

# Demensplan 2024-2028

Demensplan 2024-2028 setter søkelys på demens og hva Sola kommune sammen med innbyggerne vil gjøre for at personer med demens og deres pårørende kan ha en god hverdag. Stadig flere rammes av demens. Sykdommen berører den syke, dens familie, venner og omgivelser. Hvordan omgivelsene møter de som rammes har betydning for hvordan forløpet av sykdommen blir og hvordan livet kan leves. Det er viktig at personer med demens gis anledning til å medvirke i eget liv. Det er ulikt hva som gjør dagen god for den enkelte. I møtet med den rammede og pårørende kan vi stille spørsmålet "hva er viktig for deg?" Slik kan vi hente fram hva som gir opplevelse av en verdig og meningsfylt hverdag for den enkelte, og legge til rette for best mulig livskvalitet for kommunens innbyggere til tross for demenssykdom og de begrensninger sykdommen måtte medføre.

## Innholdsfortegnelse

### 1 Om dokumentet og plan-prosessen

#### 1.1 Oppbygging, medvirking og samskaping

#### 1.2 Bakgrunn

### 2 Demensvennlig kommune

### 3 Demens

### 4 Pårørende

### 5 5.0 Personer med utviklingshemming og demens

### 6 6.0 Personer med minoritetsbakgrunn og demens

### 7 Personer med utfordringer med rus/psykiatri og demens

### 8 Unge personer med demens

### 9 Samhandling i tjenesten

### 10 Kunnskap og kompetanse

### 11 Tjenestetilbudet i Sola

#### 11.1 Fastlege

#### 11.2 Hukommelsesteam

#### 11.3 Tjeneste- og koordineringskontor(TKK)

#### 11.4 Demenskoordinator

11.5 Kognitive hjelpemidler og velferdsteknologi

11.6 Dag- og aktivitetstilbud

11.7 Frivillighetsarbeid

11.8 Middagsombringing

11.9 Hjemmetjenesten

11.10 Avlastning i institusjon

11.11 Korttid- og rehabiliteringstilbud

11.12 Botilbud med heldøgnsomsorg

11.13 Pårørendeskolen

11.14 Samtalegrupper for pårørende

11.15 Miljøtjenesten

12 Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

13 Handlingsplan for demens i Sola

# 1 Om dokumentet og plan-prosessen

Demensplan 2024-2028 er en temaplan med fokus på demens og hvordan Sola kommune, sammen med innbyggerne vil møte behovene hos personer som er berørt av demenssykdom. Ett viktig formål med planen er å synliggjøre behovene personer med demens og deres pårørende har, øke kunnskapen om demens i samfunnet og beskrive tiltak som kan ivareta en god og bærekraftig demensomsorg fremover.

Planperioden er satt til 4 år. Tiltakene berører hele samfunnet, næringslivet, frivilligheten, kommunens tjenester og kommunens rolle som samarbeids- og samskappingsaktør. Når planperioden nærmer seg slutten, må måloppnåelse evalueres og en rullering av planen vurderes.

Planen er forankret i alle virksomheter innunder levekårsområdet i form av medvirkning og innspill, samt deltakelse i utarbeiding av handlingsplan for demensarbeidet i kommende år. Planen forankres videre i Utvalg for Levekår. Tiltak i handlingsplan som omfatter økonomiske investeringer og ressurser løftes opp til behandling i formannskap. Oppfølging av planens tiltak må synliggjøres i avdelingenes og virksomhetenes budsjett og virksomhetsplaner. Tiltak som krever finansiering, må vedtas i budsjett og økonomiplan.

## 1.1 Oppbygging, medvirkning og samskaping

Innledningsvis beskrives bakgrunn og mål for planarbeidet, forankring, og prosess. Deretter følger en beskrivelse av demens, forventet utvikling, hva personer med demens og deres pårørende sier er viktig for dem, og en oversikt over dagens tjenester. Til slutt følger forslag til forbedringer. Forbedringene beskrives under innsatsområder med mål og konkrete tiltak. Tiltakene er ikke kostnadsberegnet. Tiltak som krever egen finansiering, må følges opp i budsjett og økonomiplan før de kan iverksettes. Tabellene med tiltak viser også hvilke hovedmål og delmål i Samfunnsplanen tiltakene er forankret i.

### 1.1.2 Medvirkning

Planen er utarbeidet av en bredt sammensatt faggruppe representert fra ulike virksomheter innad i Levekår, og i dialog med personer med demens, pårørende, frivillige og fagpersoner innen demensomsorgen. Planens forslag er basert på kartlegging av dagens tilbud, erfaringer og behov, Nasjonal faglig retningslinje for demens og flere andre kilder.

### 1.1.3 Samskaping

Begrepet samskaping brukes flere steder i planen. Sola kommune ønsker å skape gode og bærekraftige løsninger sammen med innbyggerne i kommunen. Samskaping er derfor et av satsingsområdene i kommunens Samfunnsplan. Gjennom samskaping som metode inviteres innbyggere og andre relevante aktører inn som likeverdige parter i arbeidet med å definere utfordringer, behov og utarbeide løsninger. Målet er felles eierskap og tilhørighet til de tiltak som utarbeides.

## 1.2 Bakgrunn

Den demografiske utvikling tilsier en sterk vekst i den eldre befolkningen, og dermed en stor økning i antall personer som lever med demenssykdom. Undersøkelser viser at Sola kommune kan forvente en dobling av antall personer med demens i perioden 2020-2040.

Nasjonalt har det fra 2015 vært satt søkelys på å bedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. I Demensplan 2025 omtales demens som en betydelig folkehelseutfordring. Flere vil få sykdommen og det er behov for tidligere diagnostisering, bedre oppfølging tidlig i forløpet og økt kunnskap om demens, slik at fordommer bygges ned. I løpet av sykdomsperioden vil de fleste ha behov for ulike helsetjenestetilbud - i eget hjem, i omsorgsbolig eller ved institusjon. Deres nærmeste pårørende vil ha behov for støtte og avlastning.

Flere nasjonale føringer skriver om krav og forventninger til den kommunale demensomsorgen. Stortingsmeldingen «Leve hele livet» (Meld. St. 15) peker på kommunen sitt ansvar for at eldre og syke skal ha en trygg, god og meningsfull alderdom.

