. Avlastningsopphold på sykehjem. Tilbudet kan være rullerende

3. Omsorgsstønad

Et forutsigbart og spesielt tilrettelagt tilbud er viktig å tilby for de som har pårørende i arbeid. De med barn må få oppfølging i sin hverdag, som på skolen og skolehelsetjenesten.

### 5.2 Pårørendeskole

Deltakelse på pårørendeskole gir kunnskap om demenssykdom og hvordan man best kan møte hverdagens utfordringer som pårørende. Pårørendeskolen benytter anerkjente forelesere innenfor fagfeltet. Pårørendeskolen er et interkommunalt samarbeid mellom Brønnøy og Sømna der Brønnøy har stått for selve kursingen. Dette er et bevisst valg for å unngå at gruppene skal bli så små at deltagerne føler seg ukomfortable med å være så privat som det ofte blir på slike kurs.

## 6 Kompetanse

Det er viktig med god kompetanse innen helse- og omsorgstjenestene. Det er ønskelig at alle tjenestene har ressurspersoner som hukommelsesteamet kan samarbeide med. Sømna Kommune har som mål å øke kompetansen i tjenesten ved å frigjøre ressurser til å opprette en 20 % stilling som fagutviklingssykepleier. Dette for å jobbe systematisk med kompetansehevende tiltak.

### 6.1 ABC opplæring

En tverrfaglig kompetansesatsing for ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenestene. Har pågått i kommunene i mer enn tjue år og er utviklet av Nasjonalt kompetansesenter; Aldring og helse. Opplæringen består av 2 fagseminarer, selvstudium, gruppesamlinger og har mulighet for påbygging:

- Demensomsorgens ABC (Demensomsorg 1, Demensomsorg 2, Miljøbehandling)
- Eldreomsorgens ABC (Aldring og omsorg, Funksjonshemming og aldring, Psykiske sykdommer i eldre år, Geriatri)
- Mitt livs ABC. Om tjenester til personer med utviklingshemming gjennom hele livsløpet
- ABC Musikkbasert miljøbehandling (mitt livs ABC 1, Mitt livs ABC 2)

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har på bakgrunn av gode resultater med ABC-opplæringen, videreført satsingen som en del av Kompetanseløft 2020, Demensplan 2020 og Omsorgsplan 2020. Kommunen kan søke kompetanse- og innovasjonstilskudd hos Fylkesmannen for alle ABC-opplæringene.

Denne opplæringen har vært gjennomført i flere omganger over flere år i Sømna.

### 6.2 Etter- og videreutdanning

Fagskoleutdanning Aldring og helse har to ulike etterutdanninger for hjelpepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og aktivitører: Demensomsorg og alderspsykiatri og Utviklingshemming og aldring. Andre fagskoler har også tilsvarende etterutdanninger.

Flere høyskoler har 15-30 studiepoengs videreutdanning innen demens og alderspsykiatri eller demensomsorg.

I tillegg finnes det flere kurs, foredrag og konferanser. Oversikt: [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

Handlingsplanen i den strategiske kompetanseplanen for pleie og omsorg i Sømna

Kommune trekker frem videreutdanning både innen palliativ behandling, demensomsorg, psykisk helsearbeid, rehabilitering, ledelse og geriatri som satsningsområder.

## 7 Mål og tiltak

*«Å sikre omsorgsfull pleie for dagens og framtidens brukere, vil (...) i stor grad være et kapasitetsspørsmål med økende antall personer med demens i årene som kommer. Det vil kreve at kommunene bidrar til omfattende og langsiktige investeringer i årsverksvekst og kompetanse»*

(Demensplan 2020, s.48. Helse- og omsorgsdepartementet)

### 7.1 Prioriterte områder

1. Utvikle et alders- og demensvennlig samfunn
2. Utvikle helhetlig demensomsorg
3. Tilpasset botilbud
4. Opprettholde og utvikle kompetanseutvikling
5. Differensierte og fleksible dag- og aktivitetstilbud
6. Tverrfaglig samarbeid
7. Plan for pårørendearbeid
8. Bruker- og pårørendeinvolvering

