

Varde kommune

Demensstrategi 2013- 2017

07/31729
12/1009107

Indholdsfortegnelse

Demensstrategi 2013-2017	2
Baggrund:	2
Vision for demensstrategien i Varde Kommune.....	3
Målgruppen:.....	3
Vision:.....	3
Demensstrategien har fem fokusområder:	3
Tidlig opsporing og udredning.....	4
Mål:	4
Delmål	4
Information, vejledning og samarbejde med borgeren og dennes pårørende	4
Mål:	4
Delmål:	4
Borgerens hverdagsliv.	4
Mål:	4
Delmål:.....	5
Viden, metodeudvikling og velfærdsteknologi.....	5
Mål:	5
Delmål	5
Samarbejde intern og eksternt, herunder vidensdeling	5
Mål:	5
Delmål:.....	6
Lovgrundlag:.....	6
Demensstrategigruppens ansvar:	6
Demensstrategigruppen bestående af:.....	6
Bilag:.....	7

Demensstrategi 2013-2017

Varde Kommune

Baggrund:

Demensstrategien 2013-2017 tager afsæt i Demensstrategien 2008-2012 samt de 14 anbefalinger i "National handleplan for demensindsatsen" fra 2010.

Demens dækker over hjernesygdomme, der har svære konsekvenser for personen der bliver syg, hukommelsen svækkes, færdigheder afvikles og personligheden ændres. Demens udvikler sig i en række faser med forskellige symptomer og behov til følge. Det er fortrinsvis ældre, der rammes af demens, men yngre mennesker kan også få sygdommen, og antallet af yngre med demens er stigende. Dertil kommer at antallet af psykisk syge og borgere af anden etnisk baggrund med demenssygdomme er stigende.

Den Nationale Handlingsplan om demens forudsiger, at antallet af borgere, der lever med demenssygdomme på landsplan vil stige fra 80.000 borgere i 2010 til det dobbelte i 2035. Nationalt Videnscenter for Demens oplyser, at tallene for Varde Kommune er ca. 830 borgere i 2011 og ca. 1540 borgere i 2040. Det svarer til en stigning på ca. 3 % årligt, eller at ca. 24 flere borgere i Varde Kommune hvert år vil få diagnosen demens.

Demens indebærer ikke alene udfordringer for personen, der får sygdommen, men også for de pårørende, og de medarbejdere, som yder behandling og pleje, derfor er det vigtigt, at Varde Kommune har en demensstrategi, der tager højde for disse udfordringer.

Samarbejdsaftalen på Demensområdet pr. 26/8 2010 beskriver den tværsektorielle demensindsats i Region Syddanmark. Værdigrundlaget for aftalen hviler på værdierne respekt, faglighed og ansvar. Målgruppen for indsatsen i Samarbejdsaftalen er personer med mulig -, let -, middel og svær demens i primær og sekundær sektor.

Ansvarsfordelingen henover et demensforløb er illustreret ved et flow- diagram(bilag 1).

I Demensstrategien 2013-2017 Varde Kommune er der taget højde for de opgaver, kommunen skal varetage i henhold til Samarbejdsaftalen.

I Samarbejdsaftalen er den kommunale samarbejdspart beskrevet som "Demenskoordinatorfunktion".

Vision for demensstrategien i Varde Kommune

Målgruppen:

Borgere med demens eller demenslignede symptomer
(herefter benævnt som *borgeren*).

Vision:

Borgeren og dennes pårørende oplever sammenhængende forløb, der understøtter borgerens hverdagsliv, egenomsorg og funktionsevne.

Demensstrategien har fem fokusområder:

- Tidlig opsporing og udredning.
- Information, vejledning og samarbejde med borgeren og dennes pårørende.
- Borgerens hverdagsliv.
- Viden, metodeudvikling og velfærdsteknologi.
- Samarbejde intern og ekstern, herunder vidensdeling.

For hvert fokusområde i demensstrategien udarbejdes der efterfølgende konkrete handlingsplaner. Den samlede handlingsplan skal desuden beskrive, hvordan Varde Kommune håndterer ”Demenskoordinatorfunktionen”, som er beskrevet i Samarbejdsaftalen.

Hvert fokusområde beskrives i det følgende:

Tidlig opsporing og udredning

Mål:

Borgere med symptomer på demens identificeres så tidligt som muligt i demensforløbet med henblik på, at der kan ske tidlig udredning og behandling.

Delmål

1. Personalet arbejder opsporende og forebyggende og medvirker til, at der igangsættes en nærmere udredning med henblik på, at der stilles en lægefaglig diagnose.
2. I udredningsfasen er der et tæt samarbejde mellem borgeren, dennes pårørende, kommunen, praktiserende læger og den regionale demensenhed.
3. Varde Kommune støtter under udredningen i særlig grad borgere uden nære pårørende.
4. Der gennemføres offentlig information for at nå bredt ud i samfundet.