I demensomsorgen i Sola vil vi særskilt belyse seks fokusområder:

- Forebygging
- Kunnskap og kompetanse
- Diagnostisering og oppfølging etter diagnose
- Fleksible og differensierte aktivitets- og avlastningstilbud
- Tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet
- Deltakelse og involvering

Demensomsorgen i Sola kommune skal preges av et helhetlig og tilpasset tilbud, tidlig utredning og veiledning til både pasienter og pårørende. For å klare dette kreves et godt samarbeid både internt i kommunen, med samarbeidende kommuner, og med spesialisthelsetjenesten.

## 2 Demensvennlig kommune

Et demensvennlig samfunn er et samfunn som er tilrettelagt slik at mennesker med demens kan møte forståelse, respekt og støtte, og har mulighet til å være inkludert, delta i nødvendige hverdagsaktiviteter som å handle, bruke offentlig transport, delta i kulturaktiviteter og lignende. Økt kunnskap om demens kan også styrke arbeidsgivere i møte med ansatte som rammes av demens. Nasjonalforeningen for folkehelsen tilbyr kommuner og næringsliv bistand til å bli mer demensvennlig gjennom kursing og annen opplæring. Kommunene tilbys en avtale som er gratis, men som forutsetter at kommunen oppretter en arbeidsgruppe for rekruttering og opplæring av ansatte i privat og offentlig servicenæring i sin kommune. (Eks. butikker, apotek, bibliotek, kollektivtrafikk, drosje, kafe osv.)

I november 2021 signerte Sola kommune avtalen om å være en demensvennlig kommune sammen med Nasjonalforeningen for folkehelsen og Sola demensforening.

Sola kommune vil med dette være med å skape gode holdninger i lokalsamfunnet og større åpenhet om demens. Sola kommune gir opplæring til personell i offentlig og privat servicenæring. Målet er å gi innbyggere med demenssykdom best mulig livskvalitet, slik at han/hun kan leve med sykdommen og ha et aktivt liv med opplevelse av mestring lengst mulig.

Frivillig sektor er en viktig aktør som gir både tilbud til personer med demens og deres pårørende, og setter søkelys på hva som er viktig for å kunne leve et godt liv med sykdommen. Folkeopplysning og bevisstgjøring er nødvendige ingredienser i arbeid med demensvennlig samfunn.

Norge og herunder kommunene plikter å legge til rette for personer med nedsatt funksjonsevne (Regjeringen, 2024). Gjennom CRPD skal en sikre respekt for de gjeldende sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. For å kunne gjøre dette er det vesentlig at fokus på et demensvennlig samfunn løftes opp på arenaer hvor mennesker uten funksjonsnedsettelse lever og ferdes, slik at disse også tilgjengeliggjøres for dem som har behov for tilrettelegginger.

## 3 Demens

Demens er en fellesbetegnelse for flere kroniske sykdommer eller skader i hjernen. Demens kan ramme alle. De aller fleste former oppstår uten kjent arvelig komponent. Den viktigste selvstendige risikofaktoren er høy alder, men også yngre mennesker rammes.

Alzheimers sykdom er mest kjent, men også hjerneslag og andre sykdommer og skader i hjernen kan medføre demens. Det er også funnet sammenheng mellom både Parkinsons sykdom, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes, alkoholmisbruk og utvikling av demens. Personer med utviklingshemming har ofte flere sammensatte diagnoser, noe som kan påvirke forløp i både aldringsprosess og demensutvikling. For personer med lettere til moderat grad av utviklingshemming kan en av fem over 60 år forvente å få en demenssykdom.

Personer som rammes av demens vil gradvis få økte symptomer som:

- Glemsomhet, især for nyere hendelser
- Problemer med å utføre vanlige dagligdagse oppgaver
- Tap av initiativ og engasjement
- Språkvansker
- Problemer med å huske tid og sted
- Redusert dømmekraft
- Endringer i humør, personlighet og væremåte

Noen av symptomene kan forveksles med andre tilstander. Symptomene kan også gi endringer i adferd og kognitive evner som er vanskelig å håndtere og kan medføre skam. Noen vil i startfasen kunne være deprimerte, engstelige og trekke seg tilbake. Pårørende, venner og arbeidskolleger kan også legge merke til at vedkommende har endret seg, men kan vegre seg for å ta det opp.

Senere i forløpet vil det kunne være større endringer i personlighet og væremåte. Det å få demens betyr ikke at en mister sin vurderings- og beslutningsevne umiddelbart.

Personer med demens og deres pårørende har ulike behov. Dette påvirkes også av demenssykdommens utvikling og hvordan sykdommen kommer til uttrykk hos den enkelte.

Yngre personer med demens skal utredes av spesialisthelsetjenesten. Der det er mindreårige barn kan det være behov for oppfølging fra andre tjenester, som skole og skolehelsetjeneste. Individuell tilrettelegging blir nødvendig, eksempelvis tilrettelegging hos arbeidsgiver, oppfølging fra NAV, økonomirådgivning, pårørendestøtte og hjelp til oppfølging av mindreårige barn.

Nasjonalforeningen for Folkehelsen og Aldring og helse har et landsdekkende kurstilbud, Møteplass for mestring, for den som har fått demensdiagnose før 65-årsalder og kan delta sammen med en nær pårørende. Det finnes også møteplass/kurs for barn og unge.

I følge FHI kan forebyggende faktorer som sunt kosthold, fysisk aktivitet, ikke røyking og god kontroll av blodtrykk, kolesterol, samt et stimulerende miljø ha betydning for utvikling av sykdommen.

## 4 Pårørende

Demenssykdom er en alvorlig diagnose med dødelig utfall. Det er stor variasjon i sykdomsforløpets lengde, fra fire-fem år opptil 20 år. Dette innebærer at personer med demens og de pårørende vil kunne være i behov av økende støtte og tjenester over mange år. Sola kommune jobber for og sammen med pårørende for at tjenestene som gis skal gi best mulig livskvalitet – ikke bare for innbyggeren som rammes av sykdom, men også for dem rundt.

Kommunen plikter å sette pårørendeveiledning i system. I det ligger kompetanse på hvordan pårørendeveiledning skal foregå i tillegg til hvordan samarbeidet bør organiseres.

Det er utarbeidet en [pårørendeveileder \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no) som beskriver pårørendes rettigheter, helse- og omsorgstjenestens plikter og gir anbefalinger om god praksis. Pårørendeveilederen handler om involvering av og støtte til pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten.

