



Vi vil delta!

Demensplan for Stavanger kommune
2017–2020



STAVANGER KOMMUNE

Demensplan for Stavanger kommune 2017–2020

SAK 13/17 STAVANGER BYSTYRE – 16.01.2017

BYSTYRETS FLERTALLSVEDTAK:

1. Demensplan 2017- 2020 vedtas som fremlagt. Tiltakene i planen legges til grunn for kommunens videre arbeid innen demensfeltet.
2. Tiltak som forutsetter økonomiske ressurser, eventuelt omprioriteringer av ressurser vurderes i forbindelse med handlings- og økonomiplanen og/eller gjennom enkeltsaker.
3. I planperioden legges det årlig frem en sak om status for tiltaksgjennomføringen.

Innhold

Del 1 KUNNSKAPSRUNNLAG, KAPITTEL 1-3	3	7 Informasjon, kunnskap og kompetanse	13
1 Innledning	3	7.1 Bakgrunn	13
1.1 Hva er demens?	3	7.2 Utfordringer	14
1.2 Et demensvennlig samfunn	3	7.2.1 Informasjon	14
1.3 Tidlig diagnose og oppfølging - er det så viktig?	3	7.2.2 Et demensvennlig samfunn	14
1.4 Personsentrert demensomsorg	4	7.2.3 Ansatte	14
1.5 Arbeidet med planen	4	7.3 Mål og tiltak informasjon, kunnskap og kompetanse	15
1.6 Utfordringer	5	7.3.1 Mål	15
2 Ansvar, regelverk og føringer innen demensomsorgen	6	7.3.2 Tiltak	15
2.1 Kommunens ansvar i lov og forskrift	6	8 Velferdsteknologi	16
2.2 Nasjonale føringer av spesiell relevans for demensomsorgen	6	8.1 Bakgrunn	16
2.3 Kommunale føringer	6	8.2 Utfordringer og muligheter	16
2.4 Aktuelle rapporter	7	8.3 Mål og tiltak for velferdsteknologi	17
3 Forekomst og framskrivinger	7	8.3.1 Mål	17
3.1 Forekomst i Norge	7	8.3.2 Tiltak	17
3.2 Sykdomsvarighet	7	9 Dagaktivitetstilbud	18
3.3 Lokale trender	7	9.1 Bakgrunn	18
3.3.1 Innvandrerbefolkningen	8	9.2 Utfordringer	18
		9.2.1 Innhold i dagtilbudet	18
DEL 2 INNSATSOMRÅDER, KAPITTEL 4-10	9	9.2.2 Tilbud til yngre personer med demens	18
4 Koordinering og samhandling	9	9.2.3 Åpningstider	19
4.1 Bakgrunn	9	9.2.4 Organisering	19
4.2 Utfordringer	9	9.2.5 Stabile og fleksible transportordninger	19
4.3 Mål og tiltak for organisering og samhandling	9	9.3 Mål og tiltak for dagaktivitetstilbudet	19
4.3.1 Mål	9	9.3.1 Mål	19
4.3.2 Tiltak	9	9.3.2 Tiltak	19
5 Utredning, diagnostisering og oppfølging etter diagnose	10	10 Bosituasjonen hjemme og botilbudet i kommunen	20
5.1 Bakgrunn	10	10.1 Bakgrunn	20
5.1.1 Utredning i primærhelsetjenesten	10	10.1.1 Tvang	20
5.2 Utfordringer	10	10.2 Utfordringer	20
5.2.1 Tverrfaglig samarbeid	10	10.2.1 Borte bra, men hjemme best!	20
5.2.2 Overordnet kompetansenettverk	10	10.2.2 Korttidsopphold og avlastning i sykehjem	21
5.2.3 Innvandrerbefolkningen	10	10.2.3 Aktivitet og stimulering	21
5.2.4 Koordinator tidlig i forløpet	11	10.2.4 Lindrende behandling	21
5.2.5 Systematisk oppfølging av personer med demens	11	10.2.5 Demenslandsby	21
5.3 Mål og tiltak for utredning og diagnostisering og oppfølging etter diagnose	11	10.3 Mål og tiltak for bosituasjonen hjemme og botilbudet i kommunen	22
5.3.1 Mål	11	10.3.1 Mål	22
5.3.2 Tiltak	11	10.3.2 Tiltak	22
6 Brukermedvirkning og samarbeid med pårørende	12	11 Demensplan 2017-2020 – tiltaksoversikt	23
6.1 Bakgrunn	12	Vedlegg 1 Tilbud og tjenester til innbyggerne i Stavanger kommune	24
6.2 Utfordringer	12	Vedlegg 2 Heldøgntilbud til personer med demens i bofellesskap og sykehjem	25
6.2.1 Samarbeid med bruker og pårørende	12	Vedlegg 3 Styrings- og prosjektgruppe for Demensplan 2017-2020	26
6.2.2 Avlastning i hjemmet	12	Vedlegg 4 Tilbakemelding på Demensplan 2016-2020	27
6.2.3 Individuell plan	13	Vedlegg 5 Høringsinstanser til Demensplan 2016-2020	29
6.2.4 Støtte og utvikling av likemannsarbeid	13	Referanseliste	30
6.3 Mål og tiltak for brukermedvirkning og samarbeid med pårørende	13		
6.3.1 Mål	13		
6.3.2 Tiltak	13		

Del 1. KUNNSKAPSGRUNNLAG, KAPITTEL 1–3

1.1 Innledning

«Hva ser du søster? En tung og senil og trett gammel skrott? Nei. Prøv en gang til! Se bedre etter – se om du kan finne: et barn, en brud, en mor, en kvinne! Se meg som sitter der innerst inne! Det er MEG du må prøve å se – og finne!» (Anfinnsen 2003(1))

1.1 Hva er demens?

Demens er en sykdom som rammer alle deler av befolkningen, og forekomsten av demens øker med alderen. Den opptrer oftest i høy alder, men også yngre mennesker får demens. Alder er den viktigste risikofaktoren for demens. Ettersom det blir flere eldre i befolkningen, blir det også flere som får demenssykdommer. Omkring 78 000 (2) nordmenn lever i dag med demens.

Demens er en fellesbenevnelse for flere hjernesykdommer som fører til en kognitiv svikt. Det viktigste kjennetegnet er hukommelsessvikt. Personer med demens har ofte et sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder. Den vanligste formen for demens er Alzheimer.

