



INNKALLING

til

møte i utvalg for oppvekst og omsorg

Det innkalles til møte i utvalg for oppvekst og omsorg torsdag 08.11.12 kl. 08.00.
på kommunehuset.

Til behandling:

- | | |
|---------------|--|
| SAK NR. 16/12 | REFERATSAKER |
| SAK NR. 17/12 | REVIDERING AV HANDLINGSPROGRAM I DELPLAN FOR
IDRETTS- OG FRILUFTSLIV – SØKNAD OM SPILLEMIDLER |
| SAK NR. 18/12 | DEMENSPLAN 2012 – 2015 |
| SAK NR. 19/12 | REGIONAL SAMHANDLINGSADMINISTRASJON -
ORIENTERINGSSAK |
| SAK NR. 20/12 | TILSTANDSRAPPORT FOR GRUNNSKOLEN I RØMSKOG |

Eventuelt.

Forfall meldes kommuneadministrasjonen snarest.

Rømskog 01.11.12

Karoline Dedorsson
leder Utvalg for oppvekst og omsorg
(sign.)



SAK: REFERATSAKER

Behandlende organ:	Møtedato	Sak nr.	Ark.nr.
Utvalg for oppvekst og omsorg	13.09.12	16/12	

Saksbehandler: Tone Bergquist

1. HVA SAKEN GJELDER:

Følgende refereres:

1. Protokoll fra forrige møte -

2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL VEDTAK:

Referatsak tas til orientering.

3. VEDTAK:

Referat tas til orientering.



SAK:REVIDERING AV HANDLINGSPROGRAM I DELPLAN FOR IDRETTS- OG FRILUFTSLIV – SØKNAD OM SPILLEMIDLER

Behandler:	Møtedato	Sak nr.	Ark.nr.
Utvalg for Oppvekst og Omsorg	08.11.12	17/12	240
Kommunestyret	08.11.12	59/12	240

Saksbehandler: Elizabeth Wirsching

1. HVA SAKEN GJELDER:

Kommunedelplanen for idretts- og friluft ble vedtatt i 2009. Kommunedelplanens handlingsprogram må rulleres og godkjennes av kommunestyret hvert år for tildeling av spillemidler.

2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL VEDTAK:

Rømskog kommune vedtar revidert handlingsprogram for 2013 – 2016 til kommunedelplan for idretts- og friluftsliv.

Foreslåtte tiltak søkes innarbeidet i budsjett og økonomiplan.

Rømskog, 1.11.12

Anne Kirsti Johnsen
rådmann

Elizabeth Wirsching
kulturleder

3. VEDTAK:

4. SAKENS FAKTA:

Kommunale delplaner for anlegg og områder for idrett og friluftsliv skal være et styringsverktøy ved tildeling av kommunale og fylkeskommunale tilskudd og spillemidler. Kommunedelplaner er en betingelse for tildeling av stønad. Kommunen i samarbeid med ulike brukergrupper skal skaffe en oversikt over framtidige behov for anlegg og områder for fysisk aktivitet, idrett og friluftsliv.

Kommunedelplanen ble vedtatt i 2009 og skal revideres hvert 4. år, mens handlingsprogrammet må rulleres og godkjennes av kommunestyret hvert år. Hovedplanen skulle egentlig vært rullert i år, men startes ikke opp før i begynnelsen av 2013 fordi kommunen har vært uten kulturleder deler av 2012.

Alle prosjekter som var oppført i den vedtatt planen fra 2009 og prosjekter tatt inn i rullinger i etterkant er gjennomført.

Det er ingen prosjekter som er *innmeldt* til kommunen for søknad om spillemidler for kommende år *utenom kommunens prosjekter* som framkommer av det reviderte handlingsprogrammet for 2013-2016. Handlingsprogrammet er fordelt på ordinære anlegg og nærmiljøanlegg. Nærmiljøanleggene kan igjen inndeles i ordinære nærmiljøanlegg og forenklete nærmiljøanlegg.

Handlingsprogram 2013-2016 ordinære anlegg, friluftsanlegg, ombygging og anlegg

Tiltak	Ansvarlige	Kostnader i 1.000 kr.	Driftsutgifter	Anleggsstart-Finansiering (1000 kr.)								
				Totalt			2013			2014	2015	2016
				K	SP	PR	K	SP	PR			
Kommunehytta	Rømskog kommune	210		120	70	20	120	70	20			
Kultursti	Rømskog kommune									x		

x Ikke kostnadsberegnet

Finansieringskilder: K = kommunen
 SP = spillemidler
 PR = private midler
 1=1000kr

Handlingsprogram 2013-2016. Nærmiljøanlegg

Tiltak	Ansvarlige	Kostnader i 1.000 kr.	Driftsutgifter	Anleggsstart-Finansiering (1000 kr.)								
				Totalt			2013			2014	2015	2016
				K	SP	PR	K	SP	PR			
Balløkke Haukenesfeltet	Rømskog kommune	380		140	190	50	140	190	50			

x Ikke kostnadsberegnet.

5. RÅDMANNENS VURDERING:

Kommunehytta ligger i området med flere turstier og kan benyttes av kommunens beboere til rasteplass, overnattingssted og annet. Den vil også kunne benyttes av skolen, fritidsklubben og lag og foreninger.

Balløkke på Haukenesfeltet vil bli oppført midt i et boligfelt med småbarnsfamilier.

Prosjektet kultursti langs Tukuelva gjennom Rømskog vil bli omsøkt for 2014.

6. AKTUELLE VEDLEGG:

Delplan idrett og friluftsliv.

7. UTSKRIFT SENDT:



SAK: DEMENSPLAN 2012 - 2015

Behandler organ:	Møtedato	Sak nr.	Ark.nr.
Utvalg for oppvekst og omsorg	08.11.12	18/12	422
Eldrerådet	05.12.12	3 /12	422
Kommunestyret	13.12.12		

Saksbehandler: Bjørg Tørnby Nilsen

1. HVA SAKEN GJELDER:

Demensplan er en delplan under Omsorgsplan 2015 som skal behandles politisk.