Målet med veilederen er at:

- pårørende blir involvert i helse- og omsorgstjenesten til beste for pasienten/brukeren og pårørende.
- barn som pårørende blir fanget opp tidlig og får nødvendig informasjon, støtte og oppfølging
- voksne pårørende med omsorgsoppgaver og/eller belastninger tilbys individuelt tilpasset støtte og avlastning, opplæring og veiledning. Dette gjelder særlig pårørende med krevende omsorgsoppgaver og belastninger.

Pårørende er ofte pasientens eller brukerens viktigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten eller brukeren. Pårørende kjenner pasienten eller brukeren godt, og har erfaring med hva som kan bidra til å hjelpe. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste og utgjør på denne måten en sentral del av vårt samfunns totale omsorgsressurs.

Kommunen skal legge til rette for en forutsigbar dialog:

- avklare forventninger og søke felles forståelse
- gjensidig informasjonsflyt
- fast kontaktperson, faste møtepunkter
- avtale om kontakt utover faste møtepunkter

## 5 5.0 Personer med utviklingshemming og demens

Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en lang rekke tilstander som kjennetegnes ved forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå. Felles for disse tilstandene er bla. at læreevnen, språket, motorikken og sosiale ferdigheter er redusert.

Risikoen for å utvikle en demenssykdom er klart høyere for personer med utviklingshemming enn for befolkningen generelt, og den varierer etter grad og årsak til utviklingshemmingen.

Personer med lett til moderat grad av utviklingshemming har doblet risiko for å utvikle demens i forhold til gjennomsnittet av befolkningen; en av fem over 60 år kan forvente å få en demenssykdom. Personer med Downs syndrom har en betydelig høyere risiko for å få demens, og det en dramatisk økning av nye tilfeller fra de nærmer seg 40 til de blir 60 år. Veldig skjematisk kan en si at en av fem personer med utviklingshemming generelt, og en av to med Downs syndrom spesielt, vil vise klare symptomer på demens før de dør.

Det bør være en rutine med årlige helseundersøkelser.

Det brukes kartleggingsverktøyet "Tidlige tegn" for å oppdage tidlige tegn på funksjonsfall og symptomer på sykdom hos voksne og eldre med utviklingshemming. Det er ikke et diagnoseverktøy.

Verktøyet "Adaptiv demensscreening" bør de med høy risiko for demens, som personer med Downs syndrom, screenes med minst en gang pr år med start senest 40 år.

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

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

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



## **6 6.0 Personer med minoritetsbakgrunn og demens**

Personer med minoritetsbakgrunn skal utredes i spesialisthelsetjenesten. Det stilles krav til kommunehelsetjenesten med tanke på å kjenne til ulike kulturer og språk. Hukommelsesteam samarbeider med Integrering og mangfold i videre oppfølging.

## 7 Personer med utfordringer med rus/psykiatri og demens

Overforbruk av alkohol kan i seg selv øke risiko for utvikling av demens. Personer med demens er i utgangspunktet det en kaller “svake etterspørere etter tjenester”, og de ber i liten grad selv om hjelpen de kan ha behov for. For å få på plass riktige tiltak til rett tid vil en fast kontaktperson i kommunen, som følger personene over tid kunne være en nøkkelperson. Personer som har psykiske lidelser og/eller rusavhengighet i kombinasjon med demens foreligger det lite forskning på. Psykiske lidelser og rusmisbruk regnes som “multisykdom” på lik linje med hjerte- karsykdommer, diabetes, og andre sykdommer. Risikoen for multisykdom øker med alder, og dermed også antallet legemidler som brukes. Multisykdom øker også anledningen for depresjon og angst. Pårørende har høyere risiko for stressbelastning. Det er viktig at helse- og omsorgspersonell som jobber med denne pasientgruppen har kompetanse innen aldersmedisin, lindrende behandling, og vanlige nevrologiske tilstander i tillegg til demenssykdommer. Det er nødvendig med god samhandling mellom legevakt, spesialisthelsetjenesten, fastlege, sykehjemslege, hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten (Helsedirektoratet, 2022).

## 8 Unge personer med demens

Demens hos personer under 65 år benevnes som unge personer med demens.

Sammenlignet med eldre er det noen viktige forskjeller når yngre personer får demens. Mange befinner seg fortsatt i arbeid, har en ung, frisk kropp og er kanskje mer aktive ute i samfunnet enn de eldre. For ektefeller eller samboere som også befinner seg midt i livet, vil sykdommen kunne få store konsekvenser. En opplever at ens nærmeste får en diagnose som forbindes med høy alderdom, uten mulighet for behandling. Det skjer alvorlige endringer i intellekt og væremåte. Sykdommen betyr at framtidsplanene for hele familien må revideres, roller i familien endres og økonomien blir trangere for mange.

Selv om det er forskjeller, er det viktig å huske at både eldre og yngre personer med demens har samme behov for krav til grundig diagnostikk og god miljøbehandling. Det er viktig å rette oppmerksomheten mot hva yngre personer med demens og deres familier trenger av tiltak, hjelp og støtte. Det kan være vanskelig å oppdage sykdommen fordi en lett kan relatere problemene til andre årsaker. Ved mistanke om demens skal utredning foregå i spesialisthelsetjenesten. De følger også opp med jevnlig samtaler der for både personen selv og deres ektefelle/samboere.

Kommunen bør tilrettelegge for at en person under 65 år med en demensdiagnose, får et tilrettelagt dagtilbud for denne gruppen. Pr i dag, er det ikke et slikt tilbud i Sola og en tenker på om en kan ha et samarbeid med andre nærliggende kommuner. Det blir brukt dagsenter for personer med demens for både unge og eldre personer med demens.

Der det er mindreårige barn kan det være behov for oppfølging fra andre tjenester, som skole og skolehelsetjeneste. Individuell tilrettelegging blir nødvendig, eksempelvis tilrettelegging hos arbeidsgiver, oppfølging fra NAV, økonomirådgivning, pårørendestøtte og hjelp til oppfølging av mindreårige barn. Det er egne rutiner for oppfølging av barn som pårørende.