### 7.2 Ressurser i Sømna kommune i dag

- Hukommelsesteam
- Skjermede plasser på Sømna Omsorgssenter, avd. Vårsol
- Avlastningsplasser på Sømna Omsorgssenter
- 5 tilpassede omsorgsbolig for begynnende demente på Solkroken
- Dagtilbud:
  - o Dagtilbud på arbeidsstua på Sømna Omsorgssenter
  - o Dagtilbud på Solkroken
- Pårørendestøtte i form av opplæring og veiledning, avlastning og omsorgsstønad
- Pårørendeskole i samarbeid med Brønnøy
- Kommunal psykiatri
- Godt utbygd hjemmetjeneste

- Opplæringsverktøyene fra Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse, Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er tatt i bruk i kommunen. Denne opplæringen er subsidiert.
- Godt samarbeid med frivillige

### 7.3 Mål, utfordringer og tiltak

#### **Mål:**

Gode, helhetlige pasientforløp med rett tjenestetilbud til rett tid med fokus på “Hva er viktig for deg?”

#### **Utfordringer:**

- Finne egnet tilbud til hjemmeboende
- Tilstrekkelig antall dag- og aktivitetstilbud
- Mangelfullt tilbud til yngre pasienter
- Raskt sykdomsforløp hos enkelte
- Mange fungerer dårlig i grupper
- Kombinasjon av utviklingshemning og demens
- Slitasje blant pårørende
- Utfordrende å bo hjemme når pårørende er i jobb
- Eventuelle mindreårige barn i familien har vanskelig å takle utfordringene ved sykdommen
- Mangel på frivillige ressurser
- Mangel på støttekontakter
- Forutsigbarhet i tjenestetilbudet
- Mangel på personell/rekruttering
- Manglende hente- og bringetjeneste
- Økning i pasienttallet

**Tiltak:**

Se tabell lenger ned. De tiltak som krever økte rammeoverføringer kan ikke forskutteres før de økonomiske forutsetningene ligger til rette for det.

#### 7.4 Oppsummering

Intensjonen med denne planen er at den skal gi et bilde på de tjenester kommunen yter i demensarbeidet og bidra til å utvikle demensomsorgen i Sømna kommune i tråd med behovet hos målgruppen og deres pårørende.

Kommunen ønsker å bidra til et mer alders- og demensvennlig samfunn. Dette skapes ved å sette brukerperspektivet først, og mobilisere frivillighet, arbeids- og næringsliv, kommuner og lokalsamfunn, sivilsamfunn og interesseorganisasjoner.

Som vist til i planen, vil andelen eldre personer forventes å øke betraktelig i årene fremover, demens rammer særlig eldre over 80 år. Også flere yngre blir utredet og får diagnosen demens. Kommunen har som mål å utvikle sine tjenester i årene som kommer. Det er viktig med differensierte dagtilbud og god støtte til brukere og deres pårørende som bor hjemme.

Sømna har tilbud til personer med demens i tilrettelagte omsorgsboliger. Dette er et viktig botilbud for de som ikke kan bo hjemme, men enda er for friske for institusjon. Et mål er å utvikle kompetanse på ulike nivå. Kompetanseutvikling skjer gjennom ulike tilbud som kurs, seminarer, demensomsorgens ABC og etter- og videreutdanning på ulike fagnivå.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram ble etablert i 2013 og skal bidra til at kommunene tar i bruk velferdsteknologiske løsninger som en integrert del av tjenestetilbudet. Med velferdsteknologi menes mestringsteknologi – som bidrar til at personer med demens kan bo hjemme lenger og samtidig oppleve mestring og trygghet.



## 7.5 Tiltak i planperioden

Tiltakene er ikke satt opp i prioritert rekkefølge.

Nr.	Tiltak	Gjennomføring				Kostnad og finansiering i kr.			Ansvar for oppfølging
		20 22	20 23	20 24	20 25	Innenfor ordinær drift	Ekstern finans.	Økt budsjett- ramme	
1	God og tilgjengelig informasjon på nett	x	x	x	x	x			Demenskoordinator/ enhetsleder
2	Faste møter og fortløpende kontakt med aktuelle samarbeidspartnere/ brukerråd.	x	x	x	x	x			Områdeleder
3	Medvirke til livsglede i hverdagen og unngå sosial isolasjon	x	x	x	x	x			Koordinerende enhet
4	Kommunal fysioterapeut	x	x	x	x		Tilskudd + refusjoner HELFO	236 000,- (2022)	Områdeleder/ enhetsleder
5	Hjemmebesøk og oppfølging		x	x	x	x			Leder hjemmetjenesten
6	Øke bruken av velferdsteknologi	x	x	x	x	x		x	Leder hjemmetjenesten
7	Interkommunalt samarbeid om Pårørendeskole	x	x	x	x		x		Brønnøy Kommune
8	Veiledning og undervisning til helsepersonell i kommunen	x	x	x	x	x			Avdelingsledere for hver avdeling
9	Oppfølging og veiledning av støttekontakter	x	x	x	x	x			Koordinerende enhet
10	Demenskoordinator i 10% stilling/ frikjøp leder hukommelsesteam		x	x	x			75 000,-	Områdeleder

11	Fagutviklingssykepleier		x	x	x			150 000,-	Områdeleder
12	Utbedring/bygging av sansehage SOS		x					500 000,-	Områdeleder
13	Kompetanseheving/ kompetanseplan	x	x	x	x	x	x		Enhetsleder
14	Fokus på hjelpemidler	x	x	x	x		x		Hjelpemiddelkontakt/ NAV hjelpemiddelsentral
15	Brukerundersøkelser	x		x		x			Områdeleder
16	Ernæring	x	x	x	x	x			Områdeleder
17	Daglig pleie og omsorg	x	x	x	x	x			Enhetsleder
18	Frivillighetsforum x 2 årlig	x	x	x	x	x			Områdeleder
19	Hukommelsesteam	x	x	x	x	x			Områdeleder
20	Samarbeid med kulturskolen	x	x	x	x	x			Områdeleder
21	Demensvennlig samfunn	x	x	x	x			x	Kommunedirektør/ ordfører
22	Tannhelse	x	x	x	x		x		Tannhelsetjenesten/ avdelingsledere
23	Interkommunalt samarbeid/ private samarbeidspartnere	x	x	x	x	x			Kommunedirektør
24	Transportordning til og fra dagaktivitetstilbud		x	x	x			x	Områdeleder

### **Utfyllende informasjon omkring tiltak:**

1. God og tilgjengelig informasjon på nett: egen demensportal på kommunens hjemmeside med oppdatert informasjon om kommunens helse og omsorgstjenester.
2. Faste møter med legetjenesten ukentlig vedrørende brukerne. Faste samarbeidsmøter med brukerråd der orientering om generell informasjon, utfordringer og ting vi lykkes med tas opp.
3. Individuelle tilbud med «hva er viktig for deg»-fokus. Medvirke til livsglede i hverdagen og unngå sosial isolasjon.
4. Kommunen ansetter kommunal fysioterapeut som kan bidra i kartlegging, utredning, behandling og forebyggende helsearbeid av demente i alle aldre.
5. Kartleggingsbesøk til alle nye søkere på nye tjenester. Ved mottak av nye søknader om tjenester utfører hjemmesykepleien/ hukommelsesteamet hjemmebesøk for å kartlegge behovet for bistand. Følges opp videre med aktuelle tjenester og eventuelt nye hjemmebesøk av de tjenesteytere behovet tilsier. Faglig vurdering ligger bak tildelingen fra koordinerende enhet.
6. Velferdsteknologi er brukerrettet teknologi som har til hensikt å understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, muliggjøre økt selvhjulpenhet, medbestemmelse og livskvalitet. Eksempler på dette er bruk av sensorteknologi, GPS, digitale tilsyn osv.
7. Interkommunalt samarbeid om pårørendeskole fortsetter som før.
- 8.11.13. Kommunen skal heve kunnskapsnivået blant de ansatte ved hjelp av intern kursing, gjennom demensomsorgens ABC, videreutdanning i demensomsorg, tilsetting av fagutviklingssykepleier og økt fokus på hver enkelt enhet sin kompetanseplan.
9. Økt fokus på å ta vare på støttekontakter ved hjelp av oppfølging, veiledning og støtte.
10. Ønsker å frikjøpe leder for hukommelsesteamet i 10 % stilling for å øke tilgjengeligheten til tjenesten. (se punkt 3.3)
12. Det tas sikte på å utbedre og fornye sansehagen utenfor Sømna Omsorgssenter i løpet

av 2023.

14. Det er et økt fokus på bruk av hjelpemidler som kan bidra til at hjelpetrequende kan bo lengre i eget hjem.

15. Det gjennomføres brukerundersøkelser hvert andre år for å evaluere om tiltak og tjenester treffer de behov brukerne har.

16. Ernæringsstatus kartlegges hos alle pasienter ved førstegangs kontakt og rapporteres inn til nasjonalt register. Ved behov for tiltak settes dette i verk i form av økte tiltak rettet mot ernæringssvikt. Evalueres fortløpende.

17. Pasienten mottar den daglige pleie og omsorg den har behov for ut fra en «hva er viktig for deg»-tenkning.

18. Frivillighetsforum er møte mellom frivillige lag og foreninger som avholdes to ganger i året.

19. Hukommelsesteam med representant fra Sømna omsorgssenter, hjemmesykepleien, legekantoret og aktivitetene har regelmessige møter og samarbeider omkring demensarbeidet. Avholder møter 6 ganger i året.

20. Musikk- og kunstbasert miljøbehandling (MKMB) er et verktøy for helsepersonell og er implementert i det daglige omsorgsarbeidet. Bruk av musikk og kultur er individuelt tilpasset og systematisk brukt for økt livsglede og livsmestring. Pleie og omsorg og kulturskolen samarbeider om tiltak innen musikk og kunst, både i grupper og individuelt. Det tas sikte på å fortsette samarbeidet som innebærer aktiviteter både på arbeidsstua, i avdeling og i bofellesskap.

21. Kommunen ønsker å bidra til et mer alders- og demensvennlig samfunn. Dette skapes ved å sette brukerperspektivet først, og mobilisere frivillighet, arbeids- og næringsliv, kommuner og lokalsamfunn, sivilsamfunn og interesseorganisasjoner.

22. Den offentlige tannhelsetjenesten har årlig tilbud om tilsyn av tannlege og tannpleier på institusjon. I tillegg har brukere av hjemmetjenestene tilbud om gratis tannpleie hos det offentlige etter oppsatte regler fra Fylkeskommunen.

23. Hver enkelt kommune har de samme krav enten de er store eller små. Sømna merker presset på å dekke kompetansekravene vi er pålagt og samarbeider derfor allerede interkommunalt på en rekke områder. Kreftkoordinator har bred erfaring og kunnskap omkring den palliative fasen av livet, ikke bare hos kreftpasienter, og brukes som en støtteressurs i tjenesten. Det samme gjelder velferdsteknologisk samarbeid, psykolog, barnevern, legevaktsamarbeid, ergoterapeut og logoped (de to siste i samarbeid med Helgeland Rehabilitering).

24. Det må organiseres en stabil transportordning til og fra dagaktivitetstilbud som er tilpasset brukerne av ordningen på deres vilkår. Organiseringen og finansiering av dette må avklares snarest.

## 8 Referanser

### **Lowverk:** [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

1. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
2. Lov om endringer i helse- og omsorgstjenesteloven m.m. (styrket pårørendestøtte) 01.10.2017
3. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
4. Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)

### **Forskrifter:** [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)

1. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (sykehjemsforskriften)
2. Forskrift om ledelse og kvalitet i helsetjenesten
3. Forskrift om fastlegeordning i kommunene
4. Forskrift om en verdig eldreomsorg, Verdighetsgarantien

### **Planer/strategier:**

1. Demensplan 2015 *Den gode dagen*» (2007, Revidert 2011). Helse- og omsorgsdepartementet.
2. Demensplan 2020 *Et mer demensverdige samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet, 2015
3. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn. *Flere år-flere muligheter*. Departementene, 2016
4. Demensplan 2025. Handlingsplan. Helse- og omsorgsdepartementet, 2020
5. Omsorg 2020, regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Helse- og omsorgsdepartementet, 2015
6. Kommuneplan Samfunnsdel, Sømna Kommune, 2017

### **Melding til Stortinget:**

1. St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening* «Eldremeldinga». Helse- og omsorgsdepartementet. 2006
2. St.meld.nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. 2009
3. Meld. St. 16 (2010-2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. 2013
4. Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. 2013
5. Meld. St. 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester*. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. 2013
6. Meld.St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. 2015
7. Meld. St. 19 ((2014-2015) *Folkehelsemeldingen*. Helse- og omsorgsdepartementet. 2015
8. Meld. St. 15 (2017 2018) *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. 2018

### **NOU (Norges offentlige utredninger):**

1. NOU 2005: 8 Likeverd og tilgjengelighet Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle. Justis- og politidepartementet. 2005
2. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Helse og omsorgsdepartementet. 2011

### **Retningslinjer:**

Nasjonale faglige retningslinjer om demens. Helsedirektoratet, 2017

### **Veiledere/håndbok:**

1. *Demensutredning i kommunehelsetjenesten*. Aldring og helse. Helsedirektoratet. [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

2. *Etablering og drift av demensteam*. Håndbok. Aldring og helse, 2011
3. *Etablering og drift av pårørendeskole*. Hotvedt, Kirsti. Aldring og helse, 2010
4. *Samarbeid mellom frivillige og kommuner*. Råd og veiledning til kommuner som vil inngå samarbeid med frivillige. Inspirasjonshefte. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. 2015
5. *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. HelseDirektoratet, 2017 **Rapporter:**
  1. Haugen, Per Kristian. *Demens før 65 år. Fakta, utfordringer og anbefalinger*. Aldring og helse, 2012
  2. HelseDirektoratet. *Glemsk, men ikke glemt!* (IS-1489) 2007
  3. Ingebretsen, Spilker, Sagbakken. *Eldre innvandrere og demens*. NAKMI -rapport nr. 1 2015, Nasjonal kompetansesenter for Minoritetshelse i samarbeid med velferdsforskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus.
  4. Rudningen, Kari Fossli, Døble, Betty Sandvik, Kirkevold, Øyvind. *Kompetanseløft på arbeidsplassen*. Kommunenes erfaring med ABC modellen. Aldring og helse 2011

#### **Rundskriv:**

Rundskrivet Barn som pårørende (IS-05/2010)

#### **Artikler:**

Rognstad, May Karin m.fl. *Underernæring hos eldre hjemmeboende personer med demens*. I: Sykepleie forskning 04/13

#### **Litteratur:**

1. Brooker, Dawn. *Personsentrert demensomsorg*. Veien til bedre tjenester. Forlaget aldring og helse, 2013
2. Brækhus, Anne. *Yngre personer med kognitiv svikt og demens – årsaker og utredning*. Aldring og helse, 2016
3. Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian. *Demens*. Fakta og utfordringer. Forlaget Aldring og helse, 2009
4. Engedal, Knut. *En bok om demens*. Husk meg når jeg glemmer. Pax forlag, 2016
5. Engedal, Knut og Haugen Per Kristian (red.). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forlaget Aldring og helse – akademisk, 2018
6. Holthe, Torhild. *Kunsten å skynde seg sakte*. Formidling av kognitive hjelpemidler til personer med demens.
7. Håndbok. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Forlaget Aldring og helse, 2013
8. Horndalsveen, Peter O. *En ubuden gjest*. Oppfølging av yngre personer med demens og deres pårørende. Forlaget Aldring og helse, 2016
9. Solheim, Kirsti V. *Demensguiden*. Holdninger og handlinger i demensomsorgen. 3. utgave. Universitetsforlaget, 2015

#### **Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse:**

Aldring og helse. Informasjonssider: [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no)

ABC opplæringen: [www.abc.aldringoghelse.no](http://www.abc.aldringoghelse.no)

#### **Andre:**

Nasjonalforeningen for folkehelsens informasjonssider. Se [www.nasjonalforeningen.no/](http://www.nasjonalforeningen.no/)