2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:

Kommunestyret gir sin tilslutning til utkast til Demensplan 2012 – 2015.

Rådmannen i Rømskog, 01.11.2012

Anne Kirsti Johnsen
rådmann

Bjørg Tørnby Nilsen
tjenesteleder helse og omsorg

3. VEDTAK:

4. SAKENS FAKTA:

Demensplan skal være retningsgivende for tjenester til personer med demens og deres pårørende. Målsettingen med en demensplan skal være tidlig diagnostikk, å opprettholde livskvaliteten for brukeren og å kunne tilby tidlige tiltak fra hjelpeapparatet. Med enkle tiltak kan en bedre brukerens funksjon i dagliglivet, utsette behovet for sykehjemsplass, samt forebygge helseskader hos pårørende.

5. RÅDMANNENS VURDERING:

Det er betryggende å få en forpliktende demensplan, demens er en økende diagnose blant eldre. Med tidlige tiltak som settes inn i hjemmet, kan en forsinke noe av utviklingen og legge til rette for å kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Med gode tilbud som kan avlaste pårørende kan en utsette behovet for institusjonsplass.

6. AKTUELLE VEDLEGG:

- Utkast til demensplan 2012-2015

DEMENSPLAN

2012 - 2015



RØMSKOG KOMMUNE

Innhold

1	INNLEDNING	3
1.1	OPPDRAK	3
1.2	ANSVARLIGE FOR UTARBEIDELSE AV PLANEN	3
1.3	PLANPROSESSEN.....	3
1.4	FORMÅL MED PLAN	3
1.5	FAGLIG MÅLSETTING	3
1.6	TILGJENGELIGHET	3
2	DEFINISJON - KLASSIFIKASJON - KRITERIER	4
2.1	DEFINISJON	4
2.2	INNDELING AV DEMENS	5
2.3	DEMENS SYNDROMER – ÅRSAKER OG DIFFERENSIALDIAGNOSER	5
2.3.1	<i>Oversikt over de vanligste årsakene til demens</i>	5
2.3.2	<i>Andre årsaker til demenslignende tilstander</i>	6
2.4	ALDERSPSYKIATRI	6
2.4.1	<i>Alderspsykiatriske pasienter</i>	7
2.4.2	<i>Primærhelsetjenestens tilbud til pasientgruppen</i>	7
2.5	ATFERDSMESSIGE OG PSYKOLOGISKE SYMPTOMER VED DEMENS	7
3	UTREDNING AV PERSONER MED DEMENS	9
3.1	UTREDNING AV PERSONER MED MISTANKE OM DEMENS SYKDOM	9
3.2	MÅLGRUPPE	9
3.3	<i>DEMENSTEAM</i>	9
3.4	UTREDNING AV DEMENS I KOMMUNEN	9
4	ANTATT ANTALL DEMENSPASIENTER I RØMSKOG	9
4.1	ALDERSFORDELING I RØMSKOG JANUAR 2011.....	9
4.1.1	<i>PROSENTVIS ALDERSFORDELING - OGSÅ FORDELT PÅ KJØNN JANUAR 2011</i>	10
4.1.2	<i>ANTATT ANTALL PASIENTER MED DEMENS MED FREMSKRIVNING</i>	10
4.1.3	<i>PASIENTER MED DEMENS I RØMSKOG PR OKTOBER 2012</i>	10
5	TILBUD I RØMSKOG KOMMUNE IDAG	10
5.1	TILBUD INNEN PLEIE OG OMSORG	10
5.1.1	<i>Skjermet enhet</i>	10
5.1.2	<i>Bemanning</i>	11
5.1.3	<i>AVLASTNINGPlasser</i>	11
5.2	DAGTILBUD	11
5.2.1	<i>Tilrettelagt dagtilbud for hjemmeboende og pasienter på Eldresenteret</i>	11
5.2.2	<i>Bemanning dagtilbud</i>	12
5.2.3	<i>Fysisk plassering av dagtilbud</i>	12
5.2.4	<i>Transportbehov</i>	12
5.3	HJEMMEBASERTE TJENESTER	12
5.3.1	<i>Hjemmehjelp</i>	12
5.3.2	<i>Hjemmesykepleie</i>	12
5.4	OPPSØKENDE VIRKSOMHET	12
5.5	MATOMBRINGING	13
5.6	TILBUD TIL PÅRØRENDE	13

6	VEILEDNING FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	13
7	PÅRØRENDES SITUASJON	13
8	RETTSSIKKERHET FOR DEMENTE	14
8.1	SAMTYKKE	14
8.2	OPPNEVNING AV VERGE/HJELPEVERGE	15
9	KOMPETANSE	15
9.1	HOSPITERING	15
9.2	VIDEREUTDANNING	15
9.3	KURS	15
10	INFORMASJON/OPPLYSNING	16
11	REFERANSER	16

1 Innledning

1.1 Oppdrag

I handlingsplan for 2011 er det vedtatt å utarbeide omsorgsplan 2015 inkludert demensplan. Planen skal legges fram til politisk behandling.

1.2 Ansvarlige for utarbeidelse av planen

Lasse Christensen	Kommuneoverlege
Marit Lundby Bohlin	Psykiatrisk sykepleier
Marit Axelsen	Tidligere ass. helse og omsorgsleder

1.3 Planprosessen

Utarbeide plan	Juni 2011
Vedtatt i kommunestyret	Desember 2012
Revideres	Juni 2015

1.4 Formål med plan

- Retningsgivende med tanke på videre arbeid for personer med demens og deres pårørende
- Retningsgivende for ansatte
- Retningsgivende for politikere

1.5 Faglig målsetting

- Opprettholde god livskvalitet for brukeren
- Bedre kognisjon og ADL funksjon (funksjon i dagliglivet)
- Utsette sykehjemsplass
- Forebygge helseskader hos pårørende
- Tidlig diagnostikk
- Tidlig hjelp fra hjelpeapparatet

1.6 Tilgjengelighet

- Tilgjengelig på kommunens hjemmeside
- Papirversjon på kommunens servicetorg

2 Definisjon - klassifikasjon – kriterier

2.1 Definisjon

Demenssyndromet – skyldes en kronisk hjerneaffeksjon som i hovedsak rammer eldre, og har hukommelsessvikt som en dominerende klinisk presentasjon. Hos eldre er demenssyndromet den hyppigste årsak til ervervet kognitiv svikt av en slik størrelsesorden at det går utover funksjonsevnen i dagliglivet (ADL-funksjon).