## 9 Samhandling i tjenesten

I tidlig fase har Hukommelsesteamet en viktig rolle overfor den syke og pårørende. Å bistå lege i basal demensutredning, informasjon, kartlegging, koordinering, kontakt og samarbeid med hjelpeapparatet er noen av oppgavene hukommelsesteamet kan bistå med.

God oppfølging av personer med demens og deres pårørende krever tett samhandling mellom Hukommelsesteam og henholdsvis hjemmetjenestene, sykehjem og fastlege. En demensdiagnose i seg selv medfører ikke nødvendigvis umiddelbart behov for tjenester.

Et gjentatt behov er tjenester av god kvalitet basert på personsentrert omsorg, med faglig kompetente medarbeidere som møter den enkelte med respekt og verdighet, og som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis. Det innebærer også god medisinsk oppfølging gjennom hele forløpet. Her inngår både riktig bruk av medikamentell behandling der det kan gi lindring og nytte for den enkelte, og fravær av uriktig eller overdrevet medikamentbruk. Mangelfull oppfølging kan føre til depresjon, tilbaketrekning, sosial isolasjon og unødvendig funksjonstap. Videre kan pårørende oppleve lav grad av mestring i en krevende omstillingsprosess. Utilstrekkelig oppfølging etter demensdiagnostisering kan også neglisjere oppfølging av tilleggssykdommer som kommer med økende alder.

Kommunikasjon mellom de ulike instansene som spesialisthelsetjeneste, fastleger og kommunens tjenestetilbud kan oppleves som utfordrende. Det er behov for god samordning for oppfølging av personer med demens.

Det bør tilstrebes god kontinuitet i tjenestene, slik at pasienter og pårørende møtes av noen som kjenner dem, forstår dem og har opparbeidet seg tillit. Dette fordrer at en får informasjon, behandling og oppfølging på et språk en forstår, at en tar hensyn til den enkeltes kulturelle bakgrunn, og at pårørende ivaretas.

# 10 Kunnskap og kompetanse

«Møt meg med kunnskap, verdighet og respekt»

Muligheten for å bo lengst mulig hjemme og evnen til å leve med sykdommen gjennom forløpet henger tett sammen med satsing på tilstrekkelig personell med riktig kompetanse i alle ledd av tjenestene. Personer med demens er særlig sårbare for stadige skifter i personale. Personalet og tjenestene må derfor organiseres slik at de som har primæransvar og skal følge pasientene tett over tid, bør være personlig egnet og faglig rustet til å kunne stå i oppgaven også utover i sykdomsforløpet.

VIPS praksismodell (aldringoghelse.no) (VPM) fremheves av Nasjonalt senter for aldring og helse som en anbefalt metode for å implementere personsentrert omsorg i kommunehelsetjenesten.

TID-modellen anbefales som tverrfaglig intervensjonsverktøy ved hos personer med demens. For å kunne yte personsentrert omsorg til personer med sammensatte helseutfordringer, eller minoritetsbakgrunn, trenger helsepersonell kompetanse om disse gruppernes særlige behov.

Nasjonal faglig retningslinje for demens fremstiller krav til kompetanse i helsetjenestene (helsedirektoratet.no). Helse- og omsorgspersonell skal yte personsentrerte helse- og omsorgstjenester til personer med demens.

En viktig forutsetning er nødvendig tid til å kartlegge den enkeltes behov og livshistorie. Det innebærer at primærkontakter/primærteam får gjennomført nødvendige samtaler med pasient og pårørende og dokumentert i tiltaksplan. Dette innebærer at virksomhetene har rutiner for:

- opplæring og kompetanseutvikling i personsentrert omsorg og behandling, slik at den enkelte ansatte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig.
- systematisk evaluering og kvalitetsforbedring av tjenestene.
- tydelig ledelse og støtte av ansatte i utøvelsen av personsentrert omsorg og behandling.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Rogaland har som mål å bistå kommunene i tjenesteutvikling og kompetanseheving gjennom utvikling og implementering av gode forløp for personer med demens og deres pårørende. Arbeidet gjøres i tråd med Nasjonal faglig retningslinje om demens og Veiviser demens.

Kompetanseløft 2025 (regjeringen.no) inneholder strategier og tiltak som skal bidra til at kommunene har tilstrekkelig kompetanse til å møte pasienter og brukeres behov. Sola kommune er i gang med strategisk kompetanseplan for Levekår, og jobber kontinuerlig med en mengde tiltak for å sikre tilstrekkelig fagpersonell med riktig kompetanse.

Demensomsorgens ABC gir nødvendig og oppdatert kunnskap om demenssykdommer, demensforløpet og personsentrert demensomsorg. Opplæringen retter seg mot alle yrkesgrupper som jobber med personer med demens. Demensomsorgens ABC er i tråd med anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje om demens. Demensomsorgens ABC gjennomføres av ansatte i ulike virksomheter i Sola kommune. Personell som har ervervet ny kompetanse må få bruke, vedlikeholde og utvikle kompetansen. Det er i seg selv en motivasjon for å delta i kompetansehevende tiltak.

Kompetanseløft 2025 inneholder også strategier og tiltak som skal bidra til at kommunene har tilstrekkelig kompetanse til å møte innbyggernes behov for velferdsteknologiske hjelpemidler.

Velferdsteknologiens ABC skal gi grunnleggende kompetanse i velferdsteknologi til ansatte i helse- og omsorgstjenestene uavhengig av utdanningsnivå. Velferdsteknologiens ABC består av 5 hefter med enkelte korte videoer. Det er et eget arbeidshefte med refleksjonsoppgaver.

Sola kommune bruker "Visma Veilederen" kurs og veiledning innen juridiske spørsmål og utfordringer. "Visma Veilederen" er til enhver tid oppdatert. Her finnes veiledningsfilmer, e-læringskurs og hjelpelinje på nett. Kursene omhandler blant annet temaer som samtykkekompetanse, bruk av tvang, pårørendearbeid og helselovgivning.

Kommunen deler kompetanse på tvers i *Palliatørene*. *Palliatørene* består av ressurspersoner fra de ulike virksomhetene i Levekår. Ressursgruppen møtes jevnlig hvor ulike tema innenfor palliasjon løftes og drøftes for så å tas ut i tjenestene. Fagkunnskap som deles kommer både fra internt i kommunen, og fra eksterne aktører. Ressursgruppen har vært i drift siden 2015.