Først rammes korttidshukommelsen og etter hvert blir også langtidsminnet redusert. Personer med demens har ofte vanskelig for å orientere seg og problemer med å utføre daglige gjøremål. Det kan også skje endringer i personligheten, og personer med demens kan utvikle psykiske og atferdsmessige tilleggsproblemer. Noen får store problemer med å bevege seg og hyppig falltendens.

Demens er en utelukkelsesdiagnose som krever utredning, for å være sikker på at det ikke foreligger andre tilstander som kan behandles.

Vi kan skille mellom mild kognitiv svikt og demens. Personer som har mild kognitiv svikt har problemer med hukommelsen og konsentrasjonen, men det går ikke særlig ut over dagliglivets gjøremål. Denne tilstanden kan gå over i demens i cirka 50 prosent av tilfellene. For å stille diagnosen demens må symptomene ha vart i minimum et halvt år, og personen må ha gjennomgått en standardisert utredning. Demens kan deles inn i mild, moderat og alvorlig demens.

Personer med mild kognitiv svikt eller demens har en sårbar hjerne, og de er svært utsatt for akutt forvirring. Forvirringen kan være forårsaket av alt fra enkle infeksjoner til svært alvorlige tilstander. Akutt forvirring er en alvorlig tilstand som krever rask utredning og behandling. Personer med demens er spesielt sårbare for mye medisiner, eller alkohol- og tablettmisbruk.

1.2 Et demensvennlig samfunn

Et demensvennlig samfunn er et bedre samfunn for alle. Personer med hukommelsessvikt har behov for og rett til å delta i fellesskapet. Flere lever med demens i mange år. Enkelte får demens på et tidspunkt mens de fremdeles er i arbeid og har forsørgeransvar. Derfor må arbeidslivet også må ha kunnskap om sykdommen. Demens angår hele samfunnet. Målet med et demensvennlig samfunn må være å gi alle mulighet til å delta gjennom god utforming av det fysiske miljøet og gode holdninger til hvordan vi inkluderer personer med demens (3).

Stavanger kommune har som mål at flest mulig har et aktivt liv og klarer seg selv best mulig. Vi kaller det **Leve HELE LIVET**. Dette målet gjelder for alle innbyggerne i Stavanger, også personer med demenssykdom. Vi må ta i bruk tilgjengelig kunnskap og teknologi for å møte behovene denne gruppen har på en god måte. De siste årene av livet med demens vil kreve tilrettelegging av boligen, oppfølging av kosthold og ernæring, medisinsk oppfølging, pleie og god palliativ behandling. De aller fleste med demenssykdom tilbringer de siste månedene av livet i sykehjem, fordi omsorgen i eget hjem blir for krevende, særlig for de pårørende.

Stavanger kommunes demensplan skal sikre personer med hukommelsessvikt og demens et helhetlig tjenestetilbud og gi støtte til pårørende. I tråd med Demensplan 2020 skal planen legge til rette for et mer demensvennlig samfunn, ikke et eget samfunn for de med demens.

1.3 Tidlig diagnose og oppfølging - er det så viktig?

Mange som har demens mangler diagnose. Diagnosen er viktig for å utelukke annen sykdom, og for å få et best mulig tilrettelagt tjenestetilbud i kommunen. Per i dag finnes det ingen kur mot demens, men det er mulig å ha

et godt liv med sykdommen. Det er viktig å få stilt diagnosen så tidlig som mulig, for å kunne gi bruker og pårørende god kunnskap om sykdommen, og tilby tjenester i tråd med sykdomsutviklingen. Med tidlig innsats kan personer med demens klare seg selv og bo hjemme lenger enn dersom diagnosen forsinkes.

Det siste tiåret har det blitt forsket på støttende tiltak rettet mot nærmeste pårørende til personer med demens. Studiene konkluderer med at informasjons- og rådgivningstjenester til personer med demens og deres pårørende gir økt livskvalitet og reduserer pårørendebelastningen (4,5,6,7).

I Demensplan 2020 beskriver Helse- og Omsorgsdepartementet ulike modeller med tiltak som skal støtte brukeren, pårørende og familien i tiden fra diagnosen er gitt og frem mot et mer etablert tjenestetilbud fra kommunen (3:44). Modellene skal prøves ut i noen prosjektkommuner, og skal inneholde informasjon og opplæring om hvordan man best kan leve med demens ved hjelp av tilpasning av hjemmet, aktiviteter, støtte og rådgivning og behandlingstiltak for å bremse utviklingen av symptomene ved demens, samt bistand til å planlegge fremtiden. Etter modellene er utprøvd skal de evalueres og erfaringene skal spres til alle landets kommuner. Se kapittel 5.2.5 om Stavanger kommune sitt samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen om «utviklingsprosjektet oppfølging etter demensdiagnose».

1.4 Personsentrert demensomsorg

Personer med demens er sårbare og kan ofte oppleve at de som er rundt møter dem på en annen måte enn før. Kunnskap om hukommelsessvikt og demens er viktig for å kunne bidra til et verdig liv for den som er syk.

For å ivareta behovene til personer med demens trenger vi kunnskap om hva som blir endret med sykdommen. Personsentrert omsorg legger vekt på kjennskap til personens livshistorie, personlighet, helse, kulturelle bakgrunn og vaner. Denne omsorgsfilosofien skal ivareta verdigheten til personer med hukommelsessvikt og demens.

1.5 Arbeidet med planen

Demensplanen for Stavanger kommune er forankret i Helse og Omsorgsdepartementet sin Demensplan 2015 «Den gode dagen» og Demensplan 2020 «Et mer demensvennlig samfunn».

Arbeidet med planen har vært organisert med en styringsgruppe og en prosjektgruppe. Styringsgruppen har bestått av representanter for fagstab levekår og har vært ledet av levekårsjefen. Prosjektgruppen har hatt

representanter fra helse- og sosialkontorene, hjemmesykepleien, sykehjemmene, samfunnsmedisinsk stab, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland i tillegg til fagstab levekår (vedlegg 3).

I oktober 2014 ble det gjennomført en dialogsamling for å få innspill til planen. Da var ansatte fra de ulike virksomhetene sammen med representanter fra pårørendeforeninger, fagforeninger, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Universitetet (UIS), elderrådet og politikere samlet. Innspillene fra dialogsamlingen har vært en viktig del av grunnlaget for planarbeidet. Representant fra Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) har også bidratt med innspill til planen.

Prosjektgruppen gjennomførte en minidualogsamling med representanter fra fastlegene, pårørenderepresentant og fysio- og ergoterapiavdelingen i kommunen, for å få innspill underveis.