Kriteriene for demens er i henhold til International Classification of Diseases (ICD 10)

1. Reduksjon i hukommelse, bekreftet av en informant eller ved objektiv undersøkelse.
2. Reduksjon også i andre kognitive funksjoner som språk, dømmekraft, tankeevne, planlegging og evne til å organisere og gjennomføre praktiske handlinger.
3. Ingen reduksjon i våkenhetsgrad.
4. Redusert affektkontroll eller motivasjon, eller forstyrret atferd i sosiale sammenhenger og i det minste i et av de følgende symptomer: emosjonell instabilitet, irritabilitet, apati, atypisk atferd i sosiale sammenhenger.
5. Varighet 6 måneder eller mere.

Kognisjon – av latin *cognoscere*, en åndelig (intellektuell) handling. De mest sentrale kognitive funksjoner er:

- Hukommelse – inndeles oftest i:
 - Korttidshukommelsen (10-30 sek)
 - Langtidshukommelsen
 - Hendelser i nær fortid
 - Hendelser i fjern fortid
- Tolkning av sanseinntrykk, gjenkjenning
- Innsikt forståelse, resonnering, abstrakt tenkning
- Språk
 - Ordfinning
 - Ordforståelse
 - Lesing og skriving
- Orientering vedrørende:
 - Tid
 - Sted
 - Situasjon
 - Egen person
 - Familie
- Å kunne utføre praktiske handlinger – ADL
- Oppmerksomhet

2.2 Inndeling av demens

- Mild demens: Påvirker vanlige ADL funksjoner
- Moderat demens: Kan ikke klare seg uten hjelp av andre
- Alvorlig demens: Nødvendig med kontinuerlig tilsyn og pleie

2.3 Demenssyndromer – årsaker og differensialdiagnoser

Hyppigste årsaker er:

- Alzheimers sykdom 50 - 60 %
- Vaskulær demens 30 – 40 %
- Lewy Body demens 10 - 15 %

Demens av Alzheimers type:

Utvikler skader i hjernen, hvor man kan observere en skrumpling/atrofi av hjernen. Atrofien oppstår som resultat av celledød.

Tidlig debut < 70 år - hvor det foreligger mer uttalte og flere demenssymptomer tidlig i sykdomsforløpet og hvor dette er raskt progredierende. I begynnelsen sees samtidig med sviktende hukommelse, tegn til apraksi, agnosi, språk og eller skrivevansker.

Sen debut > 70 år har som oftest færre symptomer og hvor sykdommen og sykdomsutviklingen er mindre dramatisk. Hukommelsessvikten er det symptom som er mest fremtredene.

Demens av vaskulær type:

Vaskulær demens er en fellesbetegnelse for flere demenssykdommer hvor årsaken er demens enten betinget av et eller flere hjerneinfarkt, en skade eller sykdom i hjernens blodkar eller av manglende blodtilførsel og derav surstoffmangel til hjernen.

Demens med Lewy-body:

- Demens (svekket hukommelse ikke nødvendig tidlig i forløpet)
- Ved to av følgende kriterier er det sannsynlig Lewy-body demens, eller ved ett av følgende kriterier er det mulig demens av Lewy-body type:
Fluktuerende kognisjon, gjentagne synshallusinasjoner, parkinsonisme
- Trekk som støtter diagnosen:
Falltendens, synkope, kortvarig bevissthetstap, overfølsomhet for nevroleptika, vrangforestillinger, andre hallusinasjoner.

2.3.1 Oversikt over de vanligste årsakene til demens

I. Primær degenerative demenssykdommer

- A. Alzheimers sykdom med tidlig debut
- B. Alzheimers sykdom med sen debut
- C. Frontotemporallaps demens/Picks sykdom
- D. Huntingtons sykdom med demens
- E. Parkinsons sykdom med demens
- F. Diffuse Lewy-body sykdom med demens
- G. Andre sjeldne degenerative sykdommer

II. Vaskulær demens

- A. Småkarsykdom (Status lacunaris) –Binsvangers sykdom
- B. Enkeltinfarkt demens / multiinfarkt demens
- C. Hypoksi demens
- D. Blanding av vaskulær demens og Alzheimers sykdom
- E. Andre vaskulære sykdommer og demens

III. Sekundær demens

- A. Alkoholisk betinget demens (vitamin B1 mangel)
- B. Vitaminmangeldemens vitamin B1-B2-B6-B12?
- C. Encefalitt og demens –herpes, lues, AIDS, Borrelia
- D. Creutzfeldt- Jacob sykdom og demens
- E. Hjernesvulst og demens
- F. Hodetraumer og demens (bokserdemens)
- G. Hematomer i hjernen og demens
- H. Normaltrykkhydrocefalus og demens

2.3.2 Andre årsaker til demenslignende tilstander

I. Funksjonelle psykiatriske lidelser:

- A. Depresjon
- B. Psykose

II. Potensielt reversible, ekstrakranielle årsaker til demenslignende sykdomspresenstasjon:

- A. Alle tilstander som gir forvirring
- B. Legemiddelbivirkninger
- C. Hypovitaminose B12
- D. Hypothyreose
- E. Uremi
- F. Hepatisk encefalopati
- G. Lungesvikt
- H. Hjertesvikt
- I. Alkoholisme

2.4 **Alderspsykiatri**

Alderspsykiatri er et spesialisert fagfelt innen psykiatri som retter sin virksomhet mot pasienter med psykiske lidelser som debuterer på eldre år. Noen av sykdommene har organisk årsak som for eksempel demens eller forvirring, mens andre har funksjonelle psykiske lidelser. Aldringsprosessen og den generelle somatiske helsetilstand hos pasienter har ofte betydning for at lidelsene opptrer.