# 11 Tjenestetilbudet i Sola

Betydningen av å fortsatt kunne fylle dagen med meningsfull og tilpasset aktivitet kan ikke understrekes nok. I møte med andre som er i samme situasjon kan man støtte hverandre og få et pusterom hvor man kan senke skuldrene, og bare være seg selv uten å ha demenssykdommen i fokus. Det er også behov for differensierte tilbud både i form og innhold. Spesielt trekkes behovet for flere tilbud som er særlig tilpasset menn frem av flere. De tradisjonelle dagtilbudene har vært lagt til møteplasser utenfor hjemmet. Flere ytrer nå ønske om aktivitetstilbud i eller med utgangspunkt i eget hjem for lav terskel og trygge rammer. Det innebærer også behov og ønske om bistand til dagligdagse gjøremål som å vaske hus eller handle mens ektefellen er på jobb. Det å erfare at man kan være en ressurs for noen, er viktig for opplevelse av verdighet og mestring. Frivillige aktører gjør en stor innsats for å tilby aktiviteter og samlingssteder, både spesielt tilpasset personer med demens, og åpne tilbud for alle. Bistand til transport er et behov for å kunne tilby samlingssteder og turmuligheter utenom sentrumskjernen.

*«Jeg vil bo hjemme så lenge jeg kjenner meg trygg»*

Flertallet av personer med demens bor i eget hjem, og ønsker å fortsette med det. God tilrettelegging, relevante hjelpemidler, tidlig opplæring i bruk av hjelpemidler og psykisk støtte er viktige forutsetninger. Det er avgjørende at tiltak settes inn tidlig for å sikre lengst mulig tid i egen bolig. Samtidig kan det bli en utfordring å mestre daglige aktiviteter, både for den det gjelder, og for pårørende og nærkontakter. De som rammes, vil gradvis få en dårligere funksjon og til slutt bli avhengig av hjelp.

Når det ikke lenger er mulig å tilrettelegge med praktisk og annen hjelp i egen bolig, er det viktig med fortsatt muligheter for riktig tilpasset botilbud. Det er da behov for bofellesskap eller andre boformer som sikrer heldøgns bemanning, mulighet for å trekke seg tilbake i eget areal og samtidig være en del av et fellesskap. Boligene må utformes slik at de også har tilrettelagte utemiljø i direkte sammenheng, og legger til rette både for samvær med pårørende og naturlig deltakelse i samfunnet.

Når behovet for helsehjelp i institusjon oppstår, er det viktig for den enkeltes trygghet å vite at det finnes institusjonsplasser tilgjengelig uten lang ventetid. Tilbudet i institusjon må være tilpasset både i form, innhold og målgruppe.

Lover, forskrifter, faglige retningslinjer og veiledere danner, sammen med lokale behov og prioriteringer, rammer for utforming av tjenester i kommunen.

[Veiviser for demens \(aldringoghelse.no\)](http://aldringoghelse.no) beskriver sykdomsforløpet hos mennesker med demens i følgende faser:

- mistanke
- utredning og diagnose
- selvstendig med støtte
- hjemme med tjenester
- heldøgns omsorg
- omsorg ved livets slutt

Veiviseren skal gjøre det enklere for helse- og omsorgstjenestene å gi gode tjenester til personer med demens og deres pårørende. Den gir råd og tips og viser hvordan anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje kan følges i ulike faser av demenssykdommen. Veiviseren bygger på nasjonale og internasjonale erfaringer og forskning.

I det påfølgende er dagens tilbud beskrevet med utgangspunkt i sykdomsforløpets kronologi. Noen tjenester er gjeldende gjennom hele forløpet mens andre er viktigere i deler av forløpet. Brukermedvirkning er sentralt, og kommunens helsetjenester etterstreber tilrettelegging ut fra hva som er viktig for den enkelte.

Tjenestene som beskrives er i hovedsak tjenester kommunen tilbyr. Det er flere aktører innen demensomsorgen i Sola som gir supplerende tilbud til innbyggerne, uten at alle er nevnt her

## 11.1 Fastlege

Det er viktig å ta kontakt med fastlegen for å finne ut hva endringer skyldes. Fastlegen har kunnskap og kompetanse om demens og skal starte utredning, behandling og oppfølging etter gjeldende nasjonale retningslinjer. Fastlegen henviser til utredning i spesialisthelsetjenesten der dette vurderes nødvendig. Fastlegen har ansvar for å følge opp den enkelte pasient og pårørende, og samarbeider med interne og eksterne aktører. Fastlegen kan også være en viktig samtalepartner for støtte og bearbeiding av reaksjoner i forbindelse med demenssykdommen.

## 11.2 Hukommelsesteam

Hukommelsesteam er et lavterskeltilbud som pårørende, pasienter, helsepersonell og andre kan kontakte. Hukommelsesteamet har spisskompetanse på demens og er et bindeledd mellom personer med demens, deres pårørende og de ulike delene av tjenesteapparatet.

Hukommelsesteamets oppgaver:

- bistå fastlegene i basal utredning av demenssykdom
- hjemmebesøk i tidlig fase
- kartlegge ressurser og utfordringer knyttet til hukommelsesvansker
- gi informasjon om demens gjennom samtale og kurstilbud.
- informere om hjelpetilbud, hjelpemidler, velferdsteknologi, og gi praktiske råd for hverdagsmestring
- tilby tidlig oppfølging
- bistå med kontakt og samarbeid med hjelpeapparatet
- være til støtte for de som er berørt, og trenger noen å snakke med

Hukommelsesteamet ledes av demenskoordinator og har et tett samarbeid med hjemmetjenestene, fastlege og spesialisthelsetjenesten. Noen trenger lite oppfølging tidlig i sykdomsforløpet, mens andre trenger mye og tett oppfølging i perioder, i form av støtte, veiledning og tett samarbeid med samarbeidspartnere. Samme situasjon gjelder også for pårørende.

Pårørendearbeid er en stor og viktig del av Hukommelsesteamets oppgave. Teamet mottar ofte bekymringsmeldinger fra pårørende eller andre som står personen nær. Hukommelsesteamet samarbeider med frivillige aktører som eksempelvis Sola demensforening.



## 11.3 Tjeneste- og koordineringskontor(TKK)

TKK er Levekårs forvaltningskontor og kommunens koordinerende enhet. TKK skal sikre tilpasset hjelp med utgangspunkt i brukerens egenmestring, ressurser og behov, gjeldende lovverk og «hva er viktig for deg» .