To ganger har planen blitt presentert på nettverkssamlinger for ressurspersonene innen demens i kommunen, for å få tilbakemeldinger og innspill fra de som arbeider tettest på brukerne og deres pårørende.

Planen omhandler tjenestetilbudet til alle som har en demensdiagnose uavhengig av andre diagnoser. Planen beskriver ikke særomsorg til enkelte diagnosegrupper som for eksempel til personer med rus og utviklingshemming. Planen tar utgangspunkt i de seks strategiske hovedgrepene i Demensplan 2020 (3:37):

- Selvbestemmelse, involvering og deltakelse.
- Forebygging – det som er bra for hjertet er bra for hjernen.
- Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose.
- Aktivitet, mestring og avlastning.
- Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud.
- Forskning, kunnskap og kompetanse.



1.6 Utfordringer

Stavanger kommune har god dekningsgrad på heldøgnsomsorg for eldre, og det er tilrettelagte heldøgns plasser for personer med demens i sykehjem og i bofellesskap. Blidensol sykehjem er kommunens kompetansesenter for demens. De gir råd og veiledning til ansatte ved andre sykehjem og i hjemmetjenesten. Hjemmebaserte tjenester arbeider etter en modell med demensarbeidslag som gir de hjemmeboende med demens færre ansatte å forholde seg til.

Stavanger kommune ønsker at personer med demens skal møte et demensvennlig samfunn og få gode og tilpassede tjenester i de ulike fasene av sykdommen. Kommunen ønsker at personer som har demens og pårørende skal oppleve livskvalitet og mestring. For å bidra til det er det behov for nye tiltak og arbeidsmetoder:

- Lavterskeltilbud
- Tidlig oppfølging av nydiagnostiserte brukere
- Differensiert dagtilbud for ulike grupper
- Styrke pårørendearbeidet
- Grunnleggende kompetanse om demens i alle ledd
- Harmonisert demensutredning i kommunen
- Bedre samarbeid med fastlegen og spesialisthelsetjenesten, for å få til bedre samhandling og mer sømløse pasientforløp.

Det er et mål i den nasjonale Demensplan 2020 at personer med demens får anledning til å delta aktivt i samfunnet så lenge som mulig. Aktiv deltakelse kan bidra til større grad mestring i hverdagen. Aktiv deltakelse vil stille krav til samfunnet som må legge til rette for økt kunnskap i næringslivet og i samfunnet generelt. Det er en ekstra utfordring å nå eldre innvandrere med informasjon, blant annet på grunn av språk- og kulturforskjeller.

Følgende tema blir behandlet i planen:

- Ansvar, regelverk og føringer innen demensomsorgen
- Forekomst og framskrivninger
- Organisering og samhandling
- Utredning og diagnostisering og oppfølging etter diagnose
- Brukermedvirkning og samarbeid med pårørende
- Informasjon, kunnskap og kompetanse
- Velferdsteknologi
- Dagaktivitetstilbud
- Bosisuasjonen hjemme og botilbudet i kommunen

¹ 24.6 % i 2016



2 Ansvar, regelverk og føringer innen demensomsorgen

«Ingen har villet hjelpe i utgangspunktet. Alle skylder på alle og ansvaret pulveriseres.» (Sitat fra boken Langsomme Jordskjelv, 2013(10))

2.1 Kommunens ansvar i lov og forskrift

Kommunen skal sørge for at innbyggere som trenger det får nødvendige helse- og omsorgstjenester. I det følgende gis en oversikt over sentrale lover og forskrifter som regulerer kommunens ansvar på dette området.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ansvaret omfatter alle pasient- og brukergrupper (11).

Lov om helsepersonell. Gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (12).

Lov om pasient- og brukerrettigheter. Skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten (13).

Lov om pasient- og brukerrettigheter, kapittel 4a: Regulerer helsehjelpen til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Kan bl.a. være aktuelt for personer med demens.

Lov om vergemål. Gjelder personer under vergemål og deres adgang til selv å foreta rettslige handlinger eller råde over egne midler (14).

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. Regler for saksbehandling og utforming av vedtak ved tildeling av kommunale tjenester (15).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivarettatt grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (16).

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Skal sikre at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene tilrettelegger for en eldreomsorg, som sikrer den enkelte bruker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv, i samsvar med individuelle behov (17).

Internkontrollforskriften. Skal fremme forbedringsarbeid i virksomhetene gjennom krav om systematisk gjennomføring av tiltak (18).

Forskrift for sykehjem og boform for heldøgnsomsorg og pleie. Krav til boform som gir heldøgnsopphold (19).

2.2 Nasjonale føringer av spesiell relevans for demensomsorgen

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Stortingsmelding 26 (2014-2015). En fremtidsrettet tjeneste utformer tjenestene sammen med brukeren, og spør hva som er brukerens mål, behov og ønsker for eget liv. Tjenesten skal være innrettet i tråd med utvikling i sykdomsforekomst, fag, teknologi og samfunnsutviklingen. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne forebygge og avklare problemer før de vokser seg større. Oppgavene i kommunen øker i kompleksitet og tjenestene og tjenesteutøvelsen må organiseres annerledes. Dette krever god kompetanse og ledelse (20).

Morgendagens omsorg, Stortingsmelding 29 (2012-2013), vektlegger innovasjon, et ressursorientert brukerperspektiv, pårørendeprogram, frivillighet, tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og nettverksarbeid, utvikling av velferdsteknologi og tiltak for fornyelse (21).

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Planen følger opp stortingsmelding 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg». Viktige innsatsområder er å jobbe sammen med bruker, pasient og pårørende, en faglig sterk helse- og omsorgstjeneste, moderne lokaler og boformer, de nye hjemmetjenestene og fornyelse og innovasjon (22).

Demensplan 2020 «Et mer demensvennlig samfunn» bygger på demensplan 2015 «den gode dagen». Planen ønsker å utvide perspektivet fra helse- og omsorgstjenestene til fokus på hele samfunnet. Et demensvennlig samfunn er et godt samfunn for alle. Demensplan 2020 vektlegger forebygging, diagnostisering til rett tid, oppfølging etter diagnose og tiltak som støtter og avlastar pårørende.

Pårørendeveileder. Høsten 2016 er det ventet en veileder for pårørendearbeid.