2.4.1 Alderspsykiatriske pasienter (inndeling i henhold til Knut Engdal)

- Personer med demens som har atferdsproblemer og/eller psykiatrisk symptomatologi.
- Pasienter med uavklart demensdiagnose, hvor psykiatrisk symptomatologi er fremtredene.
- Pasienter med alvorlig psykiatrisk lidelse med første gangs debut etter 65/70 år
- Pasienter med en alvorlig psykiatrisk lidelse, tidligere syk, men ingen fast behandlingskontakt i voksenpsykiatrien.
- Eldre psykiatriske langtidspasienter i den utstrekning alderspsykiatrien rår over psykiatriske sykehjemsplasser for omsorg og langtidsbehandling.

2.4.2 Primærhelsetjenestens tilbud til pasientgruppen

Mange eldre med alvorlig grad av demens og forvirring må i institusjon.

Man bør etterstrebe at også denne gruppen blir tilstrekkelig utredet.

De fleste pasientene vil få tilbud i form av vanlig sykepleietjeneste i institusjon eller hjemme.

Langtidsbehandling av eldre med særlig vanskelig atferd bør skje i skjermede avsnitt ved kommunale sykehjem med eventuell veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Det vil også være en utfordring å gi denne pasientgruppen nødvendig psykiatrisk pleie.

2.5 Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

I. Depresjon og tilbaketrekking

A. Depresjon opptrer hyppig ved demens og er betinget av psykologiske og biologiske faktorer. Tap av evnen til å mestre dagliglivets oppgaver kan være en utløsende faktor.

B. Kan ha nytte av antidepressiva av gruppen SSRI

II. Angst og katastrofereaksjon

A. Hyppig forekommende ved demens – hukommelsen svikter og man gjenkjenner ikke situasjonen

B. Manglende evne til å overskue egen situasjon

C. Sviktende evne til å sørge for seg selv og forstå sin fremtid.

D. Angst opptrer for tidligere uproblematisk ting som for eksempel å bli alene

E. Opptreden av panikkangst i enkle situasjoner den demente ikke kan forstå; blir redd og aggressiv, setter seg til motverge eller flykter unna

III. Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner

A. Vrangforestillinger kan opptre som følge av tidsforskyvning eller kognitiv svikt – vrangforestilling behøver ikke bety at pasienten er psykotisk

B. Manglende forståelse for det som skjer – endret realitetssans (f.eks kan personer på TV oppfattes som tilstedeværende.

C. Manglende oversikt – tanker om å bli bestjålet eller for eksempel sjalusiparanoide ideer

IV. Personlighetsendring

På grunn av sviktende intellektuelle evner og sviktende mestring øker tendensen til mer primitive reaksjoner. Livslange psykologiske mestringsstrategier og forsvarsmekanismer svekkes.

A. Noen endrer personlighet i liten grad og klarer å holde på det vi kan kalle normale sosiale konvensjoner

B. Pasienter med store strukturelle skader i pannelappen (ved Alzheimers sykdom) og ved degenerativ frontotemporal demens – kan forandre personligheten helt og få det som vil bli betegnet som ”vanskelig atferd”.

V. Apati, interesseløshet og rastløs motorisk atferd

A. Den hyppigste atferdsendring ved demens er apati og passivitet. Pasienten blir stillesittende, slutter med hobbyvirksomheter, slutter å lese avisen, følger ikke med på samtaler osv. Sitter eller ligger mye. Oppfattes å være rolige og bekymrer eller forstyrrer ikke omgivelsene.

B. Rastløs og motorisk urolig. Defineres som atferdsforstyrrelse og fører ofte til medisinerings for å redusere den tilsynelatende meningsløse hyperaktiviteten. Pasientene blir oppfattet som problempasienter og uromønter som forstyrrer de andre pasientene. Medisinering løser sjelden problemene. Uro og hyperaktivitet krever at hjelpeapparatet bør se på pasientens tidligere handlingsmønster, eventuelt tidligere arbeid og interesser.

VI. Irritabilitet og aggresivitet

Irritabilitet og aggresivitet defineres ofte som vanskelig atferd og kan være vanskelig å forholde seg til. Årsakene kan være mange; type demens – grad av demens, personlighetstype, manglende forståelse av egen svikt, angst, sviktende samhandling mellom pasient og miljø med mer.

VII. Repeterende handlinger

Det er ikke enkelt å forstå denne type atferd – og den kan være vanskelig å forstå for omgivelsene.

VIII. Forandret døgnrytme

Den demente pasient sover mye – årsaken til dette er kan være mange; passivitet, manglende konsentrasjonsevne og oppmerksomhet, nedsatt ”deltagelse i omverdenen”.

Innsøvningsvansker og hyppige oppvåkninger kan skyldes at pasienten sover mye på dagtid.

Dersom døgnrytmen endrer seg brått, kan dette tale for delir og en utredning av generell somatisk helsetilstand er nødvendig

3 Utredning av personer med demens

3.1 Utredning av personer med mistanke om demenssykdom

Tidlig tiltak og utredning vil ikke forhindre demensutvikling, men kan utsette sykdomsutviklingen. På denne måten kan man bidra bedre livskvaliteten for både pasienten og pårørende.

3.2 Målgruppe

Personer med mistanke om demenssykdom i ulike stadier. Det er viktig at hjelpeapparatet kommer inn på tidlig tidspunkt.

3.3 Demensteam

Kommunens inntaksteam innen pleie og omsorg fungerer som demensteam. Teamet er tverrfaglig sammensatt og møtes annen hver uke (partallsuker) Her drøftes:

- Utredning
- Igangsetting av tiltak, både offentlig og private
- Råd og veiledning til brukere, pårørende og ansatte.

3.4 Utredning av demens i kommunen

1. Hjemmesykepleier eller fastlege gjør en vurdering ved mistanke om demens. Pårørende bør være tilstede ved dette besøket.
2. Pasienten utredes videre hos egen fastlege – med tanke på om det kan være somatiske årsaker til demens utviklingen. Pårørende bør være med på denne konsultasjonen.
 - Andre sykdommer som for eksempel sukkersyke, stoffskiftesykdommer, mangelsykdommer osv
 - Bivirkninger av medisiner?
 - Laboratorieprøver: Blodprøver - urinprøve
 - CT /hode bestilles
 - MMS gjøres hos fastlege / sykepleier
3. Spesialisthelsetjenestens tilbud:
 - Pasienten kan henvises geriatrisk poliklinikk
 - Pasienten henvises alderspsykiatrisk avdeling
4. Fastlege/hjemmesykepleieren må sørge for regelmessig oppfølging både av den demente og de nærmeste pårørende.

4 Antatt antall demenspasienter i Rømskog

4.1 Aldersfordeling i Rømskog januar 2011

Aldersgruppen	70 - 79 år	80 personer
Aldersgruppen	> 80 år -	58 personer

4.1.1 Prosentvis aldersfordeling – også fordelt på kjønn januar 2011

Aldersgrupper	Totalt	Kvinner	Menn	antall
70-79 år	12%	42	38	80
80 – 89 år	7%	25	22	47
>90 år	2%	8	3	11
Totalt % av befolkningen	21%	11%	9%	
Antall		75	63	138

4.1.2 Antatt antall pasienter med demens gj.snitt med fremskriving fra 2011-2020

Aldersgruppe	Ca antall (total-befolkning)	Statistisk antall prosent med demens	Antatt antall demente i Rømskog Statistisk
70 – 79 år	80	4 %	3
80 – 89 år	47	24 %	11
>90 år	11	30 %	3
Totalt			17

4.1.3 Pasienter med demens i Rømskog pr oktober 2012

	Med demensdiagnose	Symptomer på demens uten diagnose
Sykehjem	6	3
Hjemmeboende	0	5

5 Tilbud i Rømskog kommune

5.1 Tilbud innen pleie og omsorg

5.1.1 Skjermet enhet

Tilrettelagt skjermet enhet åpnet i 2000. Det er 4 plasser i enheten, pr oktober 2012 er det et pasientbelegg på 5 plasser. Tilbudet kan tilrettelegges etter individuelle behov. Enheten har enerom med eget bad/wc, alle med utgang til veranda. Rommene er også tilknyttet en tilrettelagt sansehage og med 2 fellesareal

Tilbud om fast plass gis etter følgende kriterier:

- Diagnostisert demens

- Vanskelig adferd
- Urolig/vandrende
- Behov for individuell skjerming
- Kunne nyttiggjøre seg avdelingens tilbud

5.1.2 Bemanning

Bemanning på skjermet enhet er 2 pleiere på formiddag og 1 på ettermiddag på hverdager og 1 pleier på formiddag og ettermiddag på helger. Felles nattevakter med sykehjemsavdelingen. Enheten ligger nær knyttet til den andre sykehjemsavdelingen, slik at det er naturlig å samarbeide ved behov. Alle pasientene har en primærkontakt.

5.1.3 Avlastningsplasser

Det tilrettelegges for avlastningsplasser ved behov.

Det tilstrebes nær kontakt mellom dagtilbud og avlastningsplasser for å lette overgangen og den demente kan lettere finne seg til rette.

5.2 Dagtilbud

I nasjonal demensplan er det et mål at alle kommuner innen 2015 bør tilby et dagaktivitetstilbud til personer med demens, og at kapasiteten øker betydelig. Regjeringen vil lovfeste kommunenes plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens når ordningen er bygget videre ut. Alle kommuner som skal etablere nye dagaktivitetsplasser for hjemmeboende personer med demens kan søke om tilskudd, noe som Rømskog kommune vil benytte seg av.

Dagtilbud har som målsetting:

- en bedre hverdag for den demente (aktiviteter som gir følelse av mestring reduserer angst og depresjon hos den demente)
- avlastning for de pårørende gir økt livskvalitet slik at de orker å stå lenger i en omsorgssituasjon

Dagtilbud skal være meningsfylt for den syke og avlaste pårørende. I mange tilfeller kan slike tilbud bidra til å hindre eller utsette institusjonsinnleggelse. Dagtilbudet tar sikte på å sette sammen en gruppe som fungerer godt med tanke på trivsel, trygghet, adferd og personlighet. Det vil være brukernes behov og interesser som til enhver tid bestemmer hvilke aktiviteter som er aktuelle. Det er viktig å innhente bakgrunnsopplysninger om dagpasientene i nært samarbeid med pårørende, for at personalet kan legge til rette for best mulig tjeneste.

5.2.1. Tilrettelagt dagtilbud for hjemmeboende og pasienter på eldrecenteret

Eldrecenteret har en gruppe for demente på arbeidsstua 1 dag pr. uke

Kriterier for hjemmeboende:

Demens i tidlig fase

Kostnader for hjemmeboende dekkes delvis av en egenbetaling etter statens regulativ.

Følgende tjenester er også tilgjengelig for brukerne:

- Tannpleier
- Fotpleier
- Frisør

5.2.2 Bemanning dagtilbud

Det er aktivtøeren og en fra hjemmesykepleien, evt. psykiatrisk sykepleier som leder gruppa

5.2.3. Fysisk plassering av dagtilbud

Sykehjemmets arbeidsstue.

5.2.4. Transportbehov

Det vil være behov for tilbud om transport til og fra hjemmet til dagtilbudet.

- Tidspunkter må være avtalt
- Muligheter for å bruke hjemmesykepleiens bil

5.3 Hjemmebaserte tjenester

Hjemmesykepleien er tilgjengelig hele døgnet.

Hjemmesykepleie og hjemmehjelp blir tildelt etter vedtak.

5.3.1 Hjemmehjelp:

Hjemmehjelpstjenesten er en viktig ressurs i å observere begynnende demens.

Kartlegging av behov – for eksempel hjelp til:

- Rengjøring
- Vask av tøy
- Tilsyn

5.3.2 Hjemmesykepleie:

- Nødvendig helsehjelp

Som betyr for eksempel:

- Administrering av medisiner
- Hjelp til personlig hygiene, og nødvendig hjelp etter behov.
- Hjelp til toalettbesøk
- Nødvendig hjelp til måltider
- Utkjøring av varm mat
- Tilsyn etter behov, eventuelt i samarbeid med pårørende
- Behjelpelig med å søke om tekniske hjelpemidler

5.4 Oppsøkende virksomhet

Ønske om å opprette en forebyggende oppsøkende virksomhet til eldre over en gitt alder som ikke har kommunale tjenester. Målsetting vil være:

- Styrke den eldres mulighet for egenmestring
- Bevare funksjonsnivået lengst mulig

- Forebygge sykdom, ulykker og isolasjon
- Styrke det sosiale nettverket
- Informasjon om kommunens tilbud og tjenester

Arbeidet med å planlegge forebyggende oppsøkende virksomhet starter i 2013.

5.5 Matombringing

Sviktende ernæring er ofte en konsekvens av demens. Rømskog eldresenteret tilbyr etter vedtak varm, hjemmelaget mat til hjemmeboende.

5.6 Tilbud til pårørende

Kommunen legger til rette for opplysning, veiledning og pårørende-forening i samarbeid med andre kommuner.

6 Veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Lov om spesialisthelsetjenesten

§2-7 Opplæring, etterutdanning og videreutdanning

Eier av virksomhet som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig

Spesialisthelsetjenesten:

- Plikter å gi opplæring og veiledning når kommunens kompetanse ikke strekker til.
- Må gi hjelp til utredning og tilrettelegging ved vanskelige tilfeller

Viser til gjeldene samarbeidsavtaler med Akershus universitetssykehus.

7 Pårørendes situasjon

Når det gjelder pårørendes situasjon i forbindelse med demens, vil det være en styrke å vite at det finnes en plan som er utviklet og satt i system for å kunne hjelpe i slike situasjoner. Vissheten om at en slik plan finnes, vil gi en følelse av trygghet også hos de pårørende. Dessuten vil en aktiv markedsføring av de tilbud og aktiviteter som planen beskriver, være et kjærkomment helsetilbud i kommunen.

En kan enda ikke se bort fra at det hos enkelte fortsatt er forbundet visse "tabu"- forestillinger når det gjelder demens som lidelse og sykdom. Det må derfor være viktig å ufarliggjøre demens både hos pasient og hos pårørende. Dette kan best gjøres gjennom generell opplysning om sykdommen ved beskrivelse av symptomer, hvordan disse kan utvikle seg over tid og dessuten drive aktiv markedsføring av den foreliggende demensplanen.

Denne form for opplysnings- og informasjonsvirksomhet kan utføres på mange plan: via media på lokalplanet, ved ulike former for informasjonstiltak i lag og foreninger, og ikke minst bør helsepersonell se dette som en spesiell oppgave i sin kontakt med pasienter, brukere og pårørende i sammenhenger som i utgangspunktet ikke dreier seg om demens.

Også i tilfeller der mistanke om demens kan være under utvikling, er det viktig at både pasient og pårørende fra før har et fortrolig og trygt forhold til helsevesenet generelt og til hjelpeapparatet innen demensarbeidet spesielt. Når et slikt forhold er til stede, vil det lettere kunne settes inn tiltak på et tidlig stadium, og totalsituasjonen både for pasient/ bruker og pårørende vil få en langt mykere utvikling og overgang enn når sykdommen først kommer "fram i dagen" som krisetilfelle.

Overfor pårørende vil det være viktig å etablere god kontakt mellom pasient og hjelpeapparat. Det er også viktig at pårørende får tilbud om aktiv medvirkning.

Demensplan og informasjon er tilgjengelig på Rømskog kommunes hjemmesider

8 Rettssikkerhet for demente

8.1 Samtykke

Samtykke til helsehjelp er hjemlet i pasientrettighetsloven §4

§4-1 Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

§ 4-3. Hvem som har samtykkekompetanse

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) Myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser og
- b) Mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art.

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter.

Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke etter annet ledd. Helsepersonellet skal ut fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5.

Avgjørelse som gjelder manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Mangler pasienten nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for helsepersonell som angitt i § 4-8.

§ 4-6. Samtykke på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse

Dersom en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse, kan den som yter helsehjelp ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet.

Pasientens nærmeste pårørende kan samtykke til helsehjelp som ikke er omfattet av første ledd. Annen helsehjelp kan gis hvis det anses å være i pasientens interesser, og det er

sannsynlig at pasienten ville ha gitt tillatelse til slik hjelp. Det kan innhentes informasjon fra pasientens pårørende for å avgjøre hva pasienten ville ønsket. Helsehjelp etter første og annet ledd kan ikke gis dersom pasienten motsetter seg dette, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser.

§ 4A

Regler fra 2008 har ført til endringer i bruk av tvang.

Hvis pasienten motsetter seg helsehjelpen, kan den ikke gis i medhold av representert samtykke etter pasientrettighetsloven §4-6. Det kreves i disse tilfellene en særskilt lovhjemmel for at helsehjelp skal gis. Dette er nå gitt regler om i pasientrettighetsloven §4A. Grunnvilkår for å gi helsehjelp til en pasient som motsetter seg hjelp og som mangler samtykkekompetanse:

- Det skal prøves tillitskapende tiltak før helsehjelpen gis, med mindre det er å anse som åpenbart formålsløst.
- Dersom det kan medføre vesentlig helseskade for pasienten om helsehjelpen ikke blir gitt
- Helsehjelpen må regnes som nødvendig og hjelpen må stå i forhold til behovet for hjelp
- Det skal foretas en samlet vurdering av om helsehjelpen klart fremstår som den beste løsning for pasienten.

Samtykke skal foreligge skriftlig

8.2 Oppnevning av verge/hjelpeverge

Ved utvikling av demens vurderes oppnevning av hjelpeverge

Kjennetegn ved demensutvikling :

- Manglende hukommelse
- Manglende evne til å forstå pengenes verdi
- Manglende dømmekraft
- Manglende oversikt over egen formue og egne midler,
- Svekket evne til å forstå kjøp og salg i vesentlig grad.

Når pasienten med demenssykdom ikke lenger kan ivareta sin egen økonomi og sine interesser bør dette diskuteres med pårørende og pasienten selv i den utstrekning han eller hun kan forstå problemstillingen.

I de fleste tilfeller er det tilstrekkelig å foreslå oppnevning av hjelpeverge.

Et familiemedlem eller en utenforstående kan være hjelpeverge, men nært slektskap frarådes.

Oppnevning av hjelpeverge må ikke skape unødvendige konflikter i den dementes familie.

9 Kompetanse

91 Hospitering

Alle som arbeider med personer med demenssykdom bør få tilbud om å hospitere på relevant avdeling. Hospitering bør være minimum 3- 5 dager.

9.2 Videreutdanning

Det skal legges til rette for relevant videreutdanning.

9.3 Kurs

- Det tilbys ofte kurs vedrørende ulike forhold som omfatter personer med demens,
- 17 av pleierne i Rømskog kommune har gjennomført Demensomsorgens ABC
- Hjemmehjelpere skal øke kompetansen ift demens. Tilby tilrettelagte kurs samt veiledning.

10 Informasjon/opplysning

Rømskog kommune er ansvarlig for ekstern og intern informasjon. Det må også samarbeides med aktuelle lag og foreninger om midler.

- Informasjonsmøter
- Pårørendemøter
- Informasjon via offisielle kanaler som Rømskog kommunes hjemmeside og "Rømsjingen".

11 Referanser

Knut Engdal /Per Kristian Haugen:	Aldersdemens, fakta og utfordringer, lærebok 1996
Knut Engedal:	Urunde hjul, Alderspsykiatri i praksis 2000
Tidsskrift for den norske legeförening:	5/2002: Diagnostikk og behandling av demens (s.520 – 524) 5/2002: Demens med Lewy-legemer (s 525 - 529)
Rapport utgitt 08/2007:	Glemsk, men ikke glemt!
St.melding nr.25:	Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer (2005 - 2006) Demensplan 2015 "Den gode dagen"



**SAK: REGIONAL SAMHANDLINGSADMINISTRASJON -
ORIENTERINGSSAK**

Behandler organ:	Møtedato	Sak nr.	Ark.nr.
Utvalg for oppvekst og omsorg	08.11.12	19/12	421

Saksbehandler: Anne Kirsti Johnsen

1. HVA SAKEN GJELDER:

Samhandlingsprosjektet Nedre Romerike og Rømskogs anbefaling om opprettelse av felles regionalt samhandlingskontor.

2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:

Orienteringen tas til etterretning.

Rådmannen i Rømskog, 31.10.12

Anne Kirsti Johnsen
rådmann

3. VEDTAK:

4. SAKENS FAKTA:

Samhandlingsprosjektet Nedre Romerike og Rømskog og prosjektets delmandat om å utrede et interkommunalt samhandlingskontor er avsluttet.

Mandatet var:

Utredningen skal ta utgangspunkt i foreslåtte tjenester og utrede kompetansebehovet, gevinster og ulemper, samt dimensjonering av et regionalt samhandlingskontor. Utredningen skal fremme forslag til hvordan et regionalt samhandlingskontor skal representere kommunene, prosesser for involvering av kommuner og hvilken fullmakt den skal ha. Utredningen skal fremme forslag til struktur mellom de berørte i kommunen på politisk og administrativ nivå, for å utvikle felles forståelse for utfordringer og løsninger (samhandlingskultur).

I tillegg har prosjektet bedt om å foreta en utredning av om et regionalt samhandlingskontor kan være et nyttig redskap for å håndtere nye forvaltningsoppgaver.

I rapporten vurderes det om det er formålstjenlig å etablere et administrativt samarbeid mellom kommunene som kan legge til rette for kommunenes håndtering av

- samhandling med helseforetaket blant annet gjennom samarbeidsavtaler



- kompetanseutvikling som konsekvens av nye oppgaver som overføres til kommunene
- krav om medvirkning til forskning.

Rapporten anbefaler at det opprettes et *regionalt samhandlingskontor* for alle kommunene for å bistå kommunene der kommunene opptrer som en region og/eller har felles utfordringer på et mer overordnet forvaltningsnivå.

Samhandlingsreformen er en retningsreform som bl.a. skal overføre oppgaver og ansvar fra helseforetak til kommunene. Samarbeidsavtaler innen en rekke områder er fremforhandlet mellom kommunene og helseforetaket, men prosessene knyttet til oppfølging av disse er ikke ferdige. Dette er et arbeid som må følges opp tett og kommunene står sterkere dersom de møter Ahus som en godt forberedt region i forhandlinger og i løsning av ulike utfordringer i samhandlingsfeltet. Samhandlingskontoret kan bidra til gode og inkluderende prosesser mellom kommunene og et profesjonelt og likeverdig forhold til Ahus.

Rapporten anbefaler også at det regionale samhandlingskontoret har en pådriver- og koordinerende rolle i forhold til felles utfordringer knyttet til utvikling av kompetanse og forskning og utvikling (FoU).

Rapporten foreslår at det regionale samhandlingskontoret organiseres som et vertskommunesamarbeid. Videre at det etableres et Samhandlingsforum bestående av representanter på kommunalsjefsnivå innen helse- og sosial i alle kommunene for å sikre god forankring i kommunene. Finansieringen foreslås som en kombinasjon av grunnfinansiering og fordeling etter innbyggerantall.

Rapporten er behandlet i prosjektgruppen og styringsgruppen. I styringsgruppen ble følgende vedtak fattet:

1. Kommunene Lørenskog, Skedsmo, Rælingen, Fet og Nittedal etablerer et regionalt samhandlingskontor.
2. Regionalt samhandlingskontor bemannes med to årsverk
3. Oppstart første halvår 2013
4. Det regionale samhandlingskontor organiseres som et vertskommunesamarbeid med Rælingen som vertskommune med ansvar for drift og organisering.
5. For å sikre forankring og utvikling i deltakerkommunene, etableres et regionalt Samhandlingsforum bestående av kommunalsjefnivå innenfor helse.
6. Finansieringen fordeles mellom kommunene etter modell 25 % grunnfinansiering og 75 % etter innbyggertall
7. Etter etablering vil kommunene ta stilling til om de øvrige kommuner i Ahus sitt nedslagsfelt skal inviteres til å delta i samarbeid rundt håndtering av partsforholdet til Ahus.
8. Rådmann gis fullmakt til å inngå avtale med vertskommune om etablering av regionalt samhandlingskontor i tråd med saksfremlegget.

Rømskog, Aurskog-Høland og Sørumsund ønsket å avvende saken for bl.a å drøfte den politisk og med Helseforetaket.

5. RÅDMANNENS VURDERING:

Det bør drøftes hvorvidt kommunen skal gå inn i dette samarbeidet eller søke andre konstellasjoner.



SAK: TILSTANDSRAPPORT FOR GRUNNSKOLEN I RØMSKOG

Behandlende organ:	Møtedato	Sak nr.	Ark.nr.
Utvalg for oppvekst og omsorg	08.11.12	20/12	212
Kommunestyret	08.11.12	60/12	212

Saksbehandler: Unni Degnes

1. HVA SAKEN GJELDER:

Rapport om tilstanden i opplæringen for skoleåret 2011/2012.

2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:

1. Tilstandsrapport for grunnskolen skoleåret 2011/2012 tas til orientering
2. Forslag til målbare mål for de enkelte områdene utarbeides og legges frem til politisk behandling.

Rådmannen i Rømskog, 01.11.2012

Anne Kirsti Johnsen
rådmann

Unni Degnes
tjenesteleder

3. VEDTAK:

3.1. UTVALG FOR OPPVEKST OG OMSORGS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:

4. SAKENS FAKTA:

Fra 1. august 2009 ble det fastsatt i opplæringsloven og privatskoleloven at skoleeiere plikter å utarbeide en årlig rapport om tilstanden i opplæringen. Den årlige tilstandsrapporten skal drøftes av skoleeier, dvs. kommunestyret.

Skoleeier skal aktivt arbeide for å legge til rette for å bedre elevenes læringsresultater. Skoleeier skal ha fokus på hvordan elevene kan få bedre utbytte av ressursene som settes inn for at de skal lære, og hvilke virkemidler som virker inn på læringsutbyttet. Nyere forskning fra NTNU hevder at det ikke er en direkte sammenheng mellom resultater og klassestørrelse, kostnader pr elev, andel lærere med videreutdanning eller andel assistenter. Undersøkelsen viser at de faktorene som påvirker læringsresultatene mest er kommunikasjon og tilbakemeldinger mellom rektor og lærere om elevenes læring, undervisningsmengde og tilbakemeldinger fra lærer til elev, samt den enkelte lærers engasjement.



Tallmaterialet i tilstandsrapporten bygger på Nasjonale prøver som holdes i 5. klasse og brukerundersøkelsen "Elevundersøkelsen" som gjennomføres i 6. og 7. klasse.

I tillegg er det innhentet resultater fra nasjonale prøver i regning og lesing på 8. trinn samt eksamensresultater på 10. trinn fra Bjørkelangen skole.

Kommunenes tilstandsrapport skal også inneholde vurderinger av voksne deltakere som får opplæring etter opplæringsloven kapittel 4A. Rømskog har ikke hatt opplæring av voksne som har rettigheter etter opplæringsloven i 2011/2012.

Tilstandsrapporten er unntatt offentlighet etter forvaltningsloven § 13 og personopplysningsloven § 2 nr. 1 fordi Rømskog skole har så få elever at opplysningene er identifiserbare, og at antall Rømskog-elever på Bjørkelangen er under 15 per trinn.

Rapporten tar for seg en del av målene i Rømskog kommunes handlingsplan.

Sammen med de andre kommunene i Indre Østfold vil Rømskog i 2013 delta i et prosjekt finansiert av Fylkesmannen som har som mål å arbeide systematisk for å bedre skoler resultatene. Prosjektet søkes knyttet til det nasjonale prosjektet "Lærende regioner".

5. RÅDMANNENS VURDERING:

Tilstandsrapporten gir et godt bilde av læringsresultater og læringsmiljø ved Rømskog skole, og et visst bilde av læringsresultatene på ungdomstrinnet. Utdanningsnivået er i Rømskog er lavt, og derfor er det desto viktigere at det offentlige dvs skolen kan bety en forskjell. Når vi vet at utdanning er den faktoren som har størst betydning for fremtidig helse bør innholdet i skolen vies stor oppmerksomhet. En god skole vil også være et fortrinn for å kunne få økt tilflytting til Rømskog.

6. AKTUELLE VEDLEGG (Unntatt offentlighet):

Tilstandsrapport for grunnskolen i Rømskog (unntatt offentlighet jfr. forvaltningsloven § 13 og personopplysningsloven § 2 nr. 1.)