TKK gir veiledning, behandle søknader om helse- og omsorgstjenester når behovet for det oppstår, og fatter vedtak med hjemmel i Helse- og omsorgstjenesteloven. Saksbehandler følger den enkelte innbygger og deres pårørende uavhengig av hvilke helse- og omsorgstjenester vedkommende har behov for.

Vedtak kan være om helsehjelp i hjemmet, praktisk bistand, dag- og aktivitetstilbud, eget dagtilbud for personer med demenssykdom, individuell plan, fritidskontakt, omsorgsstønnad og institusjonsplasser (langtidsplasser, korttid, -og avlastningsplasser, rehabiliteringsopphold), samt velferdsteknologiske løsninger.

Ved alle nye søknader foretas det en kartlegging og vurdering av den enkeltes hjelpebehov, ofte i samarbeid med søker og pårørende. Demenskoordinator er organisert under TKK og sikrer gode pasientforløp for den enkelte sammen med øvrige saksbehandlere/koordinatorene i TKK.

## 11.4 Demenskoordinator

Demenskoordinator skal fungere som bindeledd mellom personer med demenssykdom, deres pårørende og de ulike delene av tjenestene. Demenskoordinator er leder for hukommelsesteamet og har ansvar for oppfølging etter demensdiagnose i tidlig fase før det er behov for andre hjelpe- og omsorgstjenester. Demenskoordinator har fokus på gode og tilpasset tjenester gjennom hele forløpet.

I regjeringen sin Demensplan 2025 er det lagt vekt på at personer med demenssykdom med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator i kommunen. Denne funksjonen ivaretas ikke bare av demenskoordinator men ivaretas også av saksbehandler, demenssykepleier og primærkontakt ute i tjenesten.

Koordinatorfunksjonen forvaltes via TKK som koordinerende enhet. Saksbehandler, eller den som TKK oppnevner, ivaretar koordinatorfunksjon for innbyggeren. Koordinatorfunksjonen skal sikre nødvendig brukermedvirkning, informasjon, oppfølging og samordning av tjenestetilbudet.

## 11.5 Kognitive hjelpemidler og velferdsteknologi

Velferdsteknologi kan bidra til at personer med demens og deres pårørende får en enklere og tryggere hverdag. Teknologi kan gi mulighet for mestring av egen livssituasjon med sykdom og redusert helse, slik at personer med demens kan være aktive i eget liv og bo lengre i egen bolig. Når helsetjenesten innfører velferdsteknologi, for eksempel teknologi for mestring, trygghet eller sosial kontakt, må det tas utgangspunkt i den enkeltes behov. Eksempler på dette kan være GPS, trygghetsalarm, medisindispenser, elektroniske kalendere, elektronisk dørlås og planleggingsverktøy. Velferdsteknologien må ofte suppleres med andre tjenester i kommunen.

God og riktig bruk av velferdsteknologi kan bidra til en tryggere hverdag for pasient og pårørende, og kan gi opplevelse av større frihet, selvstendighet og mestring, spesielt tidlig i sykdomsforløpet. Ettersom demenssykdommen utvikler seg må man, i likhet med alle andre hjelpemidler, kontinuerlig vurdere hva som fungerer for den enkelte i den aktuelle fasen.

## 11.6 Dag- og aktivitetstilbud

Dag og aktivitetstilbud er et tilrettelagt samværs- og aktivitetstilbud for hjemmeboende mennesker med demenssykdom. Tilbudet er for personer som er under utredning eller har fått en demensdiagnose. Antall brukere vil variere i forhold til behov. Fokus er aktivisering, sosial stimulering, fysisk og psykisk helse, mestring og trivsel. Dag og aktivitetstilbud en viktig avlastning for pårørende. I dag gis tjenesten hovedsakelig på dagsenteret på TABO. Det er også dagsenterplasser på dagsenteret på Sola sykehjem. Eksempler på aktiviteter kan være treningssirkel, spill, turer og andre sosiale aktiviteter. Kommunen er i en prosess hvor en ser på hvordan aktivitetstilbudet til personer med demens skal utvikles og gis frem i tid.

## 11.7 Frivillighetsarbeid

Frivillige aktører bidrar innen demensomsorgen med aktivitetstilbud, støtteordninger og likemannsarbeid. Kommunene bør legge til rette for og samarbeide med frivilligheten, med mål om best mulig samlet tilbud til befolkningen. Både Tildelingskontoret, Hukommelsesteamet, hjemmetjenesten og institusjoner har oversikt over og samarbeid med frivillige instanser i kommune.

Eksempler på frivillig-tilbud til personer med demens og deres pårørende kan være:

- aktivitetsvenn
- møteplassen på Stangelandsenteret

## 11.8 Middagsombringning

Kommunen har dette tilbudet. Tjenesten gis uten vedtak. Hos personer med demens bestilles ofte dette av pårørende. Mat leveres hjem to dager i uken. Maten kan varmes selv, eventuelt med bistand fra hjemmetjenesten.

## 11.9 Hjemmetjenesten

Kommunen har en lovpålagt plikt til å yte helsehjelp og bistand til personer som bor hjemme i egen bolig.

Hjemmetjenesten har daglig oppfølging av aleneboende, eldre og andre personer med akutt og kronisk sykdom. Oppdragene varierer fra avansert, medisinsk og sykepleiefaglig behandling til veiledning og tilrettelegging for egenmestring. Hjemmetjenesten har mål om å forebygge sykdom, og skal kunne gjøre nødvendige kartlegginger for å sikre tidlig oppdagelse av sykdom og svikt.

Gjennom tett kontakt med brukere avdekkes ofte behov for hjelp til oppgaver som rengjøring av bolig eller levering av middag. I slike tilfeller har hjemmetjenesten dialog med tjeneste- og koordineringskontoret.

I hjemmetjenestene er det etablert ordning med primærkontakt og i miljøtjenesten primærgrupper, alle med formål om å sikre at tjenestemottakerne får tjenester i henhold til vedtak, og at det er kontinuitet og kvalitet i arbeidet.

Hjemmetjenesten har som overordnet målsetting at tjenestene vi gir utformes i tråd med «Leve hele livet» reformen. Tjenestene planlegges og utformes i samarbeid med brukere, pårørende og ansatte. Virksomhetens tjenester skal bidra til at innbyggere i Sola kommune kan mestre livet lengre og ha trygghet for at de kan få hjelp når de har behov for det, samt at pårørende skal kunne oppleve å være en ressurs for bruker uten å bli utslitt. Hjemmetjenesten er en del av kommunens hukommelsesteam og har ansatt en demenssykepleier som følger opp personer i demens som får tjenester fra hjemmetjenesten. Organisering av hjemmetjenestens arbeid for øvrig beskrives i virksomhetsplan for hjemmetjenester i Sola.

## 11.10 Avlastning i institusjon

Avlastning i institusjon er et tilbud hvor målet er å utsette behovet for langtidsplass i sykehjem. Avlastningen kan gis for at innbyggeren selv skal få et løft i form av pleie, omsorg og sosial kontakt, eller det kan være en avlastning for pårørende slik at de skal kunne oppleve å leve hjemme med sine kjære over tid til tross for sykdom. Avlastning gis i dag på Sola sykehjem og på TABO i Tananger. Avlastning er planlagte korte opphold, gjerne med rullerende intervaller.

## 11.11 Korttid- og rehabiliteringstilbud

Sola kommune har per i dag 3 korttidsplasser på Sola/TABO/Soltun sykehjem, som er forbeholdt personer med demens som har behov for skjerming. Personer med demens uten behov for særlig tilrettelegging kan også få korttidsopphold i andre institusjoner. Søknad om opphold må sendes Tjeneste- og koordineringskontoret. Det fattes vedtak for hvert enkelt opphold.

## 11.12 Botilbud med heldøgnsomsorg

Når sykdommen utvikler seg, vil de fleste ha behov for omsorg hele døgnet. Personer med demens vil i mange tilfeller være på sykehjem når livets sluttfase inntreffer, men denne fasen kan også finne sted i eget hjem eller tilrettelagt bolig.

Institusjonsplassene som er spesielt forbeholdt mennesker med demens, er tilrettelagt i små enheter. I institusjonene er det etablert ordning med primæransvar.

Nasjonal faglig retningslinje stiller krav til tilrettelagte botilbud for personer med demens gjennom hele forløpet: Kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester, får tilpassede fysiske omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudet skal ivareta behovet for hjelp og trygghet, og i størst mulig grad legge til rette for autonomi og selvstendighet i dagliglivets aktiviteter. Botilbudene skal også legges til rette for pårørendes besøk og deltakelse.

Både personer med demens, pårørende og aktører i helsetjenesten understreker at kommunen mangler tilbud som ligger mellom eget hjem og institusjon. Resultatet kan være at mange ikke får institusjonsplass når de behøver det, eller i andre tilfeller kommer på institusjon mens det fortsatt hadde vært mer riktig med bofellesskap eller annen heldøgns bemannet omsorgsbolig (PWC, 2023).

En utfordring i dagens institusjonstilbud i er at det bor personer på samme avdeling som har et aldersspenn fra 60 + til 90 +, og er fra oppegående til svært skrøpelige. Det kan også innebære at personer med svært ulike behov og helseutfordringer bor på samme avdeling.

Mål: Personer med demens og deres pårørende mottar rett tjeneste til rett tid og på riktig plass, gjennom hele sykdomsforløpet

Kommunen planlegger etablering av bofellesskap med heldøgns bemanning.

### **11.13 Pårørendeskolen**

Pårørendeskolen er et kurstilbud til familiemedlemmer eller andre med nære relasjoner til person med demenssykdom og arrangeres hver høst. Gjennom faglige forelesninger, plenums- og gruppesamtaler gis kunnskap om demens og innsikt i hvilke følger sykdommen kan ha for personen med demens og for pårørende. En viktig gevinst ved tilbudet er at deltakerne oppnår kontakt med andre i samme situasjon, og kan være til støtte for hverandre. Tilbudet er et interkommunalt samarbeid mellom Sola kommune, Stavanger kommune, Randaberg kommune og Nasjonalforeningen for folkehelse.

### **11.14 Samtalegrupper for pårørende**

Demenssykepleier driver en samtalegruppe for ektefeller/samboere til personer med demens. Samtalegruppen er en arena hvor pårørende har mulighet til å sette ord på tanker, følelser og opplevelser. Deltakelse i en slik gruppe åpner muligheter for å dele erfaringer om måter å mestre hverdagen og familielivet på.

En ser at dette behovet er veldig stort, og at det bør gjøres tilgjengelig for alle pårørende som ønsker dette. Både ektefeller/samboere og for barn til personer med demens. Kommunen jobber nå for å få til et robust samtaletilbud til pårørende av personer med demens.

### **11.15 Miljøtjenesten**

Miljøtjenesten gir også tjenester til hjemmeboende. Målgruppen er personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse, som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og habilitering. Tjenestemottakerne bor i egen bolig med punkttjenester, eller i bolig med heldøgns omsorg. Det er etablert primærgrupper, med formål om å sikre tjenester i henhold til vedtak, og kontinuitet og kvalitet i arbeidet. Miljøtjenesten rapporterer om økende forekomst av demens i sin målgruppe.

## 12 Lindrende behandling og omsorg ved livets slutt

Kommunen skal legge til rette for at personer med demens tilbys tilpasset lindrende behandling, pleie og omsorg gjennom hele sykdomsforløpet.

Tilpasset lindrende behandling, pleie og omsorg gjennom hele sykdomsforløpet innebærer blant annet

- dialog mellom helse- og omsorgspersonell, personen med demens, og pårørende der det er aktuelt
- tverrfaglig samarbeid om pasient, og pårørende der det er aktuelt

Lindrende behandling, pleie og omsorg til personer med demens har til hensikt å forbedre livskvaliteten i møte med sykdommen, både til personer med demens og deres pårørende. Lindrende behandling, pleie og omsorg fokuserer på forebygging og lindring av smerte og annen lidelse av fysisk, psykisk, sosial og/eller åndelig art, ikke bare i livets slutfase, men gjennom hele sykdomsforløpet. Lindrende behandling, pleie og omsorg skal hverken fremskynde døden eller forlenge selve dødsprosessen. Så lenge det ikke finnes en effektiv behandling mot demens, står symptomlindring sentralt gjennom hele sykdomsforløpet. De samme prioriteringer og behandlingsmål kan gis ved mild, moderat eller alvorlig grad av demens, men må vektas forskjellig, samt kreve ulike intervensjoner ved de ulike gradene av demens. For eksempel kan det ved mild grad av demens være mer riktig å forebygge og behandle andre sykdommer, sammenlignet med hva som er tilfellet ved alvorlig grad av demens, som progredierer raskt. Ved slike tilfeller vil gjerne symptomlindring stå i fokus, sammen med pleie og eksistensiell og psykologisk støtte.

Det fins ingen skarpe skillelinjer for når det kan være aktuelt med kurativ behandling av annen sykdom ved alvorlig grad av demens, for eksempel ved et lårhalsbrudd eller en lungebetennelse. Tverrfaglighet og tett kontakt med den som har demens og/eller pårørende gir det beste grunnlaget for å fange opp endringer og dermed tilpasse behandlingen. Forhåndssamtaler med den rammede og/eller pårørende kan gi en indikasjon når det gjelder ønsker om framtidig behandling i tiden når demenssykdommen har progrediert. Dette vil kunne hjelpe helse- og omsorgspersonell i vurdering og avgjørelse av hvilke intervensjoner som skal gjennomføres ved opptreden av annen alvorlig sykdom enn demenssykdommen ([Helsedirektoratet](#)).

For noen grupper kreves spesiell kompetanse for å kunne gi personsentrert omsorg i denne fasen. Dette kan blant annet gjelde personer med annen kulturell eller minoritetsspråklig bakgrunn, og personer med utviklingshemming.

## 13 Handlingsplan for demens i Sola

Områder	Tiltak	Mål	Tidsplan	Ansv
<b>Medbestemmelse og deltakelse</b>	Videreutvikle samtalegrupper for pårørende Oppstart prosjekt på samtalegrupper	Utteksle erfaringer og treffe andre i samme situasjon	2024 og framover	Demenskoordinator og demenssykepleier
	Brukerskole/samtalegruppe for personer med demens	Utteksle erfaringer og treffe andre i samme situasjon	Kontinuerlig	Demenskoordinator
	Utvikling av rutiner for pårørendearbeid i palliasjon hos personer med demens.	Tidlig involvering, realistiske forventningsavklaringer og trygge palliative planer. Involvering og brukermedvirkning.	2024-2025	Demenssykepleier, demenskoordinator
<b>Forebygging og folkehelse</b>	Demensvennlig samfunn Samarbeid med og undervisning av offentlig og privat servicenæring	Innbyggere opplever mestring, livskvalitet og aktiv deltakelse i samfunnet	Kontinuerlig arbeid	Demenskoordinator og demenssykepleier i Sola demensforening
	Aktivitetsvenn	Avlaste pårørende, gi en aktiv og meningsfull hverdag for personer med demens	Kontinuerlig	Demensforeningen og demenssykepleier
	Utvikling av aktivitetstilbud i samskaping sammen med frivillighet og næringsliv		2024 og framover	Kommunalsjef, rådgiver og virksomhetsledere i I
<b>3. Gode og sammenhengende tjenester</b>	Videre utvikling av demensteam. Utforske muligheter for etablering av demensarbeidslag i hjemmetjenesten ved nye lokaler	Gi hjemmeboende innbyggere i Sola kommune en individuelt tilpasset hjelp med miljøterapi	2024 og framover	Virksomhetsleder i Hukommelsesteam Demenskoordinator Demenssykepleier Soneledere Fagleder
	Utvikle og etablere tiltakspakke demens	Tidlig oppfølging etter demensdiagnose	2024-2025	Demenskoordinator/TKK
	Videreutvikle aktivitetssenter for personer med demens, fleksibelt aktivitetstilbud	Øke kapasiteten og gi fleksible løsninger på tilbudet- dag/ettermiddag/kveld	2024 og framover	Virksomhetsleder i s Rådgiver fagstab

Områder	Tiltak	Mål	Tidsplan	Ansv
	Etablering av ressursgruppe i Mestringsenheten	Hjemmeboende og innbyggere i bofelleskap skal ha en individuell tilpasset tjeneste.	2024-2025	Virksomhetsleder En Demenssykepleier Hukommelsesteam
	Arbeid for like og rettferdige tjenester. Deling av kompetanse og rutiner på tvers.	Tjenester tilpasset innbyggers behov, uavhengig av om tjenestene tilbys i sentrum eller på bygda, uavhengig av diagnoser og andre faktorer.	Kontinuerlig	Virksomhetsleder TK Virksomhetsleder HJ Virksomhetslede INS Virksomhetsleder Me
	Kartlegging ressurser og nettverk	Finne og benytte de ressursene en kan ha til hjelp for hver enkelt innbygger med demenssykdom og deres pårørende.	2024 og framover	Saksbehandlere TK Demenskoordinator Utøvende tjeneste Rådgiver Fagstab
<b>4. Planlegging kompetanse og kompetanseutvikling</b>	Fortsette kvalitetsarbeid etter prosjekt "Det gode demensforløp" Samarbeidsprosjekt i regi av USHT Stavanger kommune	Sikre innovasjon i kommunens tjenestetilbud til personer med demenssykdom- Skape bærekraftige tjenester	2024 og framover	Virksomhetsleder HJ
	Planlegging av nye omsorgsboliger	Fullverdig tilbud i omsorgstrappen for personer med demens som ikke kan bo hjemme, men er for gode for sykehjem		Kommunalsjef
	Sikre kontinuerlig god drift og utvikling av hukommelsesteam			Virksomhetsleder TKK/Virksomhetsled hjemmetjenesten
	Lage rutiner for Tiltakspakke demens			Virksomhetsleder TK Demenskoordinator
	Lage rutiner for saksbehandling Tiltakspakke demens			Virksomhetsleder TK Demenskoordinator

Områder	Tiltak	Mål	Tidsplan	Ansv
	Oppdatere hjemmesider omhandlende demens i Sola kommune	Kontinuerlig oppdatert informasjon på tema		Rådgiver fagstab / d
	Kompetanseheving - Sikre nødvendig kompetanseheving i de forskjellige virksomhetene innen demensomsorgens ABC, palliasjon og nødvendig utredningsverktøy	Sentral opplæringsplan i kommunen sikrer at de forskjellige virksomhetene har tilstrekkelig kompetanse	Kontinuerlig	Rådgiver fagstab Virksomhetsledere