2.3 Kommunale føringer

Omsorg 2025 er Stavanger kommunes overordnede plan for tjenesteutvikling i sykehjem, bofellesskap for eldre, hjemmebaserte tjenester og utvikling av dagtilbudet til eldre. Omsorg 2025 vil i løpet av 2017 bli avløst av en ny temaplan for helse-, sosial- og omsorgstjenestene og en egen plan for omsorgsbygg.

«Selvstendig, trygg og aktiv» er kommunens strategi for implementering av velferdsteknologi 2014-2017. Velferdsteknologi er ett av flere tiltak, for å møte de kommende helse- og omsorgsutfordringene.

2.4 Aktuelle rapporter

Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) 2015 har kartlagt bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og omfang av hjelp fra pårørende til personer med demens i Norge. Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet som en del av demensplan 2015. Hensikten med undersøkelsen var å beregne kostnadene ved demens i Norge, basert på data fra personer i ulike stadier i sykdommen. I prosjektet er faktorer assosiert med ressursbruk analysert og helserelatert livskvalitet hos pasienter med demens er undersøkt (2).

3 Forekomst og framskrivinger

Fortell meg at jeg er noe, at jeg kan noe, at jeg betyr noe. Fortell meg det. (Fra diktet «Fortell meg» av Ragnhild Bakke Vaale).

3.1 Forekomst i Norge

Det finnes ingen norske studier som har kartlagt forekomst av demens i Norge. Alzheimer Europe publiserte prevalenstill i 2014 basert på de nyeste europeiske studiene (23). Deres anslag på 78.000 brukes i en ny norsk rapport «Ressursforbruk og sykdomsforløp ved demens» (2).

En norsk studie viser at 84,3 prosent av de som er innlagt i sykehjem har demens (24). En annen norsk studie viste at 41,5 prosent av de som mottok hjemmetjenester hadde demens (25). Det kan være så mange som 19 000 personer med demens som bor hjemme uten offentlig hjelp (2). For aldersgruppene under 65 år regner vi med at i overkant av 4000 har demens i Norge (3).

Framskrivinger viser at vi kan forvente 9,5 prosent økning i antallet personer med demens i Norge innen 2020 og 43 prosent økning innen 2030. I 2045 vil antallet personer med demens i Norge ha fordoblet seg fra i dag (2).

Alder er den viktigste risikofaktoren for demens, og mer enn 97 prosent av alle som har en demenssykdom er over 65 år.

Forekomsten av demens i befolkningen stiger fra 0,9 prosent i aldersgruppen 65-69 år til 40,7 prosent i aldersgruppen 90-95 år.

3.2 Sykdomsvarighet

Demenssykdommen har en gjennomsnittlig varighet på 8,1 år fra symptomene oppstår. Sykdomsforløpet kan deles inn i tre stadier (2):

1. Fra symptomdebut til diagnosen er satt – gjennomsnittlig varighet i 3 år
2. Fra diagnosen er satt til innleggelse i institusjon – gjennomsnittlig varighet i 3 år
3. Opphold i institusjon - gjennomsnittlig varighet i 2,1 år. Omtrent 85-90 prosent blir innlagt på langtids plass i sykehjem.

3.3 Lokale trender

Ny norsk rapport (2) estimerer en forekomst av demens i hele befolkningen på 1,54 prosent i 2014. Ved like forhold i Stavanger kommune som i resten av landet, vil omtrent 2000 personer i Stavanger ha demens .

Vi vet ikke hvor mange yngre personer som har demens, men ved å bruke den nasjonale demensplanens estimat på 4000 eller mer for hele landet, kan vi anslå at Stavanger har i overkant av 100 yngre personer som har en demenssykdom.

I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) har Stavanger kommune færre over 60 år og flere mellom 50 og 60 enn landsgjennomsnittet. Stavanger vil derfor kunne oppleve en forsinket økning i antallet eldre og eldre personer med demens sammenlignet med andre kommuner (27).

Med utgangspunkt i beregningene av forekomst (2) og framskrivningen av befolkningsveksten i Stavanger, vil antallet personer med demens øke med 48,6 prosent i perioden fra 2015 til 2030.

År	Forekomst i % av befolkningen	Antall personer med demens
2015	1.54%	2042
2020	1.58%	2252
2030	1.89%	3035

Tabell 1

Redic-rapporten 2015 (2) har delt demensforløpet inn i tre faser og beregner at mellom 85 og 95 prosent av de som har demens blir innlagt i heldøgnsomsorg. Ved å bruke denne inndelingen kan vi gjøre et grovt estimat på hvor i sykdomsforløpet Stavanger kommunes innbyggere med demens befinner seg.

Demensforløpet	Prosent	Antall (totalt 2042)
Fra symptom til diagnose er satt	37 %	755
Fra diagnosen er satt til innleggelse i institusjon	37 %	755
Innlagt med heldøgnsomsorg	26 %	532

Tabell 2

De to første i tabell 2 vil være hjemmeboende som eventuelt får tjenester fra kommunen, for eksempel dagtilbud, hjemmesykepleie, fysio-/ergoterapi eller avlastnings-/korttidsopphold.

² 1.54x 132 587: 100 = 2042

3.3.1 Innvandrerbefolkningen

I følge tall fra IMDI er over 21 prosent av innbyggerne i Stavanger innvandrere, eller norskfødte med innvandrerforeldre. Dette inkluderer alle grupper innvandrere, også arbeidsinnvandrere. Av disse er 829 personer 67 år eller eldre. Innvandrerbefolkningen i Stavanger er yngre enn den etnisk norske befolkningen. Det kan skyldes at mange er arbeidsinnvandrere. Det er usikkert hva som skjer når innvandrerne blir eldre, om de flytter tilbake til hjemlandet eller blir boende her. Vi bør skaffe oss bedre kunnskap om eldre innvandrere og forekomsten av demens, for å kunne gi god omsorg, veiledning og informasjon om demens og de ulike tilbudene som finnes.



DEL 2 INNSATSOMRÅDER, KAPITTEL 4–10

4. Koordinering og samhandling

«Lett er oppgaven når det er mange om den.»

(Sitat av Homer fra boken Helsepedagogikk av Vidfladt og Hopen 2004)

4.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenestene må planlegge, dimensjonere og tilrettelegge for helhetlige og sammenhengende tjenester til personer med demens og deres pårørende både internt og eksternt (3). Personer med demens har ofte et sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder, der den kognitive svikten er mest fremtredende. Det kan innebære behov for koordinerte og tverrfaglige tjenester både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten. Kommunen har hovedansvaret for å ivareta personer med kroniske sykdommer og forebygge helsesvikt. Spesialisthelsetjenesten utreder og behandler (41). Inndelingen i to ulike forvaltningsnivåer med ulike mål kan være en utfordring for samhandlingen.