Information, vejledning og samarbejde med borgeren og dennes pårørende

Mål:

Borgeren og dennes pårørende har viden og information til mestring af de forandringer, der følger med udviklingen af demenssygdommen. Varde Kommune samarbejder med borgeren og de pårørende, så de oplever sammenhængende forløb.

Delmål:

1. Information om demenssygdomme er tilgængelig.
2. Borgeren og de pårørende har let adgang til information om, og overblik over de kommunale tilbud på demensområdet.
3. Pårørende tilbydes undervisning og vejledning, der bibringer viden, forståelse og kompetencer.
4. Pårørende anerkendes for den vigtige indsats, de yder, og betragtes som vigtige samarbejdspartnere og ressourcepersoner, der inddrages under hele sygdomsforløbet.
5. Samarbejdet mellem borgere, pårørende og kommunen understøtter oplevelsen af sammenhængende forløb.

Borgerens hverdagsliv.

Mål:

Med respekt for retten til at bestemme over eget liv, understøtter kommunens tilbud borgerens mulighed for at leve et godt hverdagsliv.

Delmål:

1. Kommunale tilbud sammensættes så de tilgodeser borgerens og de pårørendes behov bedst muligt.
2. Der er kvalitet og sammenhæng i tilbuddene.
3. Varde Kommune arbejder målrettet for at forebygge og imødekomme de udfordringer borgeren med svære adfærdsforstyrrelser oplever.

Viden, metodeudvikling og velfærdsteknologi

Mål:

Demensindsatsen tager udgangspunkt i evidensbaseret viden og erfaringer. Velfærdsteknologi anvendes, når det understøtter borgerens mulighed for at leve et hverdagsliv, hvor sikkerhed og uafhængighed vægtes højt.

Delmål:

1. Al personale har basal viden om demens og symptomer på demens.
2. Personale med tæt kontakt til borgere med demens har og anvender specialviden inden for området.
3. Personalet arbejder ud fra handle- / døgnplaner.
4. Anvendelse af velfærdsteknologi, der understøtter borgerens mestring af hverdagslivet, prioriteres højt.
5. Personalet har respekt for den enkeltes ret til selvbestemmelse og anvender socialpædagogiske metoder i pleje og omsorg.
6. Personalet har og anvender opdateret viden om magtanvendelses-reglerne.

Samarbejde intern og eksternt, herunder vidensdeling

Mål:

Borgeren og de pårørende oplever at det tætte tværgående samarbejde imellem kommunes forskellige instanser, interesseorganisationer og eksterne samarbejdspartnere på området danner grundlag for sammenhæng og kontinuitet i sygdomsforløbet

Der er en klar ansvarsfordeling på tværs i organisationen, og gennem kontinuerlig vidensdeling bruges seneste anbefalinger og anerkendt viden på området.

Delmål:

1. Der arbejdes tværfagligt omkring borgerens forløb.
2. I det tværfaglige samarbejde udvælges specifikke plejefaglige metoder til komplicerede plejeforløb.
3. Personalet inddrager udefra kommende ekspertise for råd og vejledning i meget komplekse tilfælde.
4. Videns opsamling og koordinering af erfaringer på området tilrettelægges systematisk.
5. Den frivillige indsats skal koordineres med kommunes professionelle indsats.
6. Der er funktionsbeskrivelser/ arbejdsbeskrivelser for fagpersoner på demensområdet.

Lovgrundlag:

Kommune yder hjælp efter Serviceloven herunder forebyggende hjemmebesøg, vedligeholdelsestræning, aflastning udenfor hjemmet, praktisk bistand og hjælp til personlig pleje. Til personer med psykisk nedsat funktionsevne er der særlig opmærksomhed på § 82 vedrørende omsorgspligten og § 124-129 vedrørende magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten.

Desuden ydes hjælp efter Sundhedsloven til sygepleje, genoptræning og forebyggelse.

Demensstrategigruppens ansvar:

- at udarbejde demensstrategi
- at udarbejde handleplaner for de fem fokusområder
- at konsekvensberegne på nye tiltag
- at gennemføre kvalitetssikring, effektmåling og dataindsamling på kommunens demensindsats ultimo 2015
- at gennemføre en evaluering af ”Demensstrategien 2013-2017” primo 2016

Demensstrategigruppen bestående af:

Anna Marie Hjalf; Visitator, Social og Handicapservice
Ann-Christina Dahlgaard; Leder Centerområde Syd/Øst

Anne Sloth- Egholm; Teamleder Visitationen, Social og Handicapservice
Birthe Jessen; Medarbejderrepræsentant udpeget af Fælles MED
Else Thorlund; Konsulent, Staben Social, Sundhed og Beskæftigelse
Kari Toverud Stork; Leder Hjemmeplejen Midt/Vest
Karin Juul Viuff; Demenskonsulent, Center for Sundhedsfremme
Margit Vest Thomsen; Leder Center for Sundhedsfremme
Vibeke Bilot Hansen; Leder Centerområde Nord/Vest
Vibeke Dehlbæk Delf, Teamleder Sygeplejen
Grete Warming, Leder Handicap, Bo og Beskæftigelse
Lise Hjortbak Hvelplund; Staben Social, Sundhed og Beskæftigelse, Koordinator og Tovholder

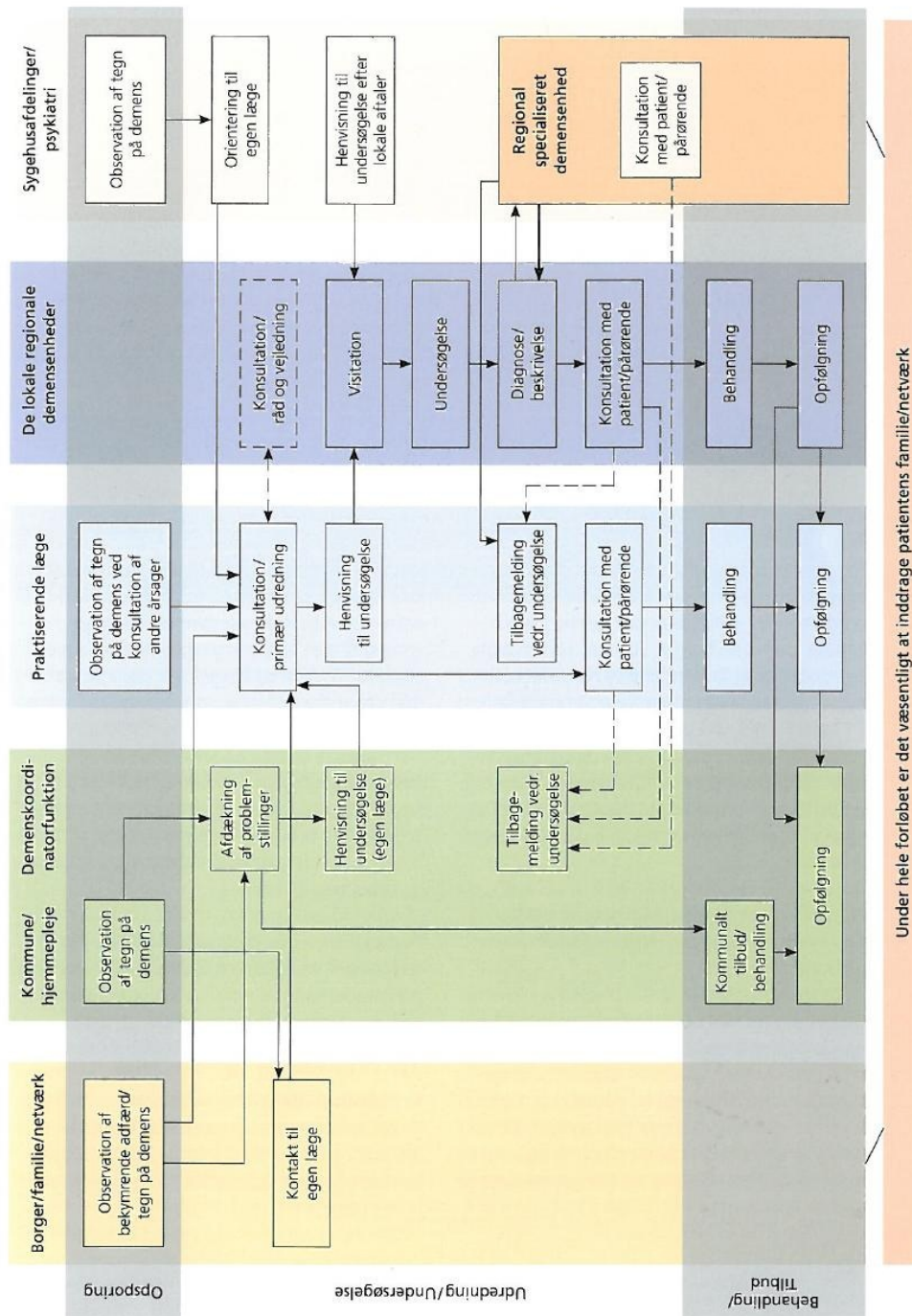
HØRNING

Bilag:

Bilag 1: Flowdiagram. Fra Samarbejdsaftalen på Demensområdet pr. 26/8 2010

Ansvarsfordeling henover et demensforløb – flow-diagram

2.3



Under hele forløbet er det væsentligt at inddrage patientens familie/netværk