

Å LEVE MED DEMENS

HANDLINGSPLAN 2022-2026, DEL 1



INNHold

Innhold

Bakgrunn	3
Forekomst av demens i Sandefjord kommune	3
Ny nasjonal veiviser	3
Innhold i planen	4
Tiltaksoversikt	5
1. Mistanke	5
2. Utredning/diagnose	8
3. Selvstendig med støtte	9
4. Hjemme med tjenester	13
Oppfølging	18

BAKGRUNN

23.08.2021 vedtok kommunestyret følgende i forbindelse med behandlingen av handlingsplanen Leve hele livet i Sandefjord 2021- 2025, tiltak nr 14:

« Kommunens helhetlige tjenestetilbud til personer med demens og deres pårørende sikres en hensiktsmessig struktur.

Antall personer med demenssykdom vil øke. Det er behov for å gjennomgå kommunens helhetlige tilbud til denne gruppen. En hensiktsmessig struktur skal sikre at tjenestene blir godt koordinert for å unngå unødig belastning for bruker og pårørende. Dette vil kunne forebygge forverring av symptomer hos personer med demens, og gjøre det mulig å bo hjemme så lenge som mulig....»

FOREKOMST AV DEMENS I SANDEFJORD KOMMUNE

Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse har utarbeidet et demenskart, som viser hvor mange som har demens i den enkelte kommune fra 2020. I følge demenskartet var det i 2020 1283 innbyggere i Sandefjord som hadde demenssykdom. Demenskartet viser følgende utvikling for vår kommune:

	2020	2025	2030
Antall personer med demens	1283	1502	1795
Økning fra 2020		219	512
Andelen med demens av hele befolkningen	2,1%	2,28%	2,66%

NY NASJONAL VEIVISER

Arbeidet med denne handlingsplanen har tatt utgangspunkt i ny veiviser som Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utarbeidet. Veiviseren skal gjøre det enklere for helse- og omsorgstjenestene å gi gode tjenester til personer med demens og deres pårørende. Den gir råd og tips om hvordan tjenester kan organiseres og forslag til aktuelle tiltak i de ulike fasene av demenssykdommen.

Veiviseren gir også informasjon til personer med demens og deres pårørende. Den viser hvordan anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje om demens kan følges i ulike faser av demenssykdommen. Veiviseren bygger på nasjonale og internasjonale erfaringer og forskning.

Veiviseren er bygget opp rundt 6 hovedtemaer i en demensutvikling. Under hvert hovedtema er det beskrevet konkrete råd til hvilket tilbud en kommune bør ha.

1. Mistanke
2. Utredning og diagnose
3. Selvstendig med støtte
4. Hjemme med tjenester
5. Heldøgns omsorg
6. Omsorg ved livets slutt

[Veiviser demens - Veiviser demens \(aldringoghelse.no\)](https://www.aldringoghelse.no)

INNHOOLD I PLANEN

Overordnet mål for handlingsplanen *Å leve med demens* er:

- Å sikre at tilbudet til personer med demens og deres pårørende i Sandefjord utvikles slik ny nasjonal veiviser anbefaler.

Etablering av midlertidig sykehjemsdrift på Aagårdstunet medførte stort arbeidspress på ledere og nøkkelpersoner i bo- og behandlingssentrene (BBS) i begynnelsen av 2022. Seksjonen har derfor ikke hatt kapasitet til å delta i arbeidet med handlingsplanen i denne omgangen. Som en følge av dette er arbeidet med handlingsplanen delt i to. Del 1, som beskrives i denne rapporten, omhandler tilbudet til personer med demens og deres pårørende fra mistanke om demenssykdom oppstår og fram til innleggelse i institusjon/bofellesskap for personer med demens. Det vil si hovedtema 1-4 i den nasjonale veiviseren. Del 2 vil omhandle de fasene i et forløp som foregår på bo- og behandlingssentrene og i bofellesskap for demente, hovedtema 5-6 i veiviseren. Arbeidet ferdigstilles første halvår 2023.

Arbeidet med handlingsplanen har vært organisert som et prosjekt. Styringsgruppen har bestått av berørte seksjonsledere, og kommunalsjef har vært styringsgruppens leder. I prosjektgruppen har følgende tjenesteområder vært representert: Dagaktivitet, fagteam demens, hjemmesykepleie, tjenestekontor, bofellesskap for personer med demens, kommuneoverlege, lærings- og mestringssenteret/pårørendesenteret, enhet forebygging og mestring samt seksjon digitalisering og utvikling. I tillegg har en brukerrepresentant fra demensforeningen deltatt. Prosjektleder for Leve hele livet har ledet arbeidet.

Med utgangspunkt i den nye veiviseren har alle tjenesteområder gjennomgått sitt tjenestetilbud. Hva som allerede er på plass, og hvilke forbedringsområder kommunen har i forhold til anbefalingene i veiviseren er identifisert. På bakgrunn av dette arbeidet er det utarbeidet følgende forslag til forbedringstiltak, sortert etter fasene i veiviseren.

TILTAKSOVERSIKT

1. MISTANKE

Fra veiviseren:

Det kan variere hvem som først får mistanke om at noen kan ha demens. Bekymring kan oppstå hos personen selv, pårørende, lege, arbeidsgiver eller andre.

Kommunen må sikre at personen som kan ha demens får informasjon og at lege gir tilbud om utredning.

Forbedringstiltak i denne fasen:

1	Økt stillingsressurs til seniorveiviser (helsestasjon for eldre)													
	<p>Innbyggere som får mistanke om at de er i ferd med å utvikle demens og deres pårørende skal, ifølge den nasjonale veiviseren, kunne ta direkte kontakt med en instans i kommunen for veiledning. Ved å oppsøke hjelp og komme i gang med utredning og oppfølging tidlig, kan personen med demens og pårørende få informasjon, støtte og veiledning til å håndtere sykdommen og planlegge fremover.</p> <p>Seniorveiviser på lærings- og mestringssenteret (LMS), er et slikt kontaktpunkt. Seniorveiviser veileder i forhold til sykdommen, oppfordrer til å kontakte fastlegen, informerer om kommunens tilbud og anbefaler relevante lavterskeltilbud. Seniorveiviser gir også råd om forebyggende tiltak som fysisk aktivitet, god ernæring og sosial omgang med andre. Slike råd og veiledning får mange eldre allerede, blant annet gjennom Leve hele livet - tiltak som systematiserte henvendelser til alle eldre som fyller 83 år og enker/enkemenn. På grunn av økt antall innbyggere i målgruppene er nå kapasiteten utfordret. Det er derfor nødvendig med en kapasitetsøkning for også å kunne styrke innsatsen ovenfor innbyggere som mistenker at de utvikler demens.</p> <p>I forbindelse med rammesaken er det løftet fram et behov ressursøkning på LMS. Av dette behovet er ca 30% stillingsressurs knyttet til dette tiltaket.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kostnader</th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th>2025</th> <th>2026</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>30% stilling</td> <td>214 000 kr</td> <td>214 000 kr</td> <td>214 000 kr</td> <td>214 000 kr</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ansvar: LMS</p>				Kostnader	2023	2024	2025	2026	30% stilling	214 000 kr	214 000 kr	214 000 kr	214 000 kr
Kostnader	2023	2024	2025	2026										
30% stilling	214 000 kr	214 000 kr	214 000 kr	214 000 kr										

2	Oppdatere og forbedre informasjon om demens
	<p>Det er et mål at kommunens innbyggere er informert om symptomer på demens, og vet hvem de kan kontakte ved behov for råd og veiledning.</p> <p>Praktisk informasjon legges lett tilgjengelig på kommunens nettsider. Det skal komme klart fram at fastlegen skal kontaktes ved mistanke om demens, og at man kan henvende seg til seniorveiviser for råd og veiledning.</p> <p>Informasjon om velferdsteknologiske løsninger for personer med demens legges ut på kommunens nettsider. Det vises til linken til den nasjonale siden: «Hva kan hjelpe.no»</p> <p>Det skal også legges en link til nasjonal veiviser og andre nyttige lenker om demens som for eksempel Demenslinjen til nasjonalforeningen for folkehelse og informasjonsvideoer som er utviklet nasjonalt.</p> <p>Informasjon utarbeides også skriftlig i brosjyreform og legges på steder som kommunens publikumsmottak, bibliotekene, Sandefjord medisinske senter og bo- og servicesentrene.</p> <p>Informasjonen skal også innbefatte en oversikt over aktuelle lavterskeltilbud som for eksempel treningstilbud på ulike arenaer, gå-grupper og middagstilbud på sentrene. Ved at informasjon om tilbudene gjøres tilgjengelige, blir det enklere for familie/nettverk, fastleger og andre samarbeidspartnere å anbefale/motiverer for dette.</p> <p>Ansvar: Seniorveiviser på LMS</p>
3	Seksjon Org HR gir lederstøtte ved mistanke om demens hos en kollega eller medarbeider
	<p>Medarbeidere i Sandefjord kommune som utvikler demenssykdom skal bli ivaretatt på en god og forutsigbar måte.</p> <p>Noen kan utvikle demenssykdom mens de er i yrkesaktiv alder. Det kan skape stor usikkerhet blant kollegaer og ledere. På hvilken måte en slik situasjon håndteres i arbeidslivet er av avgjørende betydning for den som utvikler sykdommen og han/hennes familie.</p> <p>Org Hr kan bistå i å øke lederes kunnskap på feltet. For eksempel kan oppfølging av ansatte som har demens være tema på HR Forum, og der kan det også vises opplæringsfilm. I Sandefjord kommune starter ofte en prosess med en samtale med den ansatte og leder, hvor Org HR er med eller blir koblet på. Ofte kobles også bedriftshelsetjenesten og fastlege på ved mistanke om demens.</p> <p>Ansvar: Seksjon Org HR</p>
4	Tilby at eksterne arbeidsgivere kan kontakt med kommunen vedrørende arbeidstakere som utvikler demens
	<p>Sandefjord kommune ønsker å tilrettelegge for at eksterne arbeidsgivere kan følge opp medarbeidere som utvikler demenssykdom på en hensiktsmessig måte.</p> <p>I demensvennlig samfunn samarbeider kommunen med demensforeningen om opplæring av ulike serviceinstanser om demenssykdom. Eksterne arbeidsgivere kan også informeres om</p>

	<p>nasjonale opplæringsmateriell, og om hvor de kan henvende seg til kommunen dersom en arbeidstaker utvikler demenssykdom.</p> <p>Ansvar: Demensvennlig samfunn, samarbeidsavtale Sandefjord kommune og demensforeningen</p>
5	<p>Øke basiskunnskapen for medarbeidere i tjenestene om hva de skal se etter og hva de skal gjøre ved mistanke om demens</p>
	<p>Det er et mål at medarbeidere i tjenesten har tilstrekkelig kunnskap til å oppdage symptomer på demenssykdom, kjenne til aktuelle tiltak/tjenester og vite hvordan personer med demens kan følges opp i ulike situasjoner.</p> <p>Kunnskapen økes ved at:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opplæring i basisferdigheter innarbeides i seksjonenes kompetanseplaner for å sikres en systematisk oppfølging. - Seksjonsledere sørger for at det settes et måltall for hvor stor andel/hvor mange ansatte som skal gjennomføre demensomsorgens ABC per år. - Det utarbeides en kompakt e- læringspakke for vedlikehold av kunnskaper. <p>Ansvar: Seksjonsledere for tjenester til personer med demens</p>
6	<p>Gjennomføre samarbeidsmøter om demens med fastlegerepresentanter</p>
	<p>Det er et mål at fastlegene og tjenestene i kommunen oppnår et hensiktsmessig samarbeid rundt personer med demenssykdom.</p> <p>I samarbeid med kommuneoverlegene og samarbeidsutvalget for fastlegene bør det utredes og planlegges flere tiltak med følgende formål/innhold:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Øke kunnskapen om hverandres tjenester. 2. Avklare hvordan fastlegene og tjenesteområdene kan sikres en god dialog på systemnivå om demensområdet fremover; eg. Kurs, informasjon via ALU møter, informasjonsmail, undervisning på fastlegekontor eller lignende. 3. Utarbeide samarbeidsrutiner; pakkeforeløp; hvem har ansvar for å koordinere for pasienten; unngå doble tjenester. 4. Utarbeide lettfattelig informasjon på kommunens internettsider spesielt egnet og dedikert til fastlegene. 5. Avklare grenseoppgang mot spesialisthelsetjenesten. 6. Avklare tidsaspekt fra mistanke til mottatt rapport fra hukommelsesteam til konklusjon/diagnose satt av fastlege og formidling til bruker/pårørende. <p>Ansvar: Hukommelsesteam i samarbeid med kommuneoverlege</p>

2. UTREDNING/DIAGNOSE

Fra veiviseren:

Utredning gjøres vanligvis av fastlegen i samarbeid med et hukommelsesteam eller en demenskoordinator. I noen tilfeller skal utredning skje i spesialisthelsetjenesten. Utredning er viktig for å finne ut om det er demens eller en annen diagnose.

Det er også viktig for å finne ut hvilken oppfølging personen kan ha behov for videre.

Forbedringstiltak i denne fasen:

7	Fagteam demens bytter navn til Hukommelsesteam
	<p>Det er et mål at det er enkelt å finne fram til hvor personer med demens, pårørende og samarbeidspartnere kan henvende seg ved behov for bistand.</p> <p>Demenskoordinatorenes team betegnes per i dag som fagteam demensomsorg (FDO). I veiviseren benyttes benevnelsen Hukommelsesteam, og dette er også mest brukt på tilsvarende team i andre kommuner. For at det skal bli enklere for innbyggere og samarbeidspartnere å forstå hva teamet jobber med, foreslås det å endre navn fra Fagteam demensomsorg til Hukommelsesteam.</p> <p>Ansvar: Seksjon senter og hjemmetjeneste (SHT)</p>
8	Sikre tilstrekkelig kapasitet for utredning i rett tid fra Hukommelsesteam
	<p>Det er et mål å redusere uønsket ventetid for utredning fra Hukommelsesteam.</p> <p>Fra 2022 har Hukommelsesteamet blitt styrket med 1 stilling demenskoordinator. Kapasiteten i teamet er nå 3 stillinger. Det har over tid vært stort arbeidspress og for lang ventetid. Den sist ansatte demenskoordinatoren har nettopp startet. Det er derfor vanskelig å antyde når det kan bli nødvendig med ytterligere styrkning. Nødvendig kapasitet sikres på følgende måte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide prioriteringsnøkkel. • Økt stillingsressurs seniorveiviser, se tiltak nr 1. • Hjemmesykepleien/institusjonstjenesten opparbeider seg kunnskap slik at de kan utføre kartlegginger knyttet til diagnostisering hos kjente pasienter som utvikler demens. • Hjemmesykepleien/institusjonstjenesten overtar ansvar som kontaktpersoner for sine aktuelle pasienter, se tiltak nr 19. <p>Kapasitetsøkning i Hukommelsesteamet vurderes på nytt fra 2024.</p> <p>Ansvar: SHT</p>

3. SELVSTENDIG MED STØTTE

Fra veiviseren:

De fleste klarer seg selvstendig uten så mye praktisk hjelp tidlig i et demensforløp. Kommunen må etablere rutiner som sikrer personen med demens og de pårørende regelmessig kontakt og veiledning. Lavterskeltilbud, velferdsteknologi og annen støtte kan bidra til mestring i hverdagen.

Det er viktig at personen med demens har en fast navngitt kontaktperson. I denne fasen er det viktig å forberede seg på det som kommer senere.

Forbedringstiltak i denne fasen:

9	Etablere demensskole/samtalegrupper for personer med demens i tidlig fase
	<p>Innbyggere som utvikler demenssykdom skal få tilbud om å delta på demensskole/samtalegruppe.</p> <p>Brukerskole er ett av tiltakene som anbefales i demensplan 2025 . Brukerskoler skal være en sosial møteplass hvor informasjon og kunnskap formidles og erfaringer deles. Dette er med på bevisstgjøring rundt egen livssituasjon og fremme egenmestring. Det finnes flere former og modeller for brukerskoler.</p> <p>Brukerskole inkluderer fysisk aktivitet og hukommelsestrening. Tilbudet kan fungere som en introduksjon til dagaktivitetstilbud jmf demensskolen Sesam og voksenskolen https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/regionalt-kompetansesenter-for-eldremedisin-og-samhandling-sesam/ressurser/forskning/mestring-og-muligheter-for-personer-med-demens https://www.grimstad.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/eldreomsorg/demens/voksenskolen-for-personer-med-demens/</p> <p>Fra pårørendekafeen, som Demensforeningen driver, meldes det behov for at personer med demens kan delta i et eget opplegg i kafeens åpningstid. Pårørende har behov for å ta opp problemstillinger og dele erfaringer med andre i samme situasjon, uten at de som har demenssykdommen er til stede. Det undersøkes derfor om det er en mulighet for at brukerskolen kan gjennomføres samtidig med pårørendekafeen.</p> <p>Ansvar: Dagaktivitet og Hukommelsesteam.</p>

10	Personer med demens og deres pårørende i denne fasen sikres regelmessig kontakt og veiledning av Hukommelsesteamet
	<p>Målet er at personer med demens og deres pårørende i denne fasen tilbys en kontaktperson i Hukommelsesteamet.</p> <p>I tidlig fase av sykdomsforløpet bør Hukommelsesteamet tilby hjelp til å forsones seg med sykdommen, planlegge hvordan en vil leve med sykdommen og hvilke avgjørelser som må tas.</p> <p>En forhåndssamtale er en planlagt samtale mellom pasient og helsepersonell om hva som er pasientens ønsker og verdier, spesielt i livets slutfase, og hvilke tanker pasienten har om smertelindring og livsforlengende behandling.</p> <p>Det kan være en trygghet for personen med demens og pårørende å tidlig avklare spørsmål om hvem som er nærmeste pårørende, om de ønsker å opprette fremtidsfullmakt og/eller testamente og aktuelle tiltak/tjenester gjennom demensforløpet.</p> <p>Den nasjonale veiviseren benyttes for å avklare hva den enkelte trenger i tidlig fase. Hukommelsesteamet tilbyr regelmessig oppfølgingsamtaler etter behov med utgangspunkt i aktuelle tema;</p> <ul style="list-style-type: none"> • støtte og informasjon • medisinsk og helsefaglig oppfølging • hjelpemidler og velferdsteknologi • aktivitet, nettverk og deltagelse • forberede fremtiden <p>Ansvar: Hukommelsesteam</p>
11	Styrke samarbeidet med frivillige aktører for å bedre tilbudet til personer med demens
	<p>Kommunen ønsker å bidra til et konstruktivt, likeverdig og strukturert samarbeid om demensomsorgen med frivillige aktører.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inngå ny samarbeidskontrakt med Nasjonalforeningen for folkehelse og revitalisere satsningen på aktivitetsvenn. - Forsterke samarbeidet med Røde kors om besøksvenner. - Etablere et mer strukturert samarbeid med frivilligdrevne arenaer. <p>Ansvar: Frivilligkoordinator</p>
12	Legge til rette for økt deltakelse for personer med demens på tilbud om fysisk aktivitet
	<p>Kommunen skal bidra til at personer med demens sykdom skal få mulighet til fysisk aktivitet.</p> <p>Personer med demens har også stort utbytte av fysisk aktivitet. De trenger ofte bistand til å komme seg til trening og mange vil også trenge en støtteperson under trening. Dette kan muliggjøres bla. ved at tilbudene aktivt knytter kontakt til aktivitetsvenn og besøkevenn.</p> <p>Det bør prøves ut egne treningsgrupper for personer med demens, som fremmer fysisk aktivitet, bevegelsesglede og mestring. «Fortsatt aktiv» er et eksempel på et slikt konsept som</p>

	<p>baserer seg på Sterk & Stødig og er utviklet av NTNU. Her sertifiseres frivillige instruktører til å lede grupper etter et fastlagt opplegg.</p> <p>https://nasjonalforeningen.no/tilbud/aktivitetsvenn-for-personer-med-demens/fortsattaktiv/</p> <p>Ansvar: Enhet forebygging og mestring</p>
13	<p>Implementere velferdsteknologi i tidlig fase i demensforløpet</p>
	<p>Målet er å tilrettelegge for at personer med demens har mulighet til å leve selvstendig og å redusere/utsette behov for andre tjenester.</p> <p>Det påregnes økning i bruk av velferdsteknologi til denne målgruppen. De teknologiske løsningene er i stadig utvikling, og antall innbyggere med demens øker.</p> <p>Hukommelsesteam og den generelle rådgivningstjenesten for velferdsteknologi, som er under etablering på Sandefjord medisinske senter (SMS), vil samarbeide om blant annet informasjon og presentasjon av ulike velferdsteknologiske løsninger, også om hva pasient/pårørende selv kan investere i, uten å måtte involvere kommunen.</p> <p>Når velferdsteknologi skal implementeres for personer med demens, kreves det i forkant en grundig kartlegging av brukerens behov og forutsetning for å håndtere teknologien. Det er derfor nødvendig med inngående kunnskap om demenssykdom. Opplæring i bruk av velferdsteknologien er helt avgjørende for å lykkes. Programmering og individuell tilpasning er tidkrevende og må ofte justeres underveis. I tillegg kreves det tett oppfølging for å observere om bruker nyttiggjør seg tiltaket og at det håndteres hensiktsmessig.</p> <p>Det skal gjennomføres en ansvarsavklaring og utarbeides tydelige rutiner for hvem som gjør hva når det avdekkes behov for velferdsteknologi mellom ergoterapitjenesten, digitalisering og utvikling, saksbehandlere på tjenestekontoret og Hukommelsesteam. Når Hukommelsesteamet har kartlagt behov, skal de få bistand til anskaffelse, programmering og individuell tilpasning fra seksjon digitalisering og utvikling.</p> <p>Ansvar: Hukommelsesteam og seksjon digitalisering og utvikling</p>
14	<p>Økt kapasitet på pårørendesenter</p>
	<p>Målet er at pårørendesenteret skal kunne gi råd og veiledning ved behov, og å ha tilstrekkelig kapasitet til å følge opp pårørende til personer med demens.</p> <p>Å være pårørende til personer med demens kan oppleves som krevende, og kan føre til stress og belastninger. Det anses som forebyggende å kunne gi støtte og hjelp når den enkelte henvender seg uten å måtte vente på ledig kapasitet. Rask oppfølging kan bidra til å utsette behovet for andre tiltak/tjenester.</p> <p>Pårørendesenteret har vært innarbeidet i budsjettet med 50 % stilling fra den første Leve hele livet- planen i 2018. Kapasiteten er nå utfordret, og det er ventetid på tilbud om pårørendeoppfølging. Økningen av personer med demens vil medføre behov for å styrke</p>

	ressursinnsatsen på pårørendesenteret. Av det ressursbehovet som er meldt inn for LMS i forbindelse med rammesaken, er ca 50 % stillingsressurs knyttet til pårørendesenteret.				
	Kostnader	2023	2024	2025	2026
	50 % stilling	356 000 kr	356 000 kr	356 000 kr	356 000 kr
	Ansvar: LMS				
15	Pårørendeskolene sikres felles innhold, og det legges til rette for å opprette samtalegrupper for pårørende i henhold til behov				
	<p>Målet er at deltagere på pårørendeskolen til personer med demens skal få samme opplæring uavhengig av hvor i kommunen kurset gjennomføres. Opplæring og samtalegrupper vil gi økt kunnskap og innsikt, noe som kan bidra til økt forståelse av å være pårørende til personer med demens.</p> <p>Pårørendeskolen gjennomføres basert på opplæringspakke fra Nasjonalt senter for aldring og helse minimum to ganger pr år, høst (i Sandefjord) og vårsemester (i Andebu). Det er behov for at program og innhold planlegges slik at tilbudet blir samsvarende på begge steder.</p> <p>Erfaring med samtalegrupper for pårørende til personer med demens (ektefeller/samboere) har vist seg å ha en god effekt i forhold til pårørendeoppfølging. Strukturerte grupper ledet av fagpersoner fra pårørendesenteret og Hukommelsesteam bidrar til økt egenmestring, kunnskap om sykdommen, etablering av kontakt med andre pårørende, erfaringsutveksling og anbefaling om deltagelse på «Pårørendekafeen» og i «Demensforeningen». Det forslås derfor å legge til rette for slike samtalegrupper.</p> <p>Ansvar: Pårørendesenteret og Hukommelsesteam</p>				
16	Utrede mulighetene for et formalisert samarbeid med Nav om sosialfaglige problemstillinger				
	<p>Målet er at innbyggere og familier med demensutfordringer kan tilbys hjelp med sosiale og økonomiske forhold, slik at livet med demens kan bli tryggere og mer forutsigbart.</p> <p>Mange er bekymret for hvordan demenssykdommen vil påvirke familien økonomisk. Særlig gjelder dette personer med demens som fortsatt er i arbeid, eller der ektefelle/samboer må redusere arbeidstiden for å ta seg av personen med demens. Andre kan ha spørsmål om hva man kan få dekket av utstyr gjennom NAV og hva man må dekke selv av utgifter, egenandeler m.m. Spørsmål om tilrettelegging av bolig og andre støtteordninger kan også være relevant. Veiviseren er tydelig på at kommunen må tilby veiledning og må kunne svare på spørsmål om dette. Dette er et eget fagfelt, og medarbeidere i Hukommelsesteam, lærings- og mestringssenter (seniorveiviser og pårørendesenter), hjemmesykepleien og ansatte ved tjenestekontoret har ikke tilstrekkelig kompetanse til å svare opp slike spørsmål på en god måte.</p> <p>Som et alternativ til å ansette en sosionom knyttet til tjenestene til personer med demens, utredes det om et formalisert samarbeid med Nav kan fylle behovet for sosialfaglig</p>				

kompetanse. En slik utredning vil bla innbefatte muligheten for at fagpersoner som jobber med personer med demens kan få et kontaktpunkt i Nav for drøfting av sosialfaglige problemstillinger. Det utarbeides en rapport på utredningen som legges fram for kommunalsjef HSO.

Dersom det viser at et formalisert samarbeid ikke kan etableres slik at det er dekkende for kompetansebehovet, bør det vurderes å ansette en sosionom. 50 % stilling som sosionom vil ha en årlig kostnad på kr 356 000 pr år.

Ansvar: Kommunalsjef HSO

4. HJEMME MED TJENESTER

Fra veiviseren:

Når demenssykdommen utvikler seg, vil personen med demens få behov for hjelp til å mestre hverdagen. Dette kan for eksempel være dagaktivitetstilbud og hjemmetjenester. En fast kontaktperson er et viktig tiltak. Tjenestene tilpasses den enkeltes behov og situasjon, og må revurderes ettersom behovene endres. Personen med demens og pårørende må oppleve at tjenestene er koordinerte. Målet er å kunne leve mest mulig selvstendig så lenge som mulig.

Forbedringstiltak i denne fasen:

17	Det etableres et fast, strukturert samarbeid mellom hjemmesykepleien, Hukommelsesteam og saksbehandler i hver enhet.
	<p>Målet er at tjenesten skal være godt koordinert, og det skal være tydelig hvem som er kontaktperson for den enkelte person med demens.</p> <p>Kontaktpersonen skal sikre jevnlig observasjon av sykdommen og vurdere behov for tjenester. I denne fasen er det oftest primærkontakt i hjemmesykepleieenheter som har tette kontakt med personen med demens og pårørende. Det foreslås derfor at hjemmesykepleien som hovedregel overtar kontaktpersonansvaret i denne fasen. Tidspunkt for overføring av ansvaret som kontaktperson avklares for den enkelte pasient, avhengig av alder, kompleksitet og omfang av tjenester.</p> <p>Seksjon senter og hjemmetjenester (SHT) har igangsatt et organisasjonsutviklingsarbeid med tanke på å skape en bærekraftig organisasjon for fremtiden. Seksjonen skal organiseres for å være robust og mestre vekst i tjenestene. Et jevnlig, strukturert samarbeid mellom hjemmesykepleien, hukommelsesteam og saksbehandler i hvert distrikt/hver enhet konkretiseres i dette arbeidet og skal ivareta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gode overganger i pasientforløpet. - Mulighet til å drøfte aktuelle problemstillinger og vurdere hensiktsmessige tiltak. - Veiledning fra hukommelsesteamet i rollen som kontaktperson. <p>Ansvar: SHT</p>

18	«TettPå demens» etableres i alle hjemmesykepleieenheter										
	<p>Målet er at tjenestene organiseres slik at pasientene kan forholde seg til en liten, stabil personalgruppe som har kompetanse på demens. Det gir en oversiktlig og trygg hverdag med forutsigbare tjenester.</p> <p>Enhet Krokemoa har prøvd ut en vellykket modell med økt kompetanse og egne tilrettelagte arbeidslister med færrest mulig pleiere. Et forbedringstiltak er å etablere dette i alle hjemmesykepleieenheter.</p> <p>Erfaringer fra Krokemoa tilsier at det er behov for en styrking med 20 % stillingsressurs pr enhet for å etablere tilpassede arbeidslister for pasienter med demens. Det er nødvendig med litt bedre tid på besøkene, samt mer tid til oppfølging av pårørende og samarbeid med andre aktører. SHT har mulighet til å finansiere halvparten selv. For at alle hjemmesykepleieenheter skal kunne organisere tjenesteytingen med egne tilpassede lister for personer med demens, slik veiviseren anbefaler, er det nødvendig med en budsjettøkning for å dekke opp 10 % stillingsressurs i 7 soner, totalt 70 % stilling.</p> <p>Kostnader:</p> <table border="1" data-bbox="210 913 1297 1048"> <thead> <tr> <th></th> <th>2023</th> <th>2024</th> <th>2025</th> <th>2026</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70 % stilling</td> <td>470 000 kr</td> <td>470 000 kr</td> <td>470 000 kr</td> <td>470 000 kr</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ansvar: SHT</p>		2023	2024	2025	2026	70 % stilling	470 000 kr	470 000 kr	470 000 kr	470 000 kr
	2023	2024	2025	2026							
70 % stilling	470 000 kr	470 000 kr	470 000 kr	470 000 kr							
19	Sikre tilstrekkelig kapasitet på dagaktivitetstilbudet										
	<p>Målet er at tilbud om dagaktivitet skal være i samsvar med behov.</p> <p>Tall fra Kostra viser at Sandefjord kommune har prioritert dagaktivitet for personer med demens lavere enn kommuner det er naturlig å sammenligne seg med. Fram til 2020 har kapasiteten likevel vært i balanse med behovene, men etter pandemien ble det venteliste på tilbudet. I budsjettet for 2022 ble det derfor innarbeidet midler til 7 nye plasser, slik at utfordringen med ventelister nå er avhjulpet. De nye plassene er fordelt på ca 14 brukere og har en årlig kostnad på kr 1 630 000. Selv om kapasiteten vurderes som tilstrekkelig nå, bør dette følges nøye slik at kapasiteten er i tråd med behovet. En ny kapasitetsøkning bør vurderes i forbindelse med rammesaken neste år.</p> <p>Ansvar: SHT</p>										
20	Dagaktivitetstilbudet utvikles til å bli mer personsentret og fleksibelt innrettet mot behovene til den enkelte bruker og pårørende										
	<p>Målet er at dagaktivitetstilbudet i Sandefjord skal sikres hensiktsmessig kvalitet.</p> <p>Bakgrunnskunnskap og livshistorien til personene med demens er en forutsetning for å gi en god tjeneste tilpasset den enkeltes ressurser og behov. Tiltaksplaner utarbeides ut fra brukerens behov og hva som er viktig for den enkelte. For å oppnå målet om å bo lengst mulig</p>										

	<p>hjemme, må brukernes ressurser opprettholdes og stimuleres så godt som mulig. Dette i form av fysisk aktivitet/balansetrening og hukommelsstimulerende aktiviteter.</p> <p>Det kan være et stort spenn i alder og funksjonsnivå hos brukerne, og noe som kan medføre utfordringer for brukere som har forskjellige behov og ressurser. Dette kan for noen komme til uttrykk med uro, frustrasjon eller tilbaketrekning. Ved å ha tilstrekkelig areal til rådighet vil det i større grad være mulig å ha differensierte grupper i større grad enn i dag. Dele inn i mindre grupper hvor det er enklere å opprettholde konsentrasjon, ha ulike aktiviteter eller gjennomføre uteaktiviteter/turer. Noen brukere er kommet så langt i sin sykdom at det å ha ro rundt seg, ha gode måltidsstunder og oppleve trygghet er tilstrekkelig.</p> <p>Det er nødvendig å utvide åpningstider for å møte brukere og pårørendes ulike behov. Brukere kan eksempelvis få tilbud om å komme senere på formiddagen, til lunch/middag og spise kvelds før de kjøres hjem. Dette vil gi hjemmesykepleien en større fleksibilitet i deres arbeidslister, samt å gi pårørende en mulighet til å opprettholde egne sosiale aktiviteter utover ettermiddag/kveld. Erfaringer fra kveldsåpen aktivitet er at brukerne er slitne på kveldstid og ønsker å dra hjem ved nyhetstid. Helgeåpent samt mulighet for tilbud i høytider bør være mulig etter behov. Lokalitetene er tilgjengelige for fleksibel bruk.</p> <p>Ansvar: SHT</p>
21	<p>Utrede hvordan tilbudet om avlastning i større grad kan tilpasses behovet til den enkelte pasient/pårørende</p>
	<p>Målet er å ha et variert og fleksibelt avlastningstilbud i kommunen.</p> <p>Å være pårørende til personer med demens oppleves for mange som belastende, og det kan være krevende å bo sammen med en person med demenssykdom. Avlastning anses å være et godt tiltak for pårørende som yter særlig tyngende omsorgsoppgaver. Dette kan ha stor betydning for å «stå» i omsorgsoppgavene, og kan bedre situasjonen ved at den pårørende får et lite pusterom i hverdagen. Avlastning kan også ha en positiv innvirkning på relasjonen til personen med demens. Avlastningstilbud kan i tillegg medvirke til at personer med demens kan bo lenger hjemme og utsette bofellesskap/institusjonsopphold.</p> <p>Hovedformen for avlastning i Sandefjord per i dag er døgnopphold i institusjon, enten enkeltopphold eller rullerende opphold med ulike intervaller. 10 senger er øremerket dette formålet nå til 27 personer. Kun i noen grad benyttes timeavlastning i hjemmet (3-4 brukere). Tjenestekontoret opplever i økende grad henvendelser med forespørsel om endring av tildelte avlastningsopphold. Det kan være ønske om å framskynde/utsette eller redusere/utvide lengden på oppholdet. I noen situasjoner tildeles avlastning ut i fra ledig kapasitet og i mindre grad basert på den enkeltes behov. Dette for å få kabalen på senger/plasser til å gå opp. I framtidens demensomsorg vil det være aktuelt med flere ulike avlastningsformer. Dette for å imøtekomme pårørendes ønsker og den enkelte pasients behov for avlastning med tanke på å kunne bo lengst mulig hjemme.</p> <p>Følgende tiltak planlegges for avlastning i institusjon:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Gjennomføre en brukerundersøkelse/kartlegging for pårørende til personer med demens i forbindelse med tildeling av rullerende avlastningsopphold med fokus på framtidig behov. - Kartlegge om noen senger/plasser skal øremerkes en form for bookingsystem, at pårørende selv kan «bestille opphold» etter eget behov basert på tildelte døgn. - Undersøke muligheten for timeavlastning/dag,- kvelds- og nattavlastning på den fremtidige avlastningsenheten på nye Nygård. <p>Ansvar: Tjenestekontoret og BBS</p> <p>I tillegg bør det tilrettelegges for økt avlastning hjemme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I spesielle situasjoner, der andre tiltak ikke fungerer hensiktsmessig, vil avlastning i hjemmet kunne gi fleksibilitet nok til at pasienten kan bo hjemme lenge. Det prøves ut ulike ordninger (f.eks BPA) der tidspunkt for avvikling av tildelte timer kan nyttes fleksibelt etter pårørendes behov. <p>Ansvar: Tjenestekontoret og SHT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avlastning i kortidsleilighet på senter vurderes tatt i bruk i større grad når TettPå demens blir etablert i hjemmesykepleie enhetene <p>Ansvar: Hjemmesykepleien og bo- og servicesenter</p>
22	<p>Vurdere hvordan alle sentrene i sterkere grad kan tilrettelegge for beboere som utvikler demenssykdom.</p>
	<p>Beboere som utvikler demenssykdom skal kunne bo på senter så lenge som mulig.</p> <p>Sentrene er i ulik grad tilrettelagt for personer med demens. Noen senter er utformet slik at det er utfordrende å finne fram for personer med kognitiv svikt. Mange av aktivitetene som foregår på sentrene er heller ikke så enkle for personer med demens å delta på, selv om senteransatte forsøker å inkludere dem.</p> <p>De fleste som søker langtidsplass i sykehjem har kognitiv svikt. Dersom kommunen skal greie seg med en forholdsvis lav dekningsgrad for sykehjemsplasser, er det avgjørende at beboere som utvikler demens skal kunne fortsette å bo på senter så lenge som mulig. Demens utvikler seg på ulikt vis, men alle mister gradvis hukommelsen. Noen blir i tillegg generelt mer og mer svekket, mens andre kan bli urolige og få en utfordrende adferd. Det er ikke mulig å tilrettelegge på en god måte på senter når adferden blir problematisk. Da bør de tilbys en plass i heldøgn omsorg. For de med mildere symptomer bør sentrene vurdere om det er mulig å tilrettelegge enda bedre, selv om sentrene allerede gjør mye for denne gruppen.</p> <p>Det foreslås at alle sentrene, i samarbeid med hjemmesykepleieenheten som har tilhold på senteret, utforsker hva som kan være et mulighetsrom.. Tiltak som fellesskap og trygge, forutsigbare rammer, der den enkelte blir sett og bekreftet, skal vurderes etter inspirasjon fra prosjekt TettPå på Forsmann. En mer offensiv bruk av velferdsteknologi skal også være en del av vurderingen.</p>

	<p>Arbeidet må hensynta at sentrene også skal være et helsefremmende og forebyggende tilbud til friske eldre. Innen utgangen av 2022 utarbeides det en felles rapport som viser muligheter og utfordringer på det enkelte senter. Rapporten legges fram for seksjonsleder SHT.</p> <p>Ansvar: Bo- og servicesentrene og hjemmesykepleien</p>
23	<p>Det gjennomføres en utredning på om leilighetene i en eller flere av enhetene på Aagårdstunet bør tildeles til personer med demens i tidlig fase</p>
	<p>Etter at Nygårdbeboere flytter tilbake til Nygård, skal leilighetene i Aagårdstunet tildeles. Det nye bygget er godt tilrettelagt for personer med demens, med bo-enheter på 8 leiligheter som har felles kjøkken/oppholdsrom.</p> <p>Utredningen skal vurdere om det er hensiktsmessig å gi et sentertilbud til personer med demens i tidlig fase samlet i en eller flere enheter på Aagårdstunet. Utredningen skal belyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfaringer fra drift av sykehjem i lokalene - Fordeler og ulemper for beboere - På hvilken måte velferdsteknologi kan legges som en forutsetning i bygg og avtaler med beboere ved tildeling. - Mulighet for måltider, sosial og fysisk aktivitet i samarbeid med frivillige - Hvordan en situasjon der beboerne etter hvert vil trenge tettere oppfølging kan håndteres - Kommunens økonomi <p>Utredningen organiseres som et prosjekt i Leve hele livet i Sandefjord. Styringsgruppen utarbeider mandat og følger opp prosjektet. En rapport utarbeides innen utgangen av 2022.</p> <p>Ansvar: Styringsgruppen for Leve hele livet i Sandefjord</p>
24	<p>Personsentrert omsorg innarbeides i seksjonenes kompetanseplaner</p>
	<p>Målet er at ansatte som arbeider med personer med demens skal ha kompetanse på personsentrert omsorg.</p> <p>Personsentrert omsorg er å se personen med demens, og ikke sykdommen. Demens kan føre til at omgivelsene føles fremmede, noe som aktiverer behovet for tilhørighet. Personsentrert omsorg innebærer individuell tilrettelegging for beskjeftigelse og aktivitet, at personen får være engasjert i livet på en måte som oppleves som meningsfull samt opplevelse av et støttende sosialt miljø.</p> <p>I forbindelse med kartleggingen som er foretatt på de ulike tjenesteområdene, er det et gjennomgående trekk at det er behov for økt kompetanse på personsentrert omsorg. Dette innarbeides derfor i seksjonenes kompetanseplaner.</p> <p>Ansvar: Alle seksjoner som arbeider med personer med demens</p>

OPPFØLGING

Tiltak som ikke kan gjennomføres innenfor eksisterende rammer, vurderes og prioriteres i de årlige rulleringene av handlings- og økonomiplanen. Behov for økt budsjetttramme er vist i tabellen under hvert enkelt tiltak. De foreslåtte tiltakene vil bidra til at personer med demens kan bo lenger hjemme med sykdommen. De aller fleste som søker langtids plass på institusjon har kognitiv svikt. Kostnadene ved de foreslåtte tiltakene bør derfor vurderes opp mot kostnadene for drift av sykehjemsplasser.

Tiltakene gjennomføres i seksjonene og følges opp av styringsgruppen for Leve hele livet i Sandefjord. Det planlegges å rullere handlingsplanen Leve hele livet i Sandefjord i 2023. En statusrapportering for tiltakene i handlingsplanen Å leve med demens vil innarbeides i denne rulleringen.

Overgangen fra en hjemmebasert tjeneste til heldøgn omsorg er krevende for personer med demens og pårørende. Det kan også medfører en risiko for svikt i tjenestekjeden, bla når det gjelder informasjonsutveksling. Noen av forbedringsområdene for denne delen av planen gikk på disse overgangene mellom tjenester. Dette vil følges opp i utarbeidelsen av del 2 av handlingsplanen.