Samhandlingsreformen som ble innført i 2012, har økt oppmerksomheten på helhetlige pasientforløp og sømløse tjenester. Stavanger kommune har deltatt på KS sitt læringsnettverk for gode pasientforløp i 2014/2015, for å få til bedre samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og internt i kommunen. Sjekklister og oppmerksomhet på hva som er viktig for brukeren, skal bidra til trygge og sikre overganger og gode tjenester.

God oppfølging av personer med demens krever tverrfaglig og tett samarbeid mellom de kommunale tjenestene, inklusiv fastlegen, pårørende og spesialisthelsetjenesten. Et helhetlig pasientforløp og god kommunikasjon med pårørende, vil legge et godt grunnlag for trygge og gode tjenester som er individuelt tilpasset til brukere med en demenssykdom.

4.2 utfordringer

Erfaringen og forskning viser til noen kjente flaskehalser i samhandlingen. Involverte parter som fastlegene, helse- og sosialkontorene, hjemmesykepleien, sykehjemslegene og fysio- og ergoterapitjenesten har ikke gode nok rutiner for informasjonsutveksling seg i mellom, eller med spesialisthelsetjenesten. Det kan gå ut over pasientsikkerheten.

Personer med demens er i en særlig sårbar situasjon, fordi de ofte ikke husker informasjonen som er gitt.

Spesialisthelsetjenesten ved SUS har laget et pasientforløp for personer med demenssykdom (http://eqs-forlop.sus.no/docs/doc_15302/index.html). Forløpet omhandler utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, i kommunene og overføring av brukeren til kommunen. Implementering og videreutvikling av dette pasientforløpet i kommunen kan bidra til bedre samarbeid og informasjonsflyt.

4.3 Mål og tiltak for organisering og samhandling

4.3.1 Mål

- Brukerne får koordinerte og tverrfaglige tjenester når de har behov for det.
- Informasjonsflyten mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bidrar til at brukerne får tjenester som er samordnet og preget av kontinuitet.

4.3.2 Tiltak

1.	Videreutvikle verktøy/metoder for å ivareta kontinuitet og samhandling ved overføring fra sykehuset, og mellom avdelinger/tjenester internt i kommunen for brukere som har demens.
2.	Implementere SUS' pasientforløp for personer med demens.



5 Utredning, diagnostisering og oppfølging etter diagnose

«Da min kone fikk diagnosen var det en lettelse. Jeg forstod da en del opplevelser i et nytt lys.» (Pårørende)

5.1 Bakgrunn

5.1.1 Utredning i primærhelsetjenesten

Som hovedregel er det fastlegen som starter utredningen når noen er bekymret for at det foreligger en demenssykdom. Det kan være fastlegen som får mistanke om at det ligger en demenssykdom til grunn for pasientens plager, eller en anmodning fra pårørende, ansatte i hjemmebaserte tjenester, helse- og sosialkontoret eller andre. Stavanger kommune benytter utredningsverktøyet fra Aldring og helse.

Alle de fire helse- og sosialkontorene har et hukommelsesteam som består av sykepleier og ergoterapeut. Utredningen skjer i samarbeid mellom fastlegen og hukommelsesteamet. Hukommelsesteamet kartlegger brukerens hjemmesituasjon. Kartleggingen inkluderer også en samtale med pårørende. Dersom det er vanskelig å stille diagnosen, kan fastlegen henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten ved Hukommelsespoliklinikken som supplerer utredningen i primærhelsetjenesten. I noen tilfeller starter utredningen i forbindelse med at bruker er innlagt i sykehjem.

Spesialisthelsetjenesten følger opp pasienten så lenge pasienten er under utredning og/eller har en ustabil sykdomstilstand. Spesialisthelsetjenesten samarbeider med fastlegen og hjemmebaserte tjenester når det er behov for det.

De siste årene har det blitt rettet mer oppmerksomhet mot personer i tidlig fase av demenssykdommen. Skottland har innført systematisk oppfølging i ett år av nydiagnostiserte personer med demens. Forskning og praksis derfra viser at dette gir bedre livskvalitet både til brukere og pårørende. Grimstad kommune har også et fast opplegg med oppfølging fra hjemmesykepleien av alle nydiagnostiserte demenspasienter. Den tidlige oppfølgingen gir oversikt og mulighet til å forbygge utvikling av feil-/underernæring, somatiske sykdommer og unødvendige sykehusinnleggelseser.

5.2 utfordringer

For å kunne gi hensiktsmessig behandling og gode tjenester, er det viktig med en tilstrekkelig utredning når det foreligger en demenssykdom. Vi vet av erfaring at en del brukere med kognitiv svikt/demens blir utredet sent i sykdomsforløpet, og noen blir aldri utredet eller diagnostisert. En diagnose gir brukeren, pårørende og hjelpeapparatet en realistisk mulighet til å kunne planlegge og iverksette nødvendige tiltak. Med en tidlig utredning og individuelt tilpassede tiltak, vil personer med en demenssykdom i større grad oppleve mestring og de vil kunne klare seg selv lengre.

5.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Det tverrfaglige samarbeidet mellom fastlegen og helse- og sosialkontoret er svært viktig ved utredning av demens. Samarbeidet må styrkes mellom fastlegen og de som er involvert i demensutredningen i den kommunale helsetjenesten, for å sikre en rask og god utredning som kan gi grunnlag for en diagnose. Det er fastlegen som setter diagnose på bakgrunn egen utredning og vurdering, og med støtte i den tverrfaglige utredningen som er gjort. Hukommelsesteamet fra helse- og sosialkontoret og fastlegen bør møtes etter utredningen, for å konkludere og unngå at prosessen stopper opp. Det kan bidra til at alle parter både pårørende og helsepersonell, opplever at det går raskere å få stilt diagnose.

5.2.2 Overordnet kompetansenettverk

Stavanger kommune har ikke et enhetlig kompetansenivå på utredning og diagnostisering av demenssykdommer i dag. Det er behov for en felles metodikk og mer kunnskap og opplæring i hukommelsesteamene på konkrete områder i demensutredningen. Et overordnet tverrfaglig kompetansenettverk vil kunne bidra til en harmonisering av demensutredningen i kommunen. Kompetansenettverket bør ha representanter fra hjemmesykepleien, sykehjemmene, kompetansesenteret ved Blidensol sykehjem, USHT, fastlegene og helse- og sosialkontorene. Dette nettverket kan dele ny og oppdatert kunnskap. Nettverket kan også bidra til økt kompetanse, ved å legge til rette for interne/eksterne kurs, hospitering og praktiske øvelser.

