



Forsterket demensomsorg i distriktskommuner

Samhandlingsbasert forsknings-
og utviklingsprosjekt i
Hallingdalregionen, 2011-2014

Liv Helene Jensen
Marthe Lyngås Eklund
Herbjørg Dalene Bjerke



Utviklingscenter
for sykehjem
Buskerud

*SKRIFT-
SERIEN*

Nr. 9

2014



Forsterket demensomsorg i distriktskommuner

Samhandlingsbasert forsknings- og utviklingsprosjekt i Hallingdalregionen, 2011-2014

Liv Helene Jensen
Marthe Lyngås Eklund
Herbjørg Dalene Bjerke

Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold nr 9 /2014



Utviklingscenter
for sjukeheimar
Buskerud

Rapport: Godkjent 25.02.14 av prosjektgruppen

Prosjektleder: Liv Helene Jensen

Prosjektgruppe: Borghild Ulshagen, Tone Fossgård Berg, Herbjørg Dalene

Bjerke, Marthe Lyngås Eklund og Liv Helene Jensen

Forsterket demensomsorg i distriktskommuner: Samhandlingsbasert
forsknings- og utviklingsprosjekt i Hallingdalregionen, 2011-2014
Liv Helene Jensen, Marthe Lyngås Eklund, Herbjørg Dalene Bjerke

© Høgskolen i Buskerud og Vestfold / Forfatterne, 2014

Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold nr 9/2014

Skriftserien kan lastes ned fra <http://bibliotek.hbv.no/skriftserien>

ISSN: 1894-7522 (online)

ISBN: 978-82-7860-252-2 (online)

Omslag: Kommunikasjonsseksjonen, HBV

Utgivelser i HBVs skriftserie kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) angis korrekt. Det må ikke foretas endringer i verket.

FORORD

«Forsterket demensomsorg i distriktskommuner» er et samhandlingsbasert forsknings- og utviklingsprosjekt der målsettingen var å bidra til styrking av tjenestene til personer med moderat og alvorlig grad av demens og styrke kompetanseutviklingen og samhandlingen i demensomsorgen. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med fagfolk og ledere i Hallingdalkommunene, Utviklingssenter for sykehjem (USH) i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV) og alderspsykiatrisk avdeling ved Vestre Viken Helseforetak i perioden 2011 - 2014.

Rapporten presenterer bakgrunnen, tiltakene i utviklingsarbeidet og resultatene fra kartleggingen av demensomsorgen i Hallingdalkommunene i perioden 2011-2012, og inkluderer innspill fra ledere og tverrfaglig personale. Hensikten med rapporten er å presentere et kunnskapsgrunnlag om hvordan tjenestene til eldre personer med moderat og alvorlig grad av demens er organisert i Hallingdalkommunene, og gi forslag til tiltak om hvordan tjenestene kan forbedres og det tverrfaglige personalets kompetanse kan videreutvikles og styrkes.

Prosjektet er finansiert med lokal ressursinnsats fra kommunene og forskningsressurser fra HiBu, samt tilskudd fra Helsedirektoratet i 2011 til oppstart, kartlegging og gjennomføring av seminarer i 2012.

Vi takker alle medarbeidere og ledere i Hallingdalkommunene som velvillig har delt av sine erfaringer og kunnskaper om omsorg for personer med demens. En spesiell takk til deltagerne i prosjektgruppen som bidro aktivt i planleggingen, koordinering, kartlegging og analysene.

Vi takker professor Kirsten Thorsen som velvillig har lest gjennom rapporten og gitt oss nyttige kommentarer når vi stod fast.

Forfattere av rapporten er:

Liv Helene Jensen
Prosjektleder/førsteamanuensis HBV

Marthe Lyngås Eklund
Prosjektmedarbeider/førstelektor HBV

Herbjørg Dalene Bjerke
prosjektkoordinator USH

Februar 2014

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD	3
INNHALDSFORTEGNELSE	4
1. INNLEDNING	5
Bakgrunn	5
Kunnskap om personer med demens	6
2. DESIGN OG METODER	9
Organisering og gjennomføring	9
Mål og metode for medvirkning	10
Forskningsmetoder.....	11
Etiske overveielser	13
3 RESULTATER	14
Folkemengde og antall institusjonsplasser i Hallingdalkommunene	14
Kjennetegn ved enhetene for personer med demens	16
Kompetanse	18
Erfaringer fra utfordrende atferd hos personer med demens.....	20
Pårørende til personer med demens og pårørendesamarbeid	24
Kommentarer i nettverkssamlinger og helselederforum til kartleggingen	26
4 FORBEDRINGSOMRÅDER.....	27
Interkommunalt samarbeid og tverrfaglig kompetanse	27
Forbedring av pårørendesamarbeid	29
Forbedring av fysiske omgivelser og meningsfulle aktiviteter ute og inne	30
5 DISKUSJON	32
Anbefalte forbedringsområder	34
OPPSUMMERING	34
ETTERORD	35
REFERANSER	37
VEDLEGG	41

1. INNLEDNING

Denne rapporten er rettet mot kompetanseutvikling og samhandling i omsorgen til personer med alvorlig grad av demens i distriktskommuner. Intensjonen om økt kunnskap og kompetanse i demensomsorgen har grunnlag i St meld nr 25 (2005-2006) Omsorgsplan 2015 og delmeldingen Demensplan 2015 «Den gode dagen», samt St meld 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Kortere utredningstid i sykehus og tettere oppfølging i kommunehelsetjenesten legger føringer for økt behov for kunnskapsutveksling og samhandling på tvers av tjenestene i den enkelte kommune, mellom kommuner, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunn

Prosjektet «Forsterket demensomsorg i distriktskommuner» ble initiert av Utviklingssenteret for sykehjem (USH) i Buskerud i samarbeid med Høgskolen i Buskerud (HiBu), Fakultet for helsevitenskap, i 2011. I tråd med den nasjonale samhandlingsstrategien (Helsedir 2005) og den nasjonale strategien for utviklingssentrene «Utvikling gjennom kunnskap» (Helsedir 2009) skal Utviklingssenteret for sykehjem i Buskerud være pådriver for tjeneste- og kompetanseutvikling i sykehjem. Prosjektet er basert på følgende lover og forskrifter; Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011), Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (HOD 2003) og Forskrift om en verdig eldreomsorg (HOD 2010). Videre bakgrunnsmateriale er Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) ”..Og bedre skal det bli”. Den siste vektlegger gode forløp med pasienten i sentrum (Helsedir 2005).

Forankringen av prosjektet har bakgrunn i ønske om å styrke demensomsorgen i Hallingdalregionen. USH Buskerud som er lokalisert i Ål kommune og HiBu inviterte de seks Hallingdalkommunene; Hol, Gol, Ål, Hemsedal, Nes og Flå til et samhandlingsbasert forsknings- og utviklingsprosjekt i samarbeid med alderspsykiatrisk avdeling ved Vestre Viken Helseforetak. På grunn av fritt sykehusvalg ble også faglige ressurspersoner ved alderspsykiatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus invitert med i prosjektet.

Bakgrunnen for prosjektet har i tillegg til den overordnede bakgrunnen i offentlige føringer også forankring lokalt som oppfølging etter tidligere gjennomføring av lokale utviklingsprosjekter innen demensomsorgen. USH Buskerud har i samarbeid med HiBu gjennomført tre praksisutviklingsprosjekter og ett forskningsprosjekt innen

demensomsorgen i perioden 2008-2012. Det første praksisutviklingsprosjektet omfattet etablering av sansehage ved avdelingen for personer med demens ved Ål Bu- og behandlingssenter. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med landskapsarkitekt og lokale aktører. Det neste dreide seg om bruk av sansehagen, med systematisk kartlegging og individuell tilpassing av uteaktiviteter for personer med demens i sykehjem. Prosjektet ble utviklet i samarbeid med leder og personalet i Nes og Ål kommune. Resultatene er dokumentert med foto av aktivitetstiltak i rapporten: «Trivsel ute – året rundt» (Jensen, 2014). Det tredje praksisutviklingsprosjektet omfattet etablering av forsterket ressursenhet for eldre personer med demens ved Ål bu- og behandlingssenter, og systematisk kompetanseutvikling med bruk av ressursgruppeveiledning. Forskningsprosjektet er en kvalitativ studie om «Betydningen av uteaktiviteter for personer med demens i sykehjem».

I forarbeidet til foreliggende prosjekt ble det innhentet kunnskap om demens og erfaringer fra Kroken sykehjem i Tromsø som har fått tildelt funksjonen Demensfyrtårn av Helsedirektoratet. Kroken sykehjem har utviklet kurs om utfordrende atferd ved demens, og vi fikk tilgang til kursinnholdet. Vi utvekslet erfaringer om utfordringene med å overføre denne kunnskapen til praksis og i organisering av tjenestene i kommunene. Det ble også innhentet erfaringer ved studiebesøk til Indre Havn sykehjem i Sandefjord som særlig har tilrettelagte enheter for personer med demens, og fra Haugen (2009) rapport om deres erfaringer.

Foreliggende rapport tar utgangspunkt i folkemengde og fordelingen av antallet heldøgns omsorgsplasser i hallingdalkommunene og beskriver nærmere sentrale områder innen demensomsorgen.

Kunnskap om personer med demens

Det er om lag 70 000 personer med demens i Norge (Nasjonalt Folkehelseinstituttet, 2009). Det antas at antallet personer som rammes vil øke. En studie ved norske sykehjem viste at om lag 80 prosent av pasientene har kognitiv svikt forenlig med demenssykdom (Engedal, Kirkevold, Eek og Nygård 2002).

Mennesker med demenssykdom er ingen ensartet gruppe. Demens er en samlebetegnelse på ulike ervervede organiske sykdomsprosesser i hjernen, tilstanden er irreversibel og forverrer seg over tid. Demenssykdommen kommer til syne i ulike former og alvorlighetsgrader og med store individuelle forskjeller. I de diagnostiske kriteriene for demens beskrives sykdommen som en kronisk progredierende sykdom, der symptomer viser seg ved svekket hukommelse, svekkelse av persepsjon og kognitive funksjoner og emosjonell kontroll,

motivasjon eller sosial atferd. Det må foreligge minst ett av følgende symptomer: emosjonell labilitet, irritabilitet, apati, unyansert sosial adferd, og symptomene må ha en varighet på mer enn 6 måneder (Engedal og Haugen 2006; Ballard *et al* 2011, Wahlin 2011).

Personer med alvorlig grad av demens kan få motoriske symptomer med muskelstivhet og redusert balanse, noe som medfører fare for fall. De kan også få problemer på grunn av vansker med håndtering av redskaper og vansker med gjennomføring av dagliglivets aktiviteter (Engedal *et al* 2006, Rokstad, 2008). Ernæringsproblemer kan inntre. Atferds- og psykiatriske tilleggssymptomer ved demens (APSD), som mistenksomhet, apati og aggresjon blir rapportert av pårørende å være vanskelig å håndtere. Slike symptomer og reaksjoner er ofte bakgrunn for ønske om innleggelse i institusjon (Engedal *et al* 2006; Ulstein 2006).

Atferdsmessige og psykiatriske symptomer som irritabilitet, rastløshet, aggressivitet, hallusinasjoner og vrangforestillinger beskrives ofte som *utfordrende atferd* hos personer med demens (Rokstad 2008). Forekomsten av psykotiske og aggressive symptomer øker med demenssykdommens alvorlighetsgrad (Selbæk, Kirkevold og Engedal 2007) og kan oppleves som svært utfordrende for personen selv (Testad, Aasland og Aarsland 2007). Aggressive symptomer og vandring kan også som oppleves belastende for pårørende og andre omsorgspersoner (Sourial, McCusker, Cole, Abrahamowicz 2001; Testad *et al* 2007; Ulstein, Bruun, Wyller, Engedal 2007). Nøye utredning av hva som kan ligge bak utfordrende atferd er særlig viktig på grunn av de kommunikasjonsproblemene som følger sykdomsutviklingen (Volicer & Hurley, 2003). Atferdsendringene i samband med demensutviklingen kan også ses som en måte personen forsøker å kompensere for funksjonsfall. Manglende forståelse for de ulike symptombildene og manglende tilrettelegging av omgivelsene ved alvorlig grad av demens, kan føre til unødig bruk av medikamenter og/eller bruk av frihetsberøvende tiltak og tvang (Nygaard, Ruths, Straand, Naik 2004; Kirkevold & Engedal 2005; Testad *et al* 2007; Meyer 2008). Studier i norske sykehjem har vist at om lag 75 prosent av pasientene får ett eller flere psykoterapeutiske medikamenter, og mer enn 25 prosent får antipsykotiske legemidler (Selbæk *et al* 2007). Effekten av slike legemidler rapporteres imidlertid å være beskjeden ved behandling av neuropsykiatriske symptomer ved demens, og risikoen for bivirkninger er ganske høy (Ballard & Howard 2006; Schneider, Dagerman, Insel 2006; Ballard, Corbett 2010). Praktiske retningslinjer og internasjonale studier vektlegger derfor bruk av ikke-farmakologiske metoder. Det innbefatter tilrettelegging av det psykososiale og fysiske miljøet og økt kompetanse hos personalet. Personsentrert tilrettelegging må skje med forståelse for de underliggende mekanismene (Ballard *et al*, 2009; Testad *et al* 2010; Ballard, Corbett, 2010; Gauthier *et al* 2010; Bergland, Kirkevold 2011; Husebø *et al*, 2011) og ved støtte til pårørende (Ulstein, Johannessen 2008). Antagelsen er at redusert bruk av uhensiktsmessige legemidler krever økt kunnskap hos personalet om demenssykdommen,

samarbeid med pårørende, forståelse for individuell tilrettelegging av omgivelsene og god organisering av pleien. Forståelse for utfordrende atferd ved demens må videre ses i lys av bakenforliggende sykdommer som kardiovaskulære sykdommer, infeksjoner, anemi, dehydrering, underernæring og smerter hos eldre, sykdomstilstander som kan endre seg over tid (Husebø, Ballard, Aarsland, 2011).

En grunnleggende verdi i demensomsorgen er å skape et godt og verdig liv for personen med demens og de nærmeste pårørende. For å yte kunnskapsbasert helsehjelp til personer med moderat eller alvorlig grad av demens kreves derfor at personalet har kunnskap om personens livshistorie, nettverk og ressurser (Kitwood 1999; McCormack, McCance 2010) og hvilken betydning sykdomsutviklingen har i pasientens hverdagsliv (Edvardsson, Winblad, Sandman, 2008).

Denne bakgrunnen ledet til følgende forskningsspørsmål:

Hvor mange institusjonsplasser er det ved sykehjemmene i Hallingdal, og hvor mange plasser er tildelt personer med demens? Hvordan er enhetene i sykehjemmene tilpasset personer med demens, ute og inne? Hvordan er personalets kompetanse? Og, hvordan er personalets samarbeid med pårørende organisert? Hvilken forståelse har ledere og tverrfaglig personale av utfordrende atferd hos personer med demens? Er det behov for kompetanseutvikling og tverrfaglig tjenesteutvikling innen demensomsorgen i Hallingdal?

2. DESIGN OG METODER

Studiens design er inspirert av medvirkningsbasert aksjonsforskning (Coghlan & Brannick 2010, Jensen 2009). Denne tilnærmingen innebærer at ideen og prosjektet forankres i kommunenes ledelse og både ledere og fagfolk inviteres til å medvirke aktivt i studien. Utvikling av studiens mål og tiltak foregår parallelt med datainnsamling og analyser (ibid). Ved medvirkning i forskningsprosessen legger man til grunn at deltagerne har komplementære funksjoner; fagfolk og ledere har ansvar for gjennomføring av helsehjelpen, mens forskerne sørger for systematisering av data og legger til rette for medvirkningsbaserte diskusjoner og analyser av resultater underveis (Jensen 2009). Forskningsarbeidet innebærer også innhenting av erfaringer og kunnskap fra tidligere rapporter og forskning som omhandler tjeneste og kompetanseutvikling innen demensomsorgen.

Organisering og gjennomføring

Ideen til prosjektet ble lagt frem for helselederne i de seks Hallingdalkommunene Hol, Hemsedal, Ål, Gol, Nes, og Flå, høsten 2011. De støttet prosjektet og har lagt til rette for kartlegging av omfanget og organiseringen av demensomsorgen i alle kommunene og for tverrfaglig deltagelse i seminarer.

Prosjektet ble organisert med en prosjektgruppe og en nettverksgruppe. Ansvaret for fremdriften i prosjektet ble ivarettatt av *prosjektgruppen* bestående av:

Liv Helene Jensen, førsteamanuensis, HiBu (prosjektleder)

Marthe Lyngås Eklund, høghskolelektor, HiBu

Tone Fossgård Berg, avdelingsleder, Ål bu- og behandlingssenter

Herbjørg Dalene Bjerke, koordinator, USH Buskerud, prosjektkoordinator

Borghild Ulshagen, fagkonsulent for helse- og sosiale tjenester, Ål kommune

Ledere og fagfolk fra alle Hallingdalkommunene og alderspsykiatriske avdeling ved helseforetakene ble invitert til å delta i en *nettverksgruppe*. Nettverksgruppen bestod av interesserte fagpersoner og ledere fra Hallingdalkommunene og representanter fra alderspsykiatrisk avdeling ved Vestre Viken HF. I tillegg deltok fagpersonale fra alderspsykiatrisk avdeling Vardåsen ved Oslo Universitetssykehus og professor Kirsten Thorsen, HiBu i nettverket. Nettverksgruppen har vært samlet i dialogseminarer, der de delte

erfaringer underveis, diskuterte resultatene fra kartleggingen og identifiserte utfordringer og forbedringsområder, og foreslo videre tiltak i samarbeidet.

Høgskolen i Buskerud har hatt forskningsansvar for studien, mens Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud bidro med koordinering og tilrettelegging. Studenter og lærlinger var invitert inn i utviklingsarbeidet i sine praksisperioder.

Mål og metode for medvirkning

Studiens mål og tiltak ble utviklet i samarbeid med deltagerne i prosjektgruppen og ved dialogseminarer med deltagerne i nettverksgruppen. Vi kom frem til følgende overordnede målsetting:

- å videreutvikle tjenestene til personer med moderat og alvorlig grad av demens
- å styrke kompetanseutviklingen og samhandlingen i demensomsorgen i Hallingdalsregionen.

For å nå målene og bidra til medvirkning i datainnsamling og analyser ble følgende tiltak satt i verk i perioden 2011-2013:

1. Forankring av prosjektet i kommunenes helse- og sosial ledelse som et samhandlingsbasert forsknings- og utviklingsprosjekt med støtte fra Høgskolen i Buskerud
2. Etablering av prosjektgruppe med deltagere fra USH Buskerud, Ål kommune og HiBu og nettverksgruppe med ledere og fagfolk fra alle Hallingdalkommunene
3. Gjennomføring av nettverkssamlinger med ledere og fagfolk fra alle Hallingdalkommunene og alderspsykiatrisk avdeling med deling av erfaringer, utvikling av mål og tiltak for å styrke tjenestene til personer med alvorlig grad av demens
4. Kartlegging av demensomsorgen i Hallingdalkommunene for å identifisere omfang av demensomsorgen i sykehjem, utfordringer og forbedringsområder
5. Fagseminarer med diskusjon av foreløpige resultater i nettverksgruppen
6. Presentasjon og diskusjon av resultatene fra kartleggingen i Helselederforum i 2012.

Forskningsmetoder

For å få en oversikt over omfanget av pleie- og omsorgstjenestene til personer med moderat og alvorlig grad av demens i alle Hallingdalkommunene, har vi gjennomført en kartlegging med bruk av flere datainnsamlingsmetoder og analyser, som vist under i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over forskningsmetoder ved kartlegging av demensomsorgen

Metode	Hensikt	Utvalg	Analyser
Observasjon ved besøk i sykehjem/skjermet enhet	Vurdere fysiske omgivelser inne og ute	N=7 sykehjem	Analyser av demens- vennlige omgivelser
Spørreskjema	Identifisere antall pasienter med demens	N=7 sykehjem	Enkel deskriptiv statistikk
Kvalitative intervjuer	Erfaringer fra tverrfaglig personale og ledere	N=21 tverrfaglig personale, ledere	Kvalitativ innholdsanalyse
Nettverkssamlinger	Erfaringsutveksling, mål og tiltak og evaluere data	3 dialog konferanser med 29 deltagere i gj.snitt	Oppsummering, notat
Dialog i Helselederforum	Lederforankring, overordnede mål, erfaringsutveksling	6 helseledere, 1-2 ledere fra USH	Oppsummering, notat

Kartleggingen og analysene av materialet fra observasjonene, spørreskjema og de kvalitative intervjuer er gjennomført av forskerne Liv Helene Jensen og Marthe Lyngås Eklund fra HiBu og Herbjørg Dalene-Bjerke ved USH Buskerud.

Observasjon

Kartleggingen omfatter observasjon av de fysiske omgivelsene i enheter for personer med demens i syv sykehjem, med særlig fokus på omgivelsene ute og inne. Observasjonene ble gjennomført åpent med personalet tilstede, og med følgende hovedtemaer:

- Enhetens størrelse, antall plasser
- Fysisk miljø fellesrom; stue, korridor, kjøkken
- Pasientrom; enerom, bad/WC, hjemlig innredning/institusjonspreg
- Tilgang til trygt uteområde: direkte tilgang til hage ut på bakkeplan, trapper
- Tydelig merking og informasjon

Spørreskjema og kvantitative analyser

For å få en oversikt over omfanget av tjenestene ble det brukt spørreskjemaer og deskriptiv statistikk med følgende hovedtemaer:

- Antall pasienter med moderat og alvorlig grad av demens som mottar tjenester i sykehjem, skjermet enhet i sykehjem eller fra hjemmetjenestene i kommunen
- Sykehjemmets/institusjonens fysiske rammer, inkludert uteområder
- Antall personale, og kompetansenivå (utdanning)
- Organisering, tverrfaglige samarbeid og veiledning
- Samarbeidsmøter med pårørende
- Samarbeid med alderspsykiatrisk avdeling eller andre
- Ønsker om interkommunalt samarbeid

I de kvantitative analysene har vi anvendt statistisk materiale om folkemengde fra Statistisk sentralbyrå, mens antallet institusjonsplasser og fordelingen av korttid/rehabiliteringsplasser og plasser for personer med demens krevde opptelling ved hjelp av ledere og fagpersonalet i sykehjemmene. Det finnes innen norsk statistikk over antallet personer med demens i sykehjem.

Kvalitative intervjuer og analyser

Kvalitative intervjuer og kvalitative analyser ble anvendt for å få innsikt i hvordan personalet som står i direkte kontakt med personer med demens i sykehjem erfarer utfordrende atferd hos personer med demens og samarbeid med pårørende. Intervjuene skulle videre gi innsikt i tilsynslegenes og ledernes erfaringer, og deres forståelse for utfordrende atferd ved demens og hva de mener kan være til hjelp.

De kvalitative intervjuene er analysert trinnvis med inspirasjon fra Malteruds (2004) beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse ved 1) Gjennomlesing av hvert intervju for å få et helhetsinntrykk, 2) Fargekoding med identifisering av meningsbærende enheter, 3) Tematisering og analyse av funnene i lys av studiens målsetting og tidligere forskning.

Resultatene fra den kvalitative analysen presenteres tematisk med sitater fra deltagerne i kapittel tre.

Nettverkssamlinger og dialogmøter

Resultatene fra kartleggingen med observasjoner, spørreskjemaer og intervjuer og analyser er lagt frem og diskutert i nettverksgruppen og for helselederne i Helselederforum i Hallingdal. Deres innspill og kommentarer til kartleggingen og ønsker om tiltak i egen kommune og på tvers av kommunene er inkludert i drøftingen og forslagene til forbedringer i kapittel fire.

Etiske overveielser

Da studien omfatter kvalitetsutviklingsarbeid i helsetjenestene i kommunene, er den ikke fremleggelsespliktig for Regional etisk komite. Studien behandler imidlertid personopplysninger og er derfor fremlagt og godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Det er innhentet skriftlig informert samtykke fra ledere og personalet som deltok i kartleggingen. Personidentifiserbare data er anonymisert. Navn på kommune er beholdt slik at ledere og personalet kan trekke ut kunnskap de mener er relevant for videre tjeneste- og kompetanseutvikling.

3 RESULTATER

Resultatene i denne rapporten presenterer både sterke sider og utfordringer innen demensomsorgen i kommunene i Hallingdalregionen. Demografiske data og fordelingen av antallet institusjonsplasser presenteres først, deretter kjennetegn ved enhetene for personer med demens. Videre redegjøres for personalets beskrivelser av pårørendeomsorgen. Kartleggingen av personalets kompetanse innen demensomsorg og deltageres forslag til tiltak som kan styrke tjenestene og personalets kompetanse presenteres sist.

Folkemengde og antall institusjonsplasser i Hallingdalkommunene

Folkemengde etter alder og kommune

Buskerud fylke har totalt 261 100 innbyggere pr 1.1.2011, hvorav 12 038 personer er over 80 år. Drammen er den største kommunen i Buskerud med 63 582 innbyggere, mens kommunene Kongsberg har 25 090, Ringerike har 28 580 og Lier kommune har 23 580 innbyggere. De seks Hallingdalkommunene har til sammen 20 323 innbyggere (SSB 2011) (se tab 2).

Tabell 2. Folkemengde etter alder og kommune pr 1.1.2011 – begge kjønn, faktiske tall og prosent

	Totalt	80-89 år	90 + år	80 år + prosent	90 + prosent
Buskerud	261 110	10 002	2 036	4,6	0,8
Hol	4 453	214	39	5,7	0,9
Flå	1 000	71	12	8,3	1,2
Nes	3 445	187	58	7,1	1,7
Gol	4 572	209	55	5,8	1,2
Hemsedal	2 140	76	15	4,3	0,7
Ål	4 713	251	62	6,6	1,3

Antallet personer 80 år og eldre er noe høyere i Hallingdalkommunene enn gjennomsnittet i Buskerud. Kommunene Nes, Flå og Ål har prosentvis flest eldre personer over 80 år, mens Hemsedal har prosentvis færrest personer over 80 år. Ettersom demens og andre

helseproblemer øker med økende alder, er antallet eldre over 80 år, og særlig antallet eldre over 90 år viktige bakgrunnstall i planleggingen av demensomsorgen i og på tvers av kommunene i Hallingdal.

Institusjonsplasser

Alle kommunene i Hallingdal har sykehjem og Hol kommune har to institusjoner. Tabell 3 viser at det er totalt 249 heldøgns institusjonsplasser etter opptelling pr. mai 2012.

Totalantallet inkluderer «boliggjorte plasser» i Nes kommune og omsorgsboliger med heldøgns bemanning i Gol kommune.

Opptellingen av antallet langtidsplasser i skjermet enhet for personer med demens i kartlegging avviker fra KOSTRA- tall for 2011 – 2012 for kommunene Nes og Gol. Dette kan ha sammenheng med boliggjøring av institusjonsplasser, hvor Nes kommune ikke har registrert plassene i skjermet enhet og Gol ikke har registrert omsorgsboliger med heldøgns bemanning som langtidsplasser.

Tabell 3. Fordeling heldøgns omsorgsplasser, faktiske tall

Kommune	Korttid/rehab	Langtid	Langtid enhet for personer med demens	Totalt antall plasser
Hol*	4+8	35	8+8	63
Flå	2	4	4	10
Nes	13	21	27 (hvorav 2 forsterket)	61
Gol	0	24	8 + 8 omsorgsboliger med bemanning	40
Hemsedal	3	Kårstugu: 13	Solstugu: 7	23
Ål	Gjestetunet: 15	Stugu 2: 13 Tunet 1: 10	Gostugu: 8 Stugu 1: 6 (forsterket enhet)	52
Totalt	45	120	84	249

*to institusjoner

Fordelingen av korttidsplasser i forhold til total antall plasser varierer fra 28 prosent i Ål til 13 prosent i Hemsedal. Gol kommune har ikke registrert korttidsplasser.

Av det totale antall institusjonsplasser i Hallingdal er 33 prosent (84 plasser) tilrettelagt i enheter for personer med demens, hvorav 8 er forsterkede plasser for personer med alvorlig grad av adferds- og tilleggssymptomer ved demens. Antall personer med demens i de øvrige langtidsplassene (120 plasser) er ukjent.

Ved rundspørring til ledere og ansatte ved sykehjemmene i Hallingdal i desember 2011, anslø man at om lag 200 pasienter ved sykehjemmene hadde noen grad av kognitiv svikt. Dette tilsvarer om lag 80 prosent av det totale antallet beboere ved sykehjemmene i Buskerud, og samsvarer med andre studier som har vist at antall personer med ulike former for kognitiv svikt utgjør om lag 80 prosent i sykehjem (Engedal, Kirkevold, Eek og Nygård, 2002).

Kjennetegn ved enhetene for personer med demens

Det er totalt 84 plasser i enheter for personer med demens i Hallingdal (tabell 3).

Fysiske omgivelser i enheter for personer med demens

De fysiske omgivelsene i enhetene for personer med demens er vurdert i lys av følgende kriterier for demensvennlige omgivelser (Andersen & Holthe 2007):

- Små enheter med få beboere. Husbanken anbefaler seks-åtte personer. Hvis utfordrende atferd: fire-seks personer.
- Hjemlig miljø: Kjente omgivelser kan gi trygghet og gjenkjennelse.
- Egne møbler, gardiner og lignende i den private delen av boenheten.
- Adgang til hage og trygt uteområde.
- Oversiktlig miljø hvor det er lett å finne fram til fellesrom, eget rom, ut til uteareal/hage og enkelt å se hvor folk er.
- Lett å se WC fra senga.
- Lett å finne WC i fellesarealet.
- Tydelig informasjon gjør det lettere å orientere seg.
- Bygg boligene på bakkeplan slik at det er utgang til sansehage/uteområde fra alle boenhetene.

Enhetene for personer med demens ved institusjonene i Hallingdal kjennetegnes av at de har færre plasser enn tradisjonelle langtidsenheter i sykehjem. Alle enhetene har enerom med hjemlig miljø, egne møbler og adgang til fellesrom. Merking av rom i enhetene har forbedringspotensiale.

Personalet i enhetene beskrev de fysiske omgivelsene som utfordrende og til dels dårlig tilrettelagt for personer med alvorlig grad av demens. Se tabell 4.

Tabell 4. utfordringer i det fysiske miljøet, personalets beskrivelser

Kommune	Utfordringer i det fysiske miljøet
Hol	<u>Høgehaug</u> : Enhet med lang korridor med pasientrom på hver side, fellesareal i enden. Ikke direkte utgang til uteareal, kun til terrasse. Trapp kan ikke brukes av pasienten. Kan stenge av enheten, men den er ikke avlåst. <u>Geilotun</u> : Enheten er trang og dårlig tilrettelagt for personer med demens som vandrer mye. Skal lite til før uro sprer seg grunnet de fysiske forholdene.
Flå	Korridor formet som L. Uteareal er ikke avskjermet. Ikke låste dører. Kun en ansatt pr vakt.
Nes	Enhetene er U- formet med god fysisk tilpassing ute og inne.
Gol	Avdelinger formet i korridor. Ikke tilrettelagt for personer med demens. Uteareal er ikke avskjermet.
Hemsedal	Enhet med lang korridor. Fellesstue og spisekjøkken i enden, noe unødig gjennomgang.
Ål	Tre små enheter, trang korridor med liten/ingen mulighet for individuell skjerming. Fellesareal i enden. Sanseshage til 1 av 3 enheter, de øvrige er for lite avskjermet i forhold til biltrafikk.

Tilgjengelighet til uteområder

Enhetene for personer med demens har tilgjengelig uteareal, men to kommuner har ikke sikret området med skjerming tilpasset pasientgruppen (tabell 5).

Tabell 5. Tilgjengelig uteområder for personer med demens i Hallingdal

	Flå	Nes	Gol	Hemsedal	Hol	Ål
Antall plasser enhet demens	4	27	16	7	16	14
Tilgjengelig uteareal for personer med demens	Ja, ikke tilrettelagt	Ja	Ja	Ja	Ja, ikke tilrettelagt	Ja

Kartleggingen av antallet institusjonsplasser, fordelingen av korttid/rehabiliteringsplasser og langtidsplasser og beskrivelsene av det fysiske miljøet ute og inne er gjennomført og bekreftet av ledere og fagpersonalet i sykehjemmene, våren 2012.

Kompetanse

En oversikt over antall årsverk av personell innen pleie og omsorg i hver kommune, og fordeling av personalet med fagutdanning fra høyskole/universitet og fra videregående skole, er vist under i tabell 6.

Tabell 6. Årsverk av personell i brukerrettede tjenester i pleie og omsorg med relevant fagutdanning, SSB 2011

	Årsverk av personell med fagutdanning	Fagutd fra høyskole/ universitet	Fagutdanning videregående skole
Hol	97,00	38	59
Flå	23,83	8	16
Nes	78,18	33	45
Gol	80,35	26	55
Hemsedal	25,54	7	19
Ål	115,70	51	65
Totalt	420,60	163	259

Oversikten over antall årsverk viser at det totalt er vel 420 årsverk, hvorav vel 60 prosent av årsverkene er besatt av personale med fagutdanning fra videregående skole og 40 prosent har utdanning fra høyskole/universitet.

Det mangler spesifikke tall over antall ansatte og fordelingen av antallet personale mellom hjemmetjenestene og sykehjemmene.

Kompetanse innen demensomsorg

I kartleggingen februar 2012 oppga fire av de seks kommunene i Hallingdal at de har etablert tverrfaglige demensteam /-koordinator, men sammensetningen av teamene varierte. To kommuner har ikke fast demensteam til kartlegging og oppfølging av personer med demens.

I intervjuene uttrykte personalet at demensteamene bør styrkes tverrfaglig og foreslo samarbeid på tvers av kommunene for å styrke kompetansen i teamene.

Tabell 7. Kompetanse innen demensomsorg i Hallingdalsregionen pr. februar 2012, Antall ansatte*

	Demensteam/- koordinator	Høgskole videreutd eldre/demens	Fagskole videreutd, eldre/demens	Demens omsorgens ABC (fra2008)
Hol	demensteam: sykepl/ergoter	sykepl (1)	1	ja
Flå	nei, ikke fast team	0	0	ja
Nes	demensteam: kom.lege/avd.leder	sykepl (2) + ledere (2)	2	ja
Gol	nei	nei	hjelpepl. (1)	ja
Hemsedal	ja, fysioter/sykepl	sykepl (2)	hjelpepl(2)	ja
Ål	ja, fysioter/ergoter/sykepl	sykepl (2)	hjelpepl (3)	ja
Totalt	nei (2), ja (4)	9	9	ja

*Gjelder både demensteam og pleie- og omsorgstjenestene

Tabell 7 viser at totalt 18 medarbeidere i de seks kommunene har formell utdanning innen eldre/demens. Halvparten er sykepleiere med videreutdanning fra høgskole, og de øvrige har videreutdanning ved fagskole som hjelpepleiere (tabell 7).

Ser man på antall årsverk av personell med høgskole/universitetsutdanning totalt i regionen (163 årsverk) er kun 5 prosent av årsverkene (9 personer) besatt av ansatte med videreutdanning/master innen demens. Av antall årsverk med videreutdanning i regionen (259 årsverk) har kun 3 prosent (9 personer) fagskole innen eldre/demens.

Alle kommunene i Hallingdal har vært med på satsingen for å styrke personalets kompetanse innen demensomsorg der enkeltpersoner eller grupper har arbeidet med Demensomsorgens ABC fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Koordinator ved Utviklingssenteret for sykehjem i Ål kommune organiserer oppstart- seminar og følger opp dette tilbudet i hele Buskerud. Det mangler tall over antall ansatte som har fullført dette utdanningstilbudet.

Erfaringer fra utfordrende atferd hos personer med demens

Atferdsmessige og psykiatriske symptomer ved demens som irritabilitet, rastløshet, aggressivitet, hallusinasjoner og vrangforestillinger beskrives i faglitteraturen som *utfordrende atferd* hos personer med demens (Rokstad 2008). Prosjektet har undersøkt hvordan ulike personalgrupper opplever og forstår utfordrende atferd.

Sykehjempersonalets beskrivelser og forståelse av utfordrende atferd hos personer med demens

Personalet i sykehjemmene som har daglig kontakt med personer med demens, beskriver *aggressivitet, vandring og uro* som utfordrende atferd. De legger gjerne merke til endringer i personens ansiktsuttrykk, som tidlige tegn: «Vi ser tegnene ved at pasienten blir morsk, stram i ansiktet.» Noen nevner i tillegg at utfordrende atferd kan knyttes til at, «*pasienten ser ting, er vanskelig å ha med å gjøre, sover ikke, spiser ikke, drikker ikke, er mistenksomme og irritable*».

Utfordrende atferd kan rette seg mot medpasienter, men mest vanlig knyttes personens aggresjon til situasjoner hvor personalet skal gi hjelp til personlig hygiene, og særlig ved stell nedentil: «*I stellesituasjon, helst det som går på nedentil vask, det kan være utløsende.*» «*Utfordrende atferd merker en ved at pasienten blir sint ved stell og når de skal hjelpes, de slår og kanskje sparker.*»

Flere antyder at personen ikke forstår situasjonen, og opplever seg invadert: «Jeg har opplevd utfordrende atferd i stell. Det kan være at vi går litt fort frem, og vi oppfører oss slik at pasienten føler seg overkjørt.» En annen sier: «Når pasienten ikke forstår situasjonen, gir det seg utslag med slag, spark og uro.» Fysisk utagering kan forekomme impulsivt, men personalet knytter det først og fremst til personens manglende forståelse av situasjonen, for eksempel i forbindelse med forflytning: «Når de skal opp fra stol eller seng, kan de klype hardt i armen. De forstår ikke hva vi mener, og de vil ikke.»

Vandrende atferd og uro oppleves også som utfordrende av personalet, og særlig om natten: «*Uro er en ting - spesielt om natten, når de skal ut og hjem.*»

Noen av personalet hadde opplevd episoder med sterk fysisk utagering: «Raserte rommet, murte seg inne, var tydelig psykotisk; så biler komme kjørende og måtte derfor dytte personalet vekk. Redd personalet fordi pasienten så de som farlige personer.» Slike episoder opplevdes som slitsomme både av personen selv og personalet.

Personale med lang erfaring understreket betydningen av egen atferd: «*Det har å gjøre med om man har vært klar nok i tilnærmingen – ikke bare buse på*». Personalets evne til å fortolke underliggende faktorer og særlig tilstrekkelig smertelindring vektlegges av enkelte: «*Noen ganger er vi for dårlige til å gi smertestillende. Det kan være smerter som viser seg som angst eller uro.*» Betydningen av ro, ikke presse på, men heller stoppe opp og trekke seg litt tilbake og gå inn senere, er tiltak som mange mener hjelper.

Tilsynslegene i sykehjemmene beskrivelser og forståelse av utfordrende atferd hos personer med demens

Tilsynslegene beskriver, som personalet i sykehjemsavdelingene, aggressivitet som utfordrende adferd. Men i motsetning til pleiepersonalet som i stor grad knytter utfordrende atferd hos personer med demens til interaksjonen med personalet, er legenes beskrivelser av utfordrende atferd først og fremst knyttet til personens individuelle atferd: «*Pasienter i skjermet enhet har av og til aggressivitet og seksuelt utfordrende atferd.*» «*Det viser seg på alle vis, det er store individuelle forskjeller. Det viser seg verbalt, ved fysisk utagering, motorisk uro, hallusinasjon, vrangforestillinger, tiltaksløshet og depresjon.*» «*Pasienten har fysiske forstyrrelser med søvnforstyrrelser, problemer med aktivitet, hvile og ernæring.*»

Flere av tilsynslegene i sykehjemmene understreker at det først og fremst er pleiepersonalet som opplever utfordrende atferd ved demens og at de selv ser lite av det: «*Jeg er her noen timer i uka – det er pleiegruppen som er tilstede*», «*Jeg ser lite av den utagerende atferden*».

Legene har ulike fortolkninger av personens utfordrende atferd, og understreker betydningen av å finne årsaken: «*Forsøker å finne ut om årsaken er smerter.*» «*Forsøker å finne ut hvorfor pasienten har det sånn.*» En lege nevner betydningen av redusert kognitiv funksjon og at personer med demens «*er i en verden som er vanskelig å få oversikt over. Kravene kan være for høye. Adferden er et uttrykk for mestringsvekkelse.*»

Noen stiller spørsmål om mulige årsaker er i miljøet: «*Hva er det i miljøet?*» Det nevnes at det kan være ulike normer for akseptabel atferd i sykehjemsavdelingene: «*I den grad atferd er utfordrende eller ikke, vil avhenge av hvordan atferden utfordrer normene som er i avdelingen.*»

Legene beskriver situasjoner hvor det har vært nødvendig med utredning og behandling av utfordrende atferd i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste: «*Vi har hatt noen pasienter de*

siste årene, som har blitt innlagt på alderspsykiatrisk avdeling. For pasientene ble det sterke påkjenninger med hjerte og lungeproblematikk. De kom tilbake til sykehjemmet og var i en avslutningsfase av livet.»

Flere av legene stilte spørsmål om hva som skal til for å unngå unødige innleggelse i spesialisthelsetjenesten ved utagerende atferd hos personer med alvorlig grad av demens. Flere understreker betydningen av personalets systematisk arbeid med miljøtiltak: «Vi (legene) har blitt flinkere med miljøtiltak i stedet for medisin, ved smerter gir vi smertestillende». Noen savner mer kunnskap om alternativer til medikamentell behandling.

Ledernes beskrivelser og forståelse av utfordrende atferd hos personer med demens

Lederne i sykehjemmene beskriver utfordrende atferd ved demens først og fremst som aggresjon, roping og motorisk uro både i forhold til medpasienter og personalet: «Det kan være roping, skriking, mye lyder.» «Det kan være aggresjon, sinneutbrudd både i forhold til andre pasienter og personalet.» «Mange skriker, klorer og slår og har ordbruk.» «Vi har stadig de som vil hjem og roper mamma.»

Ledere nevner at slike uttrykksformer kan være vanskelig å håndtere for personalet, det oppleves som slitsomt og belastende. Leder blir gjerne tilkalt når enkelte av personalet blir redde: «Ikke lett å håndtere.» «Personalet opplever det slitsomt med mye lyd.» «Vi ser fortvilelse. Pasienten viser en atferd personalet blir redde for.» «Medpasienter blir stresset, sykepleierne og andre kan oppleve det slitsomt når de skal utføre oppgaver.»

Nye beboere i sykehjemmet kan være urolige i begynnelsen, og vil gjerne hjem: «De fleste er urolige i starten, så går det seg til.» I andre situasjoner kan personalet tilkalle leder og være bekymret for pasientens sikkerhet når dørene står oppe, og riksveien er like ved: «Pasienter som vil reise. Det er et svare strev med at de vil ut og ikke inn igjen.» «Vi må prøve å stoppe dem. De reagerer av og til med verbal og av og til fysisk uro».

Flere av de faglige lederne nevner at personer med demens blir utrygge alene, og at det derfor er viktig alltid å ha tilgjengelig personale i avdelingen: «De kan bli svært utrygge om de blir værende alene. Det er veldig behov for personalkontakt på grunn av utryggheten.»

Noen ledere fortolker utfordrende atferden hos personer med demens som en måte å kommunisere på: «Kan forstå det som en kommunikasjon, de sier i fra om ting som det ikke finnes ord på, som misnøye eller frustrasjon.» Atferden kan forstås som: «En naturlig reaksjon på en uforståelig situasjon.» Flere faglige ledere understreker at de veileder nye i

personalet i forhold til ord og situasjoner som kan trigge utfordrende atferd, ved for eksempel: «*Vi bruker ikke ordet nei. Ordet nei kan trigge utfordrende atferd.*»

Flere ledere sier at det er mye uro i avdelingen: «*Vi har mye uro i avdelingen, da er det veldig viktig å kjenne pasienten.*» Det nevnes for eksempel at personer med demens kan ha ubearbeidet sorg, og ha opplevd hendelser det ikke har vært snakket om tidligere. Hva som ligger til grunn, kan være vanskelig å forstå når det fremkommer som angst og uro: «*Hun la tepper i sengen for å ta vare på ungene, hun så. Det var ikke konstant, men det var hektisk når det stod på.*»

Lederne understreker, som personalet, at det er viktig med ro, og å være tilstede for å redusere utfordrende atferd: «*Tid hjelper, det er helt sikkert. Ikke alltid en har god tid, men det er viktig å sette på bremsen og være tilstede, roe ned.*» «*Gå ut, spille musikk og dans på ettermiddagen.*» «*Noen ganger hjelper det å holde i hånden, massere i nakken og prate og inkludere de som ikke klarer å delta i samtalen selv og hjelpe vedkommende til å få uttrykt seg.*»

Lederne har forståelse for at utfordrende atferd kan slite på personalet over tid. De understreker betydningen av anerkjennelse: «*Viktig å poengtere hva personalet får til.*» Lederne vektlegger miljøterapeutiske tiltak for å unngå etterspørsel etter medisiner: «*Viktig at personalet prøver andre ting, før de tyr til medisiner.*» «*Medisiner bør vi holde oss langt vekk fra, bivirkninger gjør ofte vondt verre. Viktig å bruke miljørettede tiltak.*» Lederne understreker samtidig betydningen av kunnskap og erfaring for å kunne observere og forstå personen med demens. De vektla betydningen av at personalet snakker sammen: «*At personalet kjente personen og kunne forstå handlingene ga en trygghet i personalgruppen og gjorde det lettere å møte pasientens behov.*»

Flere ledere er opptatt av at det er en sammenheng mellom personalets opplevelse av trygghet i arbeidssituasjonen og deres måte å møte personer med alvorlig grad av demens for å redusere utagerende atferd: «*Personalet med indre trygghet hjelper.*»

Anerkjennende holdninger og kvaliteten i tjenestene understrekes av flere ledere som deres ansvar: «*Det er nødvendig med teori og erfaringer, men det er svært viktig at ledelsen i sykehjemmet fra bunn til topps viser holdninger i forhold til pasienter og hverandre og er opptatt av kvalitet i sykehjemmet.*» «*En leder skal gripe fatt når hun hører at pasienten ikke respekteres.*»

Pårørende til personer med demens og pårørendesamarbeid

Både personalet i enhetene, legene og lederne beskriver pårørende til personer med demens som ulike og med ulike behov for støtte og hjelp. Gjennom samtaler i grupper og med enkeltpersoner har prosjektet undersøkt hvordan ulike personalgrupper opplever pårørende til personer med demens sin situasjon og deres erfaringer knyttet til pårørendesamarbeid.

Personalets beskrivelser av pårørendes situasjon

Flere informanter understreker at *«noen pårørende er slitne»* og at overgangen fra hjemmet til opphold i institusjon kan være vanskelig. Dersom pårørende uttrykker at de er slitne, gir personalet ekstra verbal støtte: *«Vi bekrefter at pårørende er slitne og må hvile.»*

Personalet sier at pårørende kan ha det *«veldig vanskelig, for de har mistet kontakten med sin nærmeste litt og litt»*. Det er særlig utfordrende i perioder for pårørende til personer med alvorlig grad av demens: *«Å være pårørende kan være vanskelig ved utfordrende atferd, mor eller far forandrer personlighet, ikke bare med aggresjon, men verst ved seksuell adferd.»* Personalet understreker at det er viktig å forklare pårørende at endringene i atferd har sammenheng med demenssykdommen.

Personalet og lederne fortalte at pårørende ofte oppholder seg i fellesrom i sykehjemmet. De antar at det kan ha sammenheng med at det er vanskelig for pårørende til personer med alvorlig grad av demens å besøke sin nærmeste alene: *«Pårørende vil helst oppholde seg i fellesarealet. Det er trygt å være der, om de trenger hjelp»*. Personalet la merke til at pårørende ofte henvender seg til personalet. *«Prater mer med personalet enn med mannen.»* Besøk av pårørende i fellesrommene kan oppleves som forstyrrende av enkelte beboere: *«Andre pasienter kan reagere på at pårørende er her.»*

Pårørendesamarbeid

4 av 6 kommuner har systematisk pårørendesamtaler og samarbeid med pårørende ved innkomst og i tillegg ved årskontrollen, denne skjer i samarbeid med lege (tabell 8). Ut over den faste innkomstamtalen og årskontrollene med lege er pårørendesamarbeidet ofte tilfeldig: *«Vi har pårørendesamtale etter årsundersøkelsen, ellers blir det tilfeldig. Kunne være at det skulle vært satt i system.»* I intervju med ledere og tverrfaglig personale kom det også frem at *«Samarbeidet varierer alt etter hvordan pårørende er.»* Personalet understreket imidlertid at pårørende blir innkalt til samtale om sykdom og ved livets slutt, og mente at samtaler med pårørende er sykepleiernes ansvar.

Tabell 8. Organisert pårørendesamarbeid

	Flå	Nes	Gol	Hemsedal	Hol	Ål
Antall plasser enhet demens	4	27	16	7	16	14
Regelmessig pårørendesamarbeid	Nei	Innkomst	Nei	Innkomst /årskontroll	Innkomst/ årskontroll	Innkomst/ årskontroll

Personalet uttrykker at de er imponert over pårørende som besøker sine nærmeste ofte «*Det er imponerende hvordan pårørende følger opp sine eldre.*» «*Noen kommer flere timer hver dag*» De mener samtidig at samarbeidet med pårørende kan styrkes slik at alle blir hørt og sett: «*Pårørende har stort behov for å fortelle – bli hørt.*»

Noen av personalet var mer kritiske og mente at samarbeidet med pårørende burde styrkes: «*Vi har lite samarbeid med pårørende. Dersom jeg hadde hatt min her, ville jeg tatt mer kontakt. Vi har ikke primærkontakter. Det er helt tilfeldig hvem de spør.*» Noen av lederne uttrykte at «*Vi er ikke skolert nok til å få de som kommer sjelden til å komme oftere.*» Kontakten med pårørende kan variere i perioder. En sier: «*Samarbeidet med pårørende er viktig, men plutselig kan det være glemt.*» En leder sa: «*Pårørende må det jobbes med*», og en annen sa: «*Det er viktig å fange opp alle pårørende*».

Personalet har ulike erfaringer med pårørendeskolen, og noen mente at pårørendeskole kanskje ikke passet for alle: «*I pårørendeskolen jeg er med på, er alder og personlighet ulik. De har ulik opplevelse og tilknytning til hjelpeapparatet.*»

Personalet og lederne understreket betydningen av at pårørende blir sett og ivaretatt både uformelt i hverdagen når pårørende er på besøk, og ved regelmessige samtaler. Flere mente at pårørendesamarbeidet kan forbedres, og at personalet bør ha fokus på brukermedvirkning. «*Viktig å finne ut hva pårørende kan gjøre når de kommer. Det er ofte en utfordring*».

Legene erfarer at pårørende er aktive og ofte kan ha gode løsninger til tiltak: «*Det er viktig å komme tidlig inn og avklare forventninger. Ofte sitter pårørende med løsning til gode tiltak.*» En lege understreker betydningen av god kommunikasjon: «*Jeg har ofte kontakt med de pårørende. Nødvendig og fruktbart samarbeid. Viktig å trygge dem og ha god kommunikasjon med dem.*» I noen tilfelle kan personen med demens ha liten kontakt med sine pårørende, og da begrenses samarbeidet: «*Pårørende kan gi nyttig informasjon, men det kan være vanskelig om de pårørende ikke har sett sine mer enn til jul og påske.*»

Personalet og lederne fortalte at samarbeidet med pårørende varierte. Samarbeidet var gjerne uformelt. Flere mente pårørendesamarbeidet burde styrkes og gjøres mer systematisk med faste samtaler.

Kommentarer i nettverkssamlinger og helselederforum til kartleggingen

Data fra kartleggingen av antall personer med demens og personalets kompetanse ble bekreftet av ledere og fagfolk i kommunene. Presentasjonen av kvalitative data ble validert av deltagerne i nettverkssamlingene.

4 FORBEDRINGSOMRÅDER

Forslagene til forbedringer for å styrke demensomsorgen i Hallingdalsregionen har dels kommet frem under intervjuer med ledere og personalet og dels gjennom diskusjonen ved presentasjon av resultater fra kartleggingen. Dette har skjedd i Helselederforum og i dialogseminarene med representanter av ledere og fagpersonalet i Hallingdalkommunene.

Forbedringsområdene må prioriteres og løses best i den enkelte kommune, men noen tiltak vil kreve interkommunalt samarbeid og samarbeid på tvers av helsenivåene. De interkommunale utfordringene og forbedringsområdene presenteres først.

Interkommunalt samarbeid og tverrfaglig kompetanse

Alle ledere og personalet ønsket mer samarbeid på tvers av kommunene i Hallingdal for å styrke tjenestene til personer med demens som har atferds- og psykiatriske tilleggssymptomer. Det interkommunale samarbeidet kan videreutvikle og styrke den tverrfaglige kompetansen i regionen.

Interkommunal ressursenhet med døgnplasser for personer med APSD

Personer med atferds- og psykiatriske tilleggssymptomer ved alvorlig grad av demens (APSD) er svært sårbare og avhengige av et stabilt og trygt miljø. Det bør tilrettelegges for tilpassede døgnplasser og dagaktiviteter for å redusere aggressivitet og opplevelse av innestengthet.

Ledere og personalet understreket betydningen av mer samarbeid mellom kommunene for å utnytte plassene til personer med særlig utfordrende atferd i perioder. Alle kommunene har ikke behov for forsterket skjermet spesialenhet, hele tiden.

Ål kommune har en forsterket spesialenhet med 6 plasser, men mangler muligheter for individuell avskjerming og avskjermede utearealer. Arealene ved denne forsterkede spesialenheten bør forbedres. Nes kommune har 2 forsterkede plasser til personer med alvorlig atferds- og psykiatriske tilleggssymptomer.

Forslag til tiltak

- Økt satsing og tilrettelegging for flere spesialtilpassede døgnplasser for personer med alvorlig grad av demens.

- Etabler samarbeid mellom spesialenheten for personer med alvorlig grad av demens og ambulerende demensteam og/eller alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste (videokonferanse) for å styrke tjenestene og kompetanse.

Kompetanseheving innen demens

Selv om det de senere årene har vært satset på kurs og seminarer i Hallingdalregionen for å styrke personalets kompetanse, viser kartleggingen at kun 3-5 prosent har formell utdanning innen demens. Det savnes tiltak som kan styrke den tverrfaglige kompetansen i alle demensteamene. Legene etterspør spesifikke tiltak for å øke kunnskapen om ikke-medikamentelle intervensjoner ved demens. Flere ledere understreker betydningen av at personalet samtaler om utfordrende situasjoner.

Forslag til tiltak:

- Etablering av tverrfaglige ressursgrupper for personalet som har ansvar for personer med APSD.
- Interkommunale seminarer for leger og andre yrkesgrupper om ikke- medikamentelle metoder ved ulike symptomer ved alvorlig grad av demens.
- Desentralisert videreutdanning i alderspsykiatri og demens for høyskolepersonell
- Hospitering ved Alderspsykiatrisk avdeling, Vestre Viken Helseforetak, for å styrke kompetanse om kartlegging av APSD og vurdering av tiltak.
- Personsentrert videoveiledning med Alderspsykiatrisk avdeling, Vestre Viken Helseforetak for å styrke tjenestene til personer med APSD og øke personalets kompetanse.

Ambulerende demensteam

Organiseringen av demensteamene og personalets sammensetting varierer. Noen kommuner har ikke opprettet demensteam. Ål kommune har forebyggende team, som også kartlegger og utreder hjemmeboende personer med demens. Utfordringen er å følge opp hjemmeboende personer med demens over tid (minst årlig), og støtte personalet i sykehjem og hjemmetjenesten når de opplever utfordrende situasjoner. For å sikre tilgjengelig kompetanse bør ambulerende demensteam vurderes.

Forslag til tiltak

- Alle kommuner bør ha tverrfaglige demensteam, som kartlegger og følger opp personer med demens og pårørende regelmessig.
- Vurder behov for tverrfaglige demensteam på tvers av kommuner for å få mer kompetanse i demensutredning, oppfølging og ambulant veiledning ved APSD.
- Demensteamene etablerer nettverk i Hallingdal.

Forbedring av pårørendesamarbeid

Personalet ønsker å styrke samarbeidet med pårørende til personer med demens, og de foreslår at pårørendesamarbeidet bør systematiseres bedre. Legene uttrykte også behov for regelmessige samtaler, ikke kun når problemer dukker opp. Begrunnelsen er at pårørende mangler informasjon om sykdomsutviklingen og endringene i sykdomsforløpet. Pårørende vil også gjerne vite mer om hvordan personen har det i dagliglivet, og om hvordan trivselen er.

Pårørendeskole, som også er anbefalt av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse (Hotvedt 2010), var et tilbud i noen kommuner Personalet har ulike erfaringer med pårørendeskolen, og noen mente at pårørendeskole kanskje ikke passet for alle.

Begrunnelsen var ulikhet i alder og personlighet, og ulik opplevelse og tilknytning til hjelpeapparatet.

Personalet og lederne understreket betydningen av at pårørende blir sett og ivaretatt både uformelt og ved regelmessige samtaler. Flere mente at personalet bør ha mer oppmerksomhet på brukermedvirkning og oppgaver pårørende kan ha under besøk på sykehjemmet.

Kartlegging av pårørendes situasjon og strukturerte samtaler kan forbedre pårørendesamarbeidet (Ulstein 2006; 2008)

Forslag til tiltak:

- Pårørende til personer med demens skal ha en fast kontaktperson blant personalet
- En sykepleier har det faglige overordnede ansvaret for pårørendesamtaler som prioritert arbeidsområde.
- Pårørende til personer med demens i sykehjem får tilbud om faste møter med kontaktpersonen, ansvarlig sykepleier og lege, f. eks hvert halvår, noe som kan trygge pårørende.
- Hver enhet i sykehjemmet skal ha en plan for pårørendesamtaler individuelt og/eller i grupper.

- Pårørende får informasjon om aktiviteter de kan være med på ved besøk hos sin nærstående (f. eks reparere tøy, stelle blomster, dekke bord, gå tur, lage fotoalbum). De inviteres til å delta i felles sosiale arrangementer.

Forbedring av fysiske omgivelser og meningsfulle aktiviteter ute og inne

For personer med demens kan omgivelsene i institusjonen oppleves forvirrende og føre til at personer som er rastløse eller urolige kommer i konflikt med hverandre. Trange rette korridorer med dører i hver ende uten mulighet for fri bevegelse ute og inne, øker uro hos personer med demens og mellom pasienter i samme enhet. Personalet i enheter for personer med demens beskrev flere slike situasjoner: «*Det begynner gjerne med en som er urolig og rastløs eller roping, og så sprer uroen seg.*» I kaoset som oppstår kan flere bli redde, engstelige og oppleve seg truet. Personalet understreker derfor betydningen av å oppdage dette raskt, og alltid ha en av personalet tilgjengelig som kan avlede oppmerksomheten og skjerme de andre beboerne. I små enheter med få ansatte beskrives mulighetene for avskjerming som svært begrenset. De fysiske omgivelsene i enhetene for personer med demens bør forbedres for å styrke funksjonsevnen i dagliglivet, redusere utfordrende atferd/adferdsforstyrrelser og fremme positiv atferd og livskvalitet (Landmark, Kirkehei, Brurberg & Reinar 2009)

Aggressivitet ble beskrevet av personalet som særlig utfordrende, og ble av flere knyttet til de yngste personene med demens i sykehjemmet, som det var vanskelig å finne passende sysselsetting for. Dette bekreftes i flere studier om det fysiske og psykososiale miljøets betydning for personer med demens. Der vektlegges betydningen av meningsfull sysselsetting og fysisk aktivitet for å redusere ulike former av utfordrende atferd som aggressivitet, uro og angst (Skovdahl 2004). Ål kommune prøver ut alternative dagtilbud for hjemmeboende personer med demens i samarbeid med gårdbrukere i kommunen. Gårdbrukerne sertifiseres gjennom «Inn på tunet» satsingen i Hallingdal, og får oppfølging gjennom UDH Buskerud prosjektet «Til gards» i 2013.

Forslag til tiltak:

- Alltid en ansatt tilgjengelig i felles rom
- Unngå korridorer med stengt dør i hver ende
- Fri bevegelse ute og inne i trygge og oversiktlige omgivelser
- Meningsfull sysselsetting og fysisk aktivitet

- Tilrettelegge for å være ute for de som ønsker det året rundt, i arealer med god avskjerming og i trygge omgivelser

5 DISKUSJON

Lederne og personalet ved sykehjemmene i Hallingdal har bidratt med opptelling av antallet personer ved sykehjemmene, og deltatt aktivt med deling av erfaringer. Alle kommunene ivaretar heldøgn helse- og omsorgstjenester. Kommunenes størrelse samvarierer med antall plasser i sykehjemmene. I Flå som er den minste kommunen i Hallingdal med 1000 innbyggere var det 10 sykehjemsplasser, mens Ål kommune med 4713 innbyggere hadde totalt 52 sykehjemsplasser. Ledere og personalet beskrev bemanningen som stabil, og med god kjennskap til brukerne/pasientene.

Det finnes i dag ingen systematisk registrering av antallet personer med demens i sykehjem. Kartleggingen av antallet personer med demens i denne studien ble derfor gjennomført med opptelling i samarbeid med ledere og fagfolk ved sykehjemmene. Opptellingen viste at 33 prosent (84 plasser) i sykehjem i Hallingdal var tilrettelagt i enheter for personer med demens. Antallet personer med demens i de totalt 120 langtidsplassene, var ukjent. Andre studier har vist at antallet personer med ulike grader av kognitiv svikt utgjør om lag 80 prosent i sykehjem (Engedal et al 2002). Ved rundspørring til ledere og ansatte ved sykehjemmene i Hallingdal i desember 2011, anslo man at om lag 200 pasienter ved sykehjemmene hadde noen grad av kognitiv svikt. Dette tilsvarer om lag 80 prosent av det totale antallet beboere ved sykehjemmene i Buskerud, og samsvarer med andre studier som har vist at antall personer med ulike former for kognitiv svikt utgjør om lag 80 prosent i sykehjem (Engedal, Kirkevold, Eek og Nygård, 2002).

Observasjon ved besøk i sykehjemmene viste at alle har enerom med hjemlig og trivelig felles miljø. Nes kommune har god tilpasning for personer med demens ute og inne, mens de øvrige enhetene for personer med demens var utformet med lange, trange korridorer med liten grad av mulighet for individuelle tilpassinger (skjerming). Enhetene manglet tydelig merking. Dette gjør orientering i rom vanskelig for personer med demens. Alle sykehjemmene har tilgjengelig uteområder, men kun to tilfredsstillende kravene til demensvennlige omgivelser ute (Andersen & Holthe 2007). Personalet beskrev enhetene som utfordrende og til dels dårlig tilrettelagt for personer med alvorlig grad av demens. I flere kommuner var det planer om utbygging og modernisering av sykehjemmene. Dette kom frem i samtalene med lederne i helselederforum.

I tråd med Rokstad (2008) beskrev personalet som har daglig kontakt med personer med demens, at de opplever aggressivitet, vandring og uro som utfordrende atferd. Lederne beskrev utfordrende atferd som roping, skriking og høye lyder både i forhold til medpasienter og personale. Flere ledere understreket at både pasienter og personalet blir utrygge, når de

må være alene, og at det derfor er nødvendig å ha en tilgjengelig ansatt i avdelingen. De uttrykte at utfordrende atferd sliter på personalet over tid, og understreket at personalet står i mange krevende situasjoner. Dette samsvarer med Testad, Mikkelsen, Ballard og Aarlands (2010) studie og funn om helsepersonells utfordringer og relasjonen til psykososiale faktorer. Lederne i Hallingdal ga uttrykk for anerkjennelse av personalets daglige innsats. Legene pekte på sin side at de kun er noen timer i avdelingen i uken, og at de derfor så lite av utagerende atferd. Det er det personalet som står i.

Både personalet, sykehjemslegene og lederne var enige om å vektlegge miljøterapeutiske tiltak og redusere uhensiktsmessige bruk av antipsykotiske medisiner ved atferds- og psykiatriske symptomer ved demens. Denne holdningen er positiv, og støttes av forskning (Ballard et al 2009). Effekten av slike legemidler er beskjeden, mens risiko for bivirkninger er høy (Ballard & Corbett 2010). Legene i foreliggende studie var også opptatt av å vurdere hvorvidt personer med demens var optimalt smertelindret, og viste til kunnskapsoppsummeringer om behandling av smerter ved demens (Husebø, Ballard & Aarland 2011). Personalets evne til observasjon, tolkning av og rapportering av personens uttrykk og mestring er dermed avgjørende i tverrfaglige vurderinger i sykehjem (Rokstad & Smebye 2008). Det ble også pekt på hvordan normer og kulturen i avdelingen påvirker forståelsen av og aksept for personens utfordrende atferd.

Personalet beskrev pårørendearbeidet som tilfeldig og uten fast organisering. Det varierte ut fra hvordan pårørende var. Selv om det eksisterer pårørendeskole i regionen, stilte noen av personalet spørsmål om de dekket pårørendes behov. De mente derfor det er nødvendig at det satses mer på styrking av pårørende arbeidet i sykehjemmene. Tidligere studier har vist at pårørende til personer med demens opplever betydelig grad av stress og at det er behov for strukturerte samtaler (Ulstein 2008).

Flere studier har vist at mange personer med demens ikke blir utredet og diagnostisert i tilstrekkelig grad (SHD 2007). Dette kan innebære at pasienter og pårørende strever på egen hånd mens sykdommen utvikles, uten å få nødvendig oppfølging fra primærhelsetjenesten og veiledning om muligheter for å søke hjelp (SHD 2007). Forebyggende team og hjemmesykepleien kan yte god assistanse i samarbeid med personen med demens og de nærmeste pårørende, etter hvert som sykdommens symptomer utvikler seg og personen fungerer dårligere i hverdagen. Tilrettelagte meningsfulle dagaktiviteter for hjemmeboende personer med demens kan trolig redusere pårørendes omsorgsbyrde, men atferds- og psykiatriske tilleggssymptomer kan komme til å kreve forsterkede tjenester i spesialenheter i sykehjem.

Etter 2008 har flere av personalet deltatt i opplæringen Demensomsorgens ABC. Det er positivt. På den annen side er det bekymringsfullt at kun 9 personer har formell videreutdanning i demens ved registreringen i 2012. Hallingdalregionen står derfor overfor store utfordringer for å styrke personalets kompetanse i fremtiden. Ett viktig tiltak er å utvikle tverrfaglige interkommunale demensteam som kan styrke kartlegging og oppfølging av personer med demens og vurdere hvordan kommunene kan samhandle om forsterkede plasser.

Anbefalte forbedringsområder

Kartleggingen av demensomsorgen i Hallingdal og funnene er diskutert med fagfolk og ledere. Studien viser at det er flere forbedringsområder, med økt satsing innen:

- tilrettelegging av spesialtilpassede døgnplasser for personer med alvorlig grad av demens
- strukturert samarbeid med pårørende
- interkommunale dag- og aktivitetstilbud
- ambulerende demensteam
- interkommunale kompetansetiltak
- videoveilednings støtte fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og hospiteringsmuligheter.

OPPSUMMERING

Målsettingen med prosjektet ”Forsterket demensomsorg i distriktskommuner” var å bidra med kunnskap om demensomsorgen i Hallingdalregionen og peke på forbedringsområder. Kartlegging av tjenestene og personalets kompetanse har vist at det er flere forbedringsområder både innen den enkelte kommune og på tvers av kommunegrensene. For å ivareta behovet for tilpassede tjenester vil det være behov for videreutvikling av dagaktivitetstilbudet til personer med både moderat og alvorlig grad av demens. Vi har videre pekt på behovet for å styrke informasjonen til pårørende og systematisere samarbeidet med pårørende, fastlege og forebyggende team. Det er behov for å styrke personalets formelle kompetanse innen demens. Ved alvorlig grad av demens vil det være behov for tilrettelagte tjenester i institusjon som krever spesialkunnskap.

Kartleggingen av demensomsorgen i Hallingdalregionen vil trolig ha stor overføringsverdi til andre distriktskommuner som skal videreutvikle en god demensomsorg for et økende antall eldre personer med moderat og alvorlig grad av demens. Prosjektets styrke er at det har hatt lederforankring og bred deltagelse med interesserte fagpersoner i alle Hallingdalkommunene, aktivt samarbeid med alderspsykiatriske avdelinger ved helseforetakene Vestre Viken og OUS, samt systematisk kartlegging og evaluering fra USH Buskerud og Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

ETTERORD

Den overordnede målsettingen i prosjektet «Forsterket demensomsorg i distriktskommuner» har vært å bidra med kunnskap som kan styrke tjenestene til personer med demens, og styrke kompetanseutviklingen og samhandlingen i demensomsorgen i Hallingdal. Funn fra kartleggingen har vært formidlet og diskutert i dialogmøter med personalet og ledere underveis. Gode ideer som utprøving videoveiledning mellom personalet ved en forsterket spesialenhet for personer med alvorlig grad av demens ved Ål bu- og behandlingssenter og Alderspsykiatrisk avdeling ved Vestre Viken HF er prøvd ut og evaluert (delrapport under arbeid). I samarbeid med satsingen Inn på tunet i Hallingdal er også alternative dagaktiviteter for personer med demens prøvd ut ved to gårdsbruk i Ål kommune. Rapport fra prosessevalueringen er presentert i rapporten «Til gards» (Jensen, Eklund, Nerol, Bjerke & Ulshagen, 2014) og lagt frem for politisk behandling i kommunestyret i Ål kommune den 18.12.14 (vedlegg 1).

Funnene fra kartleggingen i prosjektet «Forsterket demensomsorg i distriktskommuner» er fulgt opp videre av en arbeidsgruppe knyttet til prosjektet Lokalmedisinske tjenester i Hallingdal (LTH) i 2014. Kommunene Hol, Ål, Gol, Nes, Flå og Hemsedal har intensjonsavtale om å styrke samarbeidet om lokalmedisinske tjenester i Hallingdal (vedlegg 2). Arbeidsgruppe innen demens ble ledet av Herbjørg Dalene Bjerke fra Utviklingssenteret for sykehjem i Buskerud. Arbeidsgruppen hadde med representanter fra alle Hallingdal kommunene, fra alderspsykiatrisk poliklinikk og fra Demensforeningen i Gol. Arbeidsgruppen fikk i mandat å komme med forslag til hvordan kommunene kan sikre egne kompetansebehov, foreslå hvordan interkommunalt ambulerende demensteam kan organiseres, vurdere behovet for døgnplasser til pasienter som har behov for forsterkede tiltak, muligheter for økt satsing på pårørendesamarbeid og avklare samarbeidstiltak med

Vestre Viken Helseforetak (vedlegg 3). Arbeidsgruppen har lagt frem rapport til styringsgruppen i Hallingdal lokalmedisinske tjenester, som fattet vedtak i juni 2014. De bekrefter at alle parter fortsatt ønsker å utvikle det interkommunale samarbeidet i Hallingdal (vedlegg 4). Det ble fattet vedtak om å etablere et interkommunalt demensteam med avtale om samarbeid med Vestre Viken HF, klinikk for psykisk helse og rus. Nes kommune er inntil videre tillagt ansvaret for at arbeidet videreføres. Det ble videre fattet vedtak om at rådmannsutvalget i Hallingdal skal nedsette en arbeidsgruppe for å utrede nærmere en etablering av felles døgnplasser for ressurskrevende personer med demens i Hallingdal.

REFERANSER

- Andersen, A.E. & Holthe, T. (2007) *Boligguiden*. Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Ballard, C. & Howard, R. (2006) Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm, *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 492-500.
- Ballard, C., Fossey, J., Hancock, J., Bentham, P., Burns, A, Jacoby, R., Bullock, R., Holmes, C. (2009) Brief Psychosocial Therapy for the Treatment of Agitation in Alzheimer Disease (The CALM- AD Trial), *Am Geriatric Psychiatry*, 17 (9); 726-733
- Ballard, C., Corbett, A. (2010) Management of neuropsychiatric Symptoms in People with Dementia. *CNS Drugs*, 24 (9); 729-739
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., Jones, E. (2011) Alzheimer`s disease. *The Lancet*, 377; 1019-31.
- Bergland, Å., Kirkevold, M. (2011) Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien forskning*, 1 (6), 14-25.
- Bjerke, H.D. (2014) *Hallingdal lokalmedisinske tjenester – Demensomsorg*. Rapport fra arbeidsgruppe (upubl).
<http://www.regionraadet.no/regionfiles/Prosjekter/Lokalmedisinske%20Tenester%20i%20Hallingdal/Rapport%20delprosjekt%20Demensomsorg.pdf>
- Coghlan, D., Brannick, T. (2010) *Doing Action Research in Your Own Organization*, 3rd ed, London: Sage Publ.
- Edvardsson, D., Winblad, B., Sandman, P.O. (2008) Person-centred care of people with severe Alzheimers`s disease: Current sats and ways forward. *Lancet Neurol*, 7; 362-67
- Engedal, K., Haugen, P.K. (2006) *Lærebok i demens. Fakta og utfordringer*. Oslo: Forlaget Aldrin og helse.
- Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, A., Nygård, A.M. (2002) *Makt og avmakt – Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Oslo/Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

- Gauthier, S., Cummings, J., Ballard, C., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P., Lyketsos, C. (2010) Management of behavioral problems in Alzheimer`s disease. Review. *InternationalPsychogeriatrics* 22(3); 346-372.
- Haugen, P.K. (2009) Skulder ved skulder. Demens og utfordrende atferd. Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i en forsterket skjermet enhet. Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Helsedirektoratet (2005) Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. ..Og bedre skal det bli (2005-2015), Rapport IS-1162
- Helsedirektoratet (2009) Utvikling gjennom kunnskap. Overordnet strategi 2011-2015. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester – en nasjonal satsing. Rapport IS-1858.
- Helse- og omsorgsdepartementet [HOD] (2003) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene [Kvalitetsforskriften]
- Helse- og omsorgsdepartementet [HOD] St. melding nr 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Omsorgsplan 2015.*
- Helse- og omsorgsdepartementet [HOD] Demensplan 2015 «den gode dagen». Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015
- Helse- og omsorgsdepartementet [HOD] St. melding nr 47 (2008-2009) *Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Samhandlingsreformen.* Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet [HOD] (2010) Forskrift om en verdig eldreomsorg [Verdighetsgarantien]
- Hotvedt, K (2010) Etablering og drift av pårørendeskole. Forlaget Aldring og helse.
- Husebø, B.S., Ballard, C., Aarsland, D. (2011) Pain treatment of agitation in patients with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26; 1012-1018
- Jensen, L.H. (2009) *Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester – muligheter og begrensninger.* PhD avhandling, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo
- Jensen, L.H., Eklund, M.L., Nerol, M., Bjerke, H.D. &Ulshagen, B. (2014). *Til gards. Prosessevaluering fra dagaktivitetstilbud for personer med demens.* Høgskolen i Buskerud og Vestfolds skriftserie nr 8/2014.

- Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2005) Concealment of drugs in food and beverages in nursing homes: cross sectional study, *British Medical Journal*, 330(7481).
- Kitwood, T (1999) En revurdering av demens – personen kommer i første række. Fredrikshavn: Dafolo Forlag.
- Landmark, B., Kirkehei, I, Brurberg, KG, Reinart, LM. (2009) *Botilbud til mennesker med demens*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 11
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001) Helse- og omsorgsdepartementet
- Malterud, K. (2004) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget
- McCormack, C., McCance, T. (2010) *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., Mühlhauser, I. (2008) Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 981-990
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009) *Fakta om demens*.
<http://www.fhi.no/artikler?id=72828>, (Nedlastet 29.04.12.)
- Nygaard, H. A., Ruths, S., Straand, J. & Naik, M. (2004) Not less but different: psychotropic drug utilization trends in Norwegian nursing homes during a 12-year period. The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) Study, *Aging Clinical and Experimental Research* 16, 4, 277-282.
- Rokstad, A.M. & Smebye, K.L. (2008) *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes, *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Schneider, L.S., Dagerman, K. & Insel, P.S. (2006) Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials, *American Journal of Geriatric Psychiatry* 14, 3, 191-210.
- Skovdahl, K. (2004) Krävande beteende i samband med demens – förekomst och olika förhållningssätt. Doktorgradsavhandling, Centre of Excellence in Elderly Care Research, Karolinska Institutet, Stockholm.

- Sosial- og helsedirektoratet (2005) ”..og bedre skal det bli!” Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenestene 2005-2015. IS-1162.
- Sosial- og helsedirektoratet [SHD](2007) Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo.
- Sourial, R., McCusker, J., Cole, M. & Abrahamowicz, M. (2001) Agitation in Demented Patients in an Acute Care Hospital: Prevalence, Disruptiveness, and Staff Burden, *International Psychogeriatrics*, 13, 2, 183-197.
- Statistisk sentralbyrå [SSB] (2011) Befolkning etter alder og kommune, Buskerud.
- Testad, I., Aasland, A.M. & Aarsland, D. (2007) Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 916-921.
- Testad, I., Auer, S., Mittelman, M., Ballard, C., Fossey, J., Donabauer, Y., Aarsland, D. (2010). Nursing home structure and association with agitation and use of psychotropic drugs in nursing home residents in three countries: Norway, Austria and England. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25; 725-731.
- Testad, I. Mikkelsen, A., Ballard, C., Aarsland, D. (2010) Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25; 789-797.
- Ulstein, I. (2006) Belastningsskala – pårørende: Et nyttig instrument i arbeidet med å kartlegge pårørendes situasjon og deres behov? *DEMENS* 10: 12-15
- Ulstein, I. (2008) Ikke enten eller, men ja takk, begge deler. Strukturerte samtaler med pårørende – et nyttig supplement til spørreskjema. I Krüger RME (red.) *Å leve med demens*. Erfaringsbasert utvikling av tilbud. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Ulstein, I., Bruun Wyller, T., Engedal, K. (2007) The relative stress scale, a useful instrument to identify various aspects of carer burden in dementia? *International Journal Geriatric Psychiatry* 22:61-7.
- Ulstein, I. (2008) Ikke enten eller, men ja takk, begge deler. Strukturerte samtaler med pårørende – et nyttig supplement til spørreskjema. I Krüger RME (red.) *Å leve med demens*. Erfaringsbasert utvikling av tilbud. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Ulstein, I., Johannessen, A. (2008) Effekt av strukturert problemløsning i familier med demens. *Demens og alderspsykiatri*. Nr. 2

Volicer, L. & Hurley, A.C. (2003) Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementias. Review. *Journal of Gerontology Medical Sciences*, 58A (9), 837-845

Wahlin, T-B. R., Byrne, G. (2011) Personality changes in Alzheimers` s disease: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26; 1019-1029.

VEDLEGG

1. Sak til Ål kommunestyre 18.12.14. Videre satsing på dagaktiviteter for personer med demens, Inn på tunet – tjenester i Ål kommune
2. Intensjonsavtale for Lokalmedisinske tjenester i Hallingdal
3. Mandat for arbeidsgruppe «Demensomsorg», Lokal medisinske tjenester i Hallingdal
4. Vedtak om etablering av interkommunalt demensteam, Lokal medisinske tjenester i Hallingdal

Arkivsak-dok. 14/02100-1

Saksbehandler Borghild Ulshagen

Saksgang

Sektorutval for helse og sosial

Formannskapet

Kommunestyret

VIDARE SATSING AV INN PÅ TUNET-TENESTER FOR PERSONAR MED DEMENS I 2015

Saka vert avgjort av:

Sektorutval for helse og omsorg

Formannskapet

Ål kommunestyre

Vedlegg:

Rapport « Til gards 1/1/2014»

Dokument i saka:

Kommuneplan for Ål kommune 2015-2027

Plan for rehabilitering- og omsorgstenester i Ål kommune 2015-2026

Saksopplysningar:

Inn på tunet er kvalitetssikra tenester på gardsbruk. Tenestene skal gje grunnlag for meistring utvikling og trivsel for ulike brukargrupper. Tilbodet kan gi ei anna tilnærming til brukergruppene enn det offentlige tilbodet med større brukargrupper kan tilby.

Prosjektet «Til gards» omfattar utprøving og evaluering av dagaktivitetar for personar med demens. Tilbodet gir individuell tilrettelegging med trygge og kjente omgjevnader. Tilbudet er tilrettelagt ved to gardar i Ål kommune. Gardane vart vald ut etter synfaring og det vart

gjort avtalar med helse- og omsorgsetaten i kommunen. Gardbrukarane er godkjent gjennom kvalitetssikringssystemet for Inn på tunet som Matmerk administrerer og har ansvar for.

Tilbodet har vore organisert i samarbeid med Førebyggjande team i Ål kommune, leiarar ved dagsenteret for personer med demens, avdeling Stugu ved Ål bu- og behandlingssenter, avdeling for heimetenester, Inn på tunet-tilbydarane og Utviklingssenteret for sjukeheimar i Buskerud i perioden 2012- 2014. Det har vore evaluering undervegs med erfaringsdeling.

2

I tillegg er det gjennomført oppsummerande intervju med representantar frå samarbeidspartnarane. Høgskolen i Buskerud og Vestfold, fakultet for helsevitenskap har hatt ansvar for evalueringa.

Fem personer med moderat og alvorlig grad av demens har hatt tilbod om tilrettelagte dagaktivitetar på gard.

For meir utfyllande opplysningar sjå vedlagt rapport.

Forhold til overordna plan:

I revidert nasjonal handlingsprogram for «Demensplan 2012-2015» er det eit mål at alle kommunar bør tilby dagaktivitetstilbud for personar med demens, og at kapasiteten bør aukas. (Helse- og omsorgsdep., 2011).

Kommuneplan for Ål kommune 2015- 2027 vart vedteke 20.11. 2014

Under delmål 4.3 Helse og omsorg står det:

Pkt 6. Legge til rette for dag og aktivitetsplassar, praksisplassar og tilrettelagte arbeidsplassar, særleg for dei som har vanskar for å finne sin plass i det ordinære arbeidslivet.

Pkt 7. Styrke omsorgstenestene slik at kommunen kan ha eit tenestetilbod som er i balanse med behovet. Spesielt skal demensomsorga og heimetenestene til eldre styrkast. Ein skal ha fokus på kortidsavdelinga på sjukeheimen og heimetenestene for å kunne ta hand om dårlegare pasientar.

I Plan for Rehabilitering og omsorgstenestene i Ål kommune 2015- 2026 vedteke 20.11. 2014 blir det presisert at Ål kommune ynskjer å legge til rette for varierte dagtilbod.

I punkt 4.9 Særlege faglege utfordringar står det:

Varierte og gode dagtilbod – Eit naudsynt kommunalt tiltak for heimebuande personar med demens og deira pårørande. Tilboda må vera varierte då personar med demens er forskjellige både i forhold til interesser, fysisk, psykisk og mentalt funksjonsnivå og alder. I tillegg til dagsenter, bør kommunen ha tilbod om ”Grøn omsorg/Inn på tunet”.

Miljøkonsekvenser:

Inn på tunet-tilbod som «Til gards» kan utvide arenaen for meistring, utvikling og trivsel for personar med demens. Døme på utvida arena er td. erindringsaktivitetar frå tidlegare liv, gå turar, samspel med dyr, og delta i enkle gardsaktivitetar.

Helse-/miljø og beredskapstilhøve:

Eldre over 67 år vil fordoble seg fram til 2050. Det er forventa at personar med demens også vil auke like mykje i same periode. Kommunen må derfor innarbeide førebyggjande tiltak for å møte dei helsemessige utfordringane som vil kome, slik at desse brukarane kan bu heime lengst mogleg. Bruk av Inn på tunet-tenester kan vera eit alternativ for å få dette til.

3

Økonomiske konsekvensar:

Til gards-tilbodet har i 2014 vorte dekt av midlar frå «Oljefondet». Det vart sett av kr 200.000 til å vidareføre Inn på tunet-tilbodet. Tilbodet har vore utprøvd til einskild brukarar.

Det står att kr 100 000 av oljefondet som er ubrukt. Desse midlane kan nyttast til å vidareføre Inn på tunet med ein plass 1 dag i veka i 2015.

Kostnad pr. plass ein gong pr veke, a` 4 timar, er kr. 72.000. Dersom kommunen kan ha fleire brukarar samtidig, vil det vere meir økonomisk då prisen for kvar plass blir noko redusert.

For å utvide Inn på tunet-tilbodet for inntil 2 plassar 2 gonger i veka, vil dette koste om lag kr. 250.000. Sidan det allereie ligg inne ubrukte fondsmidlar på kr 100.000 må det tilførast 150.000 i ekstra fondsmidlar.

Vurdering:

Erfaringar frå eksisterande dagsentertilbod i Ål har synt at personar med demens kan fungere lengre i eigen bustad dersom det vert lagt til rette for støttefunksjonar.

Tilrettelagte dagaktivitetstilbod ein eller fleire dagar pr veke er eit døme på ein slik støttefunksjon. Dette kan styrke meistringsevne for personen med demens og avlaste pårørande.

Ål kommune har behov for alternative dagaktivitetsplassar for personar med moderat og langtkomen demens i ulik alder som krev individuell tilrettelegging. Dagaktivitetstilbodet må bli integrert som ein del av det kommunale helsetenestetilbodet til personar med demens og deira pårørande. Det er naudsynt med meir informasjon til samarbeidspartar som t.d. lege, heimetenester o.a. for å gjera dagaktivitetstilbodet betre kjent.

Rapporten «Til gards 1/1-2014 » syner at kommunen har eit framtidig behov for alternative dagaktivitetsplassar for personar med demens. Revidert nasjonalt handlingsprogram for demens stadfestar også dette.

Både brukar og deira pårørande er godt nøgd med Inn på tunet-tilbodet, då det gir andre impulsar og stimulerar til meistring. Ved å tilby inn på tunet-tenester som «Til gards», vil Ål kommune kunne utvide dagtilbodet for personar med demens. Det er viktig at Inn på tunet-tilbodet er fleksibelt slik at Inn på tunet-tilbydar også kan ta imot større grupper frå dagsenteret inn på garden.

Inn på tunet-tilbodet for personar med demens må evaluerast før ei evt vidare satsing i 2016.

Rådmannen si innstilling:

Det er ikkje stor nok økonomisk ramme for Inn på tunet-tilbod til personar med demens i budsjettet for 2015. Derfor blir det lagt fram 2 forslag til vedtak:

1. Rådmannen ynskjer å vidareføre Inn på tunet-tilbodet, og øyremerkar kr 100.000 frå oljefondet i 2014 til ein Inn på tunet-plass i 2015. Ut frå den budsjettmessige situasjonen for 2015 ser ikkje Rådmannen moglegheit for ei utvida satsing av på Inn på tunet-tilbod for personar med demens. Inn på tunet-tilbodet for personar med demens må evaluerast før ei ev. vidare satsing i 2016.

4

2. Rådmannen ser at kommunen har behov for alternative dagaktivitetsplassar for personar med demens, og ynskjer fagleg å oppretthalde Inn på tunet-tilbodet for at personar med demens har moglegheit til å bu lengre i eigen bustad.

Rådmannen ynskjer å satse på Inn på tunet-tilbodet «Til gards» og ber helse- og sosialutvalet finne budsjettmessig dekning gjennom ekstra fondsmidlar med kr. 150.000 for inntil 2 plassar inntil 2 dagar i veka for 2015.

Dette dagaktivitetstilbudet må bli integrert som ein del av deti kommunale helsetenestetilbudet til personar med demens og deira pårørande. Det er naudsynt med meir informasjon til samarbeidspartar som t.d. lege, heimetenester o.a. for å gjera dagaktivitetstilbudet betre kjent. Det er viktig at Inn på tunet- tilbudet er fleksibelt slik at Inn på tunet-tilbydar også kan ta imot større grupper frå dagsenteret inn på garden. Inn på tunet-tilbudet for personar med demens må evaluerast før ei ev. vidare satsing i 2016.

Tone Tveito Eidnes

Rådmann

Borghild Ulshagen

konsulent fagutvikling

2012

Intensjonsavtale

for

Lokalmedisinske Tjenester i Hallingdal

mellom

Hallingdalskommunene

Hemsedal Flå Ål Gol Hol Nes



Sluttrapport:
<http://www.regionraadet.no/Menyvalg/Prosjekter/Lokalmedisinsk-senter/>

Sak 22-12, vedlegg 1

St.m 47
2008/2009

Demensomsorg –Regionraadet Hallingdal

Utviklingscenteret for sjukeheimar i Buskerud har sammen med Høgskolen i Buskerud laget en rapport om forsterket demensomsorg i Hallingdalregionen. Prosjekt Hallingdal lokalmedisinske tjenester ønsker å bygge videre på rapporten og har satt ned en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til tiltak som kan iverksettes mellom kommunene i Hallingdal og mellom kommunen/-e og Vestre Viken HF.

ARBEIDSGRUPPEN:

- Berit Rustberggard, Gol kommune
- Gjertrud Eggen, Hol kommune
- Kari Rapp, Flå kommune
- Borghild Bringø Høva, Nes Kommune
- Tone Fossgård Berg, Ål Kommune
- Marianne Løvhaug Sandbu, Hemsedal kommune
- Herbjørg Dalene Bjerke, Utviklingscenter for sykehjem i Buskerud.
- Jorunn Landbakk, Vestre Viken HF, seksjonsleder ved alderspsykiatrisk poliklinikk, Blakkstad
- Anne Borghild Sælid Rasset, brukerrepresentant fra Gol Demensforening

MANDAT:

1. Kompetansebygging

- Få oversikt over kompetansebehovet i den enkelte kommunen.
- Komme med forslag til hvordan den enkelte kommune kan sikre eget kompetansebehov.
- Beskrive kompetansebehovet i eventuelle interkommunale samarbeidstiltak knyttet til spesielt krevende pasienter.

2. Demensteam

Foreslå hvordan et interkommunalt ambulerende demensteam kan organiseres og arbeide.

3. Behov for og lokalisering av eventuelle døgnplasser

Vurdere behov for døgnplasser til pasienter som har behov for forsterkede tiltak og komme med forslag til faglig begrunnet organisering og lokalisering.

4. Samarbeide med helseforetaket

Avklare med Vestre Viken HF samarbeidstiltak for pasientgruppen og hvordan helseforetaket kan ivareta sitt ansvar i forhold til råd og veiledning.

5. Administrative rammevilkår for samarbeid

Identifisere juridiske, organisatoriske og økonomiske utfordringer sett fra et faglig ståsted.

6. Pårørendesamarbeid

Beskrive mulighetsområder for økt satsing på pårørendesamarbeid.

Arbeidsgruppen leverer sitt arbeid til prosjektgruppe HLT innen 01 04 14.

Hallingdal Lokalmedisinske Tjenester -MELDING

HLT-melding 4/14**Prosjektstatus før sommeren**

Styringsgruppa i Hallingdal lokalmedisinske tjenester fattet på møte 23. juni et enstemmig vedtak der de bekrefter at alle parter fortsatt ønsker å utvikle det interkommunale samarbeidet i Hallingdal med tett deltagelse fra helseforetaket knytte til samhandlingsreformen. Styringsgruppa støtter forslagene om nye, interkommunale stillinger.

Vedtaket i sin helhet lyder som følger;

Styringsgruppa vedtar følgende:

A. Samarbeidsprosjektet mellom Hallingdalskommunene og Vestre Viken HF «Prosjekt lokalmedisinske tjenester i Hallingdal» avsluttes ved utgangen av 2014.

B. For å ivareta samhandlingsreformens intensjoner videreføres prosjektets prioriterte arbeidsområder innen partenes ordinære drift. Lokalt samarbeidsutvalg i Hallingdal får det overordnede ansvaret for å vedlikeholde og videreutvikle de samarbeidsprosesser som er igangsatt.

C. Styringsgruppa tilrår partene å iverksette de foreslåtte tiltak som følger av prosjektets samløst:

1. Videreføring av prosjektets arbeidsområder

Kommunene i Hallingdal oppretter en fast stilling, minimum 50 %, som samhandlingsleder. Stillingens innhold, tilsetningsforhold og lokalisering bestemmes av rådmannsutvalget/regionrådet.

Kommunenes samhandlingsleder samarbeider tett med helseforetakets samhandlingssjef og inngår i Lokalt samarbeidsutvalg. Stillingen skal evalueres etter tre år. Ål kommune tillegges inntil videre ansvaret for at arbeidet videreføres.

2. Intermediæravdelingen

Arbeidsgruppen for intermediæravdelingen videreføres fram til avdelingens oppstart. Arbeidsgruppen utreder driftsmessige utfordringer og tilrår løsninger for partene.

3. Kompetanse, læring og mestring.

a) Det opprettes et interkommunalt kompetanse-, lærings- og mestringsråd (KLM-råd) med deltagelse fra VVHF. Lokalt samarbeidsutvalg gir mandat til rådet. Hemsedal kommune tillegges inntil videre ansvar for at arbeidet videreføres.

b) Det opprettes en fast 50 % interkommunal stilling som koordinator for kompetanse-, læring- og mestringstjenester (KLM-koordinator). Stillingens innhold, tilsetningsforhold og lokalisering bestemmes av rådmannsutvalget/regionrådet. KLM-koordinator leder arbeidet i KLM-rådet og samarbeider tett med helseforetakets lærings- og mestringspersonell. Stillingen skal evalueres etter tre år.

c) KLM-rådet får i oppdrag å arbeide videre med en samordning mellom frisklivsarbeidet og lærings- og mestringsarbeidet i kommunene. KLM-rådet skal sikre at pågående eller framtidige prosjektsøknader innen fagfeltet tilknyttes en ansvarlig kommune.

4. Folkehelse

a) Folkehelsegruppa videreføres med en deltager fra hver kommune utpekt av rådmannen. Rådmannsutvalget gir mandat til gruppen. Flå kommune tillegges inntil videre et ansvar for at arbeidet videreføres.

b) Det opprettes en fast 50 % interkommunal stilling som folkehelsekoordinator. Stillingens innhold, tilsettingsforhold og lokalisering bestemmes av rådmannsutvalget/regionrådet. Stillingen skal evalueres etter tre år.

5. Demens

a) Det etableres et interkommunalt demensteam med avtale om samarbeid med Vestre Viken HF, klinikk for psykisk helse og rus. Helse- og omsorgslederforum utnevner medlemmer fra kommunene og gir teamet mandat. Nes kommune tillegges inntil videre et ansvar for at arbeidet videreføres.

b) Rådmannsutvalget nedsetter en arbeidsgruppe for å utrede nærmere en etablering av felles døgnplasser for ressurskrevende demente i Hallingdal.

6. Psykisk helse og rus

a) Psykiatrikoordinatorgruppen (6 kommunale representanter og 1 representant fra VVHF) videreføres som samhandlingsorgan innen psykisk helse og rus. Helse- og omsorgslederforumet - i samråd med klinikkleidelsen i VVHF – beslutter mandat for denne gruppen.

b) Vertskommunene for de aktuelle prosjektsøknadene ivaretar oppfølgingen av Prosjekt Ungdomslosen (Gol kommune) og Prosjekt Kommunale akutte døgnplasser (Hol kommune).

7. Økonomi

a) Kostnadsfordeling for nyopprettede interkommunale stillinger avgjøres i Regionrådet.

b) De aktuelle interkommunale stillingene innen samhandling skal aktivt søke prosjektmidler til den aktivitet som iverksettes i Hallingdal.

Videre framdrift

- Regionrådet og prosjektgruppa følger opp vedtaket fra styringsgruppa i møter i juni og august.
- Alle kommunene har fått et ansvarsområde de foreløpig skal «holde» i slik at det gode arbeidet som er igangsatt, blir ført videre inntil endelig behandling av forslagene fra styringsgruppa er ferdig.
- Prosjektledelsen i hovedprosjektet, Reidar Aasheim og Ellen Wibe, er engasjert ut året og vil bidra til å holde prosjektet i gang.
- Prosjektleder i delprosjekt Kompetanse, Læring og mestring - Sissel Hovland – går tilbake til sin stilling i Hol kommune 1/7 etter avsluttet prosjektperiode. Vi takker Sissel for flott innsats i denne omgang!
- Hovedprosjektledelsen vil være behjelpelig med dialog og spørsmålsstillinger rundt de ulike delprosjektene.