5.2.3 Innvandrerbefolkningen

Det foreligger ikke nasjonale norske studier om etniske minoriteter i demensomsorgen, men internasjonale undersøkelser viser at etniske minoriteter ofte er underrepresentert og at mange oppsøker hjelpeapparatet sent i sykdomsforløpet (30,31,32). Det kan ha mange årsaker. Ved å identifisere årsakene og eventuelle barrierer mot bruk av tjenestetilbudet i kommunen, blir det lettere å sette i verk tiltak for å nå dem som trenger hjelp (33).

Forekomsten av demens blant innvandrerbefolkningen er ikke kjent. Høyere forekomst og tidligere sykdomsdebut er sett i noen grupper i studier fra USA og England. Her antas sammenhengen å være økt forekomst av hjerte- og karsykdommer, utdanningsnivå, sosioøkonomisk status og psykisk helse (34). Kommunen har behov for mer kunnskap om demens og behovet for utredning blant innvandrerbefolkningen i Stavanger. Samarbeid med innvandrerorganisasjonene kan gjøre det lettere å komme i kontakt med innvandrerne for å gi informasjon om utredning og diagnostisering.

5.2.4 Koordinator tidlig i forløpet

Personer som får diagnosen demens, bør umiddelbart få tilbud om oppfølging av en koordinator på helse- og sosialkontoret, uavhengig av om de har fått innvilget kommunale tjenester. Helse- og sosialkontoret må få ansvaret for å koordinere et systematisk samarbeid med bruker og pårørende gjennom tverrfaglige møter der de avklarer roller, ønsker, behov, forventninger og ressurser. Mange av de som får en demensdiagnose er i en tidlig fase av sykdommen, og ønsker ikke kommunale tjenester. Brukere og pårørende gir likevel uttrykk for at de har behov for råd og veiledning og noen å snakke med om de forandringene som oppstår etter hvert. En fast koordinator i en tidlig fase av sykdommen, kan bidra til trygghet og informasjon til rett tid. Hjelpeapparatet må ta pårørende på alvor og ha en ærlig dialog med brukeren og pårørende om tilgjengelige ressurser. Et godt samarbeid mellom brukeren, pårørende, koordinator på helse- og sosialkontoret og ansatte i virksomhetene er svært viktig for å kunne gi individuelt tilpassende tjenester.

5.2.5 Systematisk oppfølging av personer med demens

Personer som er i en tidlig fase av sykdomsforløpet og som ennå ikke har behov for kommunale tjenester bør få tilbud om systematisk oppfølging. Oppfølgingen kan bestå i regelmessige hjemmebesøk for å følge med på sykdomsutviklingen, kartlegging av boligen og en vurdering av behovet for hjelpemidler, ernæringsstatus, vektkontroll og informasjon om tilbud og tjenester. En slik oppfølging vil være særlig viktig for de som bor alene

I løpet av planperioden tar kommunen sikte på å etablere et system for systematisk oppfølging av personer med demens i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen. Stavanger kommune er en av flere kommuner som skal være med å utvikle en modell for oppfølging etter diagnose. Det skal utarbeides en veileder for ansatte og et verktøy for kartlegging av individuelle behov for oppfølging hos personen som har demens og deres pårørende. Prosjektet startet i april 2016, og skal implementeres i 2018. Fastlegene vil være en del av målgruppen av helsearbeiderne som er i jevnlig kontakt med brukeren både før og etter diagnosen.

5.3 Mål og tiltak for utredning og diagnostisering og oppfølging etter diagnose

5.3.1 Mål

- Tidlig og riktig diagnose for alle med utredningsbehov
- God og likeverdig kompetanse hos alle ansatte som foretar demensutredning

5.3.2 Tiltak

3.	Etablere rutine for tverrfaglig møte mellom fastlegen og hukommelsesteamet etter at utredningen er fullført, for å slutføre utredningen og å stille diagnose.
4.	Etablere et overordnet kompetansenettverk for demensutredning i kommunen. Kompetansenettverket får ansvar for at ny kunnskap tas i bruk, opplæring og praktiske øvelser ved demensutredning.
5.	Samarbeide med innvandrersorganisasjoner, for å identifisere områder som har betydning for demensutredningen av personer med innvandrerbakgrunn.
6.	Nydiagnostiserte personer med demenssykdom skal få tilbud om en fast koordinator ved helse- og sosialkontoret.
7.	I tråd med resultatene fra «Utviklingsprosjektet oppfølging etter demensdiagnose» (samarbeid med Nasjonalforeningen) bidra til å utvikle og implementere en modell for systematisk oppfølging etter demensdiagnose.



6 Brukermedvirkning og samarbeid med pårørende

«Hva skjer med oss?» sa hun hele tiden mens hun vugget frem og tilbake. Allerede da visste jeg at jeg hadde mistet henne. Det var så vondt å se at hun hadde det forferdelig. Det var også vondt å tenke på alt det vanskelige hun hadde foran seg, og hvordan dette ville påvirke minnene om henne i ettertid.» (Söderlund 2004 fra Jakobsen og Homelien (2011) (35)

6.1 Bakgrunn

Brukermedvirkning betyr at den som benytter seg av kommunale tjenester blir hørt og får innflytelse på utformingen av tilbudet. Brukermedvirkningen innebærer større grad av autonomi, myndighet, påvirkning og kontroll over det som angår eget liv. For å sikre reell medvirkning i størst mulig grad, må brukeren få tilstrekkelig og tilpasset informasjon. Brukerens interesser kan også ivaretas av pårørende.

Pårørende skal trekkes inn i den grad brukeren selv og den pårørende ønsker dette. Brukeren oppgir selv hvem som er den nærmeste. Dersom bruker er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med brukeren (13). Pårørende er en viktig samarbeidspartner, fordi de er en stor ressurs for brukeren. Det er nødvendig å få avklart så tidlig som mulig hvilken rolle nærmeste pårørende ønsker å ha. En avklaring av pårørendes rolle vil ha betydning for helsepersonellens ansvar, og hvordan de skal forholde seg til pårørende (36).

For å forebygge belastninger hos pårørende, er det viktig at kommunen tilbyr god informasjon om sykdommen, rettigheter og avlastningsordninger. Det er gjerne pårørende som observerer de første symptomene på demens, og de står ofte i en krevende omsorgssituasjon. En demenssykdom berører langt flere enn den som blir syk. Pårørende er i de fleste tilfellene ektefelle/samboer og voksne barn. Det er i første rekke endringer i atferden og psykiske symptomer ved demens som belaster pårørende. Personer med demens mister gradvis kontrollen over eget liv. Dette ledsages ofte av en opplevelse av tap og sorg.

For å myndiggjøre brukeren må han få informasjon om muligheten for å bestemme hva man ønsker å gjøre, og hvordan man vil ha det når sykdommen er i siste fase. Informasjon og kurs som «Mitt livstestament» (www.livstestament.org) og «Fremtidsfullmakt» (www.vergemal.no) kan hjelpe brukere og pårørende til å ta avgjørelser for fremtiden. Se vedlegg 1 for informasjon om eksisterende tilbud og tjenester til personer med demens.

Personer med en demenssykdom er spesielt avhengige av pårørende og samfunnet rundt, fordi de ofte har vanskelig for å orientere seg, og ikke husker informasjon som er gitt.

Stavanger kommune er i gang med et samarbeid med Universitet i Stavanger, PårørendeSenteret og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland (USHT) for å utvikle en sjekklister til bruk for ansatte. Sjekklister skal støtte pårørendesamarbeidet.

6.2 utfordringer

Det kan være vanskelig for brukere med en demensdiagnose å ivareta egne interesser på grunn av kognitiv svikt og redusert korttidshukommelse. Personer med demens og deres pårørende skal involveres i beslutningene som angår dem, men medvirkningen må være tilpasset evnen hos den enkelte til å motta informasjon.

6.2.1 Samarbeid med bruker og pårørende

Demens er en uheldelig sykdom. Det er stor variasjon i utviklingen av sykdommen, men i løpet av sykdomsforløpet opplever brukeren gradvis økende kognitiv svikt og økende funksjonssvikt på flere områder. Brukeren blir gradvis mindre i stand til å delta aktivt i beslutningsprosesser. Dette er vanskelig for brukeren og pårørende og stiller store krav til personalets kompetanse. Et av de sentrale spørsmålene i brukermedvirkningen er: «Hva er viktig for deg?». Dette kan det være vanskelig for brukere med demens å sette ord på (37,38,39,40). Samtalen om brukerens ønsker når livet går mot slutten bør derfor gjennomføres tidlig i sykdomsforløpet. Forskning viser at samtaler i tidlig fase om hva som skal skje ved livets slutt har potensiale til å redusere sykehusinnleggelse. Selv om de fleste personer med demens i Norge dør på sykehjem eller i sykehus, viser forskning at voksne pasienter ønsker å få behandling og omsorg hjemme i sluttfasen av livet (3). Det er derfor nødvendig å utvikle retningslinjer for systematisk pårørendearbeid slik at samarbeidet med bruker og pårørende har en struktur som bidrar til å ivareta dem her og nå, men samtidig planlegger for fremtidige behov.

6.2.2 Avlastning i hjemmet

En del pårørende til personer med demens som bor hjemme, har etterlyst et tilbud om avlastning i hjemmet. De ønsker at ansatte fra kommunen skal kunne komme hjem og være hos personen med demens slik at pårørende kan forlate hjemmet for å ta del i aktiviteter. Denne tjenesten finnes i andre kommuner, blant annet Bærum.

Når pårørende er slitne innvilges brukeren gjerne korttid/avlastning opphold i sykehjem, ofte tre ukers opphold. Noen pårørende sier de føler skyld for å ikke klare å ha sine pårørende hjemme, og de kompensere for dette ved å bruke mye tid på å gå på besøk til tross for at brukeren er innvilget opphold. (Se kapittel 10.2.2 om korttid og avlastning).

For pårørende kan avlastning i hjemmet bety mer forutsigbarhet i hverdagen og bedre muligheter til å opprettholde sosiale aktiviteter. Dersom dette blir et fast tjenestetilbud, kan pårørende få tid til egenomsorg og slitasjen blir mindre.

Ved avlastning i hjemmet slipper brukeren å dra fra hjemmet. Jo mer fremskreden demenssykdommen er jo større oppleves belastningen ved miljøforandring for den som har demens. Avlastning i hjemmet kan forebygge kriser og utsette behovet for heldøgnsomsorg.

Avlastning i hjemmet til personer med demens kan prøves ut som en pilotstudie, for å høste erfaring med tilfredshet hos bruker og pårørende, kartlegge praktiske utfordringer og økonomi.

6.2.3 Individuell plan

Individuell plan (IP) kan være et hjelpemiddel for noen brukere med demenssykdom. Yngre personer med demens vil ha behov for sammensatte tjenester over langt tid, og en IP kan styrke brukermedvirkningen, og sørge for oversikt og koordinering av tjenestene. En IP kan være et godt verktøy for demenssyke som får utfordringer knyttet til atferd og har behov for hjelp fra flere ulike instanser. Til nå har det vært liten bruk av IP til personer med demens.

6.2.4 Støtte og utvikling av likemannsarbeid

Pårørende til personer med demens har ofte krevende omsorgsoppgaver og mye bekymring rundt fremtiden og hvordan sykdommen vil utvikle seg. Det er godt dokumentert at det er en belastning å være familieomsorgsgiver, og at det øker risikoen for helseplager (4,5,6,7). Kunnskap gjør det lettere å takle utfordringene som kommer med sykdommen. Fellesskap med andre i samme situasjon kan også være en viktig støtte, både for pårørende og den som er syk. Det kan gjøre det enklere å ta beslutninger, for eksempel om å søke hjelp i støtteapparatet. Her kan likemannsarbeid være et viktig bidrag. Likemannsarbeid er en organisert samhandling, der målet er at mennesker som er i samme situasjon deler erfaring.

6.3 Mål og tiltak for brukermedvirkning og samarbeid med pårørende

6.3.1 Mål

- Personer med demens og deres pårørende blir involvert i beslutninger som angår dem
- Bruker og/eller pårørende får tilstrekkelig og tilpasset informasjon til å kunne ha innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet.

6.3.2 Tiltak

8.	Utforme retningslinjer for systematisk samarbeid med bruker og pårørende.
9.	Sørge for at pårørende får nødvendig avlastning ved å prøve ut avlastning i hjemmet til personer med demenssykdom, i tillegg til å tilby ulike typer korttidsopphold og dagtilbud.
10.	Identifisere brukere med behov for IP og iverksette planarbeidet.
11.	Støtte og utvikle likemannsarbeid i samarbeid med frivillige organisasjoner.

7 Informasjon, kunnskap og kompetanse

«Men kunnskapen er som havet, var bestemors avskjedsord. Du ser det blir stadig større, jo lengre utpå du ror.» (Fra diktet *Vise* av Åse Marie Nesse, *Vandrestjerner* 1992) (42)

7.1 Bakgrunn

Blidensol sykehjem er kommunens kompetansesenter for demenssykdommer. Ansatte med spesialkompetanse på Blidensol gir råd og veiledning, og de er behjelpelige med kartlegging av brukere i andre virksomheter i kommunen. Stavanger kommune er vertskommune for Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland (USHT) som har kompetanseheving innenfor demensomsorgen som et satsingsområde. De arrangerer fagdager, kurs og konferanser både alene og i samarbeid med andre organisasjoner og kommuner.

Stavanger kommune har et demensnettverk for ressurspersoner som arbeider innen demensomsorgen i de ulike virksomhetene i hjemmebaserte tjenester, helse- og sosialkontorene og alders – og sykehjemmene. Demensnettverket arrangerer samlinger hvor aktuelle tema innen demens blir belyst, og hvor ressurspersonene kan utveksle erfaringer og har anledning til refleksjon over ulike tema. Demensnettverket har som formål å bidra med informasjon om demens og stimulere til økt kunnskap og kompetanse hos ressurspersonene.

SESAM er lokalt og regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling, som driver med forsknings- og utviklingsprosjekter i Helse Vest. SESAM er lokalt ansvarlig for den nasjonale satsingen på Demensomsorgens ABC. Virksomhetene i Stavanger kommune benytter i stor grad Demensomsorgens ABC, for å heve kompetansen innenfor demens. Både USHT Rogaland og Blidensol sykehjem samarbeider tett med SESAM og benytter deres kompetanse gjennom prosjektsamarbeid og kurs. Sesam driver nettverk for ansatte i kommunehelsetjenesten i Sør Rogaland som gjør demensutredninger. Det arrangeres

møter en gang årlig. Også Stavanger kommune får invitasjon til dette nettverket. Innholdet er en blanding av faglig innhold, informasjon og erfaringsutveksling. Sesam arrangerer jevnlig kurs i bruk av utredningsverktøy fra Aldring og Helse Nasjonal kompetansetjeneste til bruk ved demensutredning for ansatte i kommunehelsetjenesten.

PårørendeSenteret har i samarbeid med Universitetet i Stavanger utviklet et e-læringsprogram kalt «Pårørendeprogrammet». Målet er å gi kunnskap og verktøy til ansatte og ledere for å utvikle en bedre praksis i møte med pårørende. Programmet er gratis tilgjengelig for alle via nettstedet www.parorendeprogrammet.no

Nasjonalforeningen for folkehelsen og Tasta sykehjem arrangerer pårørendeskole og samtalegrupper for pårørende. Pårørendeskolen og samtalegruppene støttes med statlige tilskudd. Nasjonalforeningen har også en landsdekkende demenstelefon hvor brukere og pårørende kan henvende seg.

7.2 utfordringer

7.2.1 Informasjon

Det er en utfordring å øke innbyggernes kunnskap om demens, og sikre god nok informasjon om hvilke tjenester og tilbud som finnes i kommunen og hva frivillige kan tilby. Det er vanskelig å vite om de som har behov for det kjenner til tilbudene, eller vet hvor de skal henvende seg for å få informasjon. Spesielt i tidlig fase av demenssykdommen før det søkes om tjenester kan det være vanskelig å få informasjon. Kommunen har ingen enkelt adresse hvor innbyggerne kan henvende seg med spørsmål, men har opprettet en demensside på internett som gir informasjon om demenssykdom og tjenester/tilbudet til denne gruppen.

Mange pårørende ønsker å snakke med noen i egen kommune for å få lokal informasjon om tilbud og tjenester. Å samle all informasjonen om demens ett sted, f.eks. i en demensportal på kommunens hjemmeside, kan gjøre det lettere å finne fram. Demensportalen kan også henvise brukere/pårørende videre til helse- og sosialkontorene for samtale om tjenester og tilbud til den enkelte, eller til frivillige organisasjoner som tilbyr aktiviteter.

Fastlegene ønsker å kunne tilby bruker og pårørende en informasjonspakke om demens og relaterte tjenester/tilbud som de kan dele ut i tiden rundt fastsetting av diagnose.

Mange pårørende deltar på pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende, men vi vet ikke om alle som har behov for tilbudet er informert om hva som finnes. Vi vet heller ikke om det er et udekket behov for informasjon om demens i innvandrerbefolkningen.

7.2.2 Et demensvennlig samfunn

Demensplan 2020 har som mål å skape et mer demensvennlig samfunn for alle. Personer med demenssykdom lever lenge hjemme, og de har behov for å benytte servicetilbud og være deltakende i samfunnet på lik linje med andre innbyggere. For å gjøre det mulig må vi øke kunnskapen om demens i samfunnet generelt.

Nasjonalforeningen for folkehelsen har en kampanje for å skape et mer demensvennlig samfunn, hvor mennesker med demens skal møte forståelse, respekt og støtte fra de gruppene i befolkningen som de trenger å samhandle med. De ønsker at personell i offentlig og privat servicenæring, som for eksempel bibliotekarer, butikkmedarbeidere, servitører, bussjåfører og medarbeidere på kommunens servicetorg, skal få opplæring i hvordan de best mulig kan møte mennesker med demens (43). Nasjonalforeningen for folkehelsen tilbyr samarbeid med kommunene for å øke kunnskapen om god service til personer med demens. Mange kommuner har allerede inngått avtaler, også flere av våre nabokommuner. (<http://nasjonalforeningen.no/tilbud/demensvennlig-samfunn/>)

7.2.3 Ansatte

Det er ulik kunnskap og kompetanse hos ansatte i kommunen, noe som kan påvirke oppfølgingen av brukerne. Det er en kontinuerlig oppgave å vedlikeholde og fornye kunnskapene hos de ansatte. For å ivareta behovene til personer med demenssykdom trenger ansatte kunnskap om hva som endres ved sykdommen og en personsentrert tilnærming som legger vekt på kjennskap til personens livshistorie, personlighet, helse, kulturelle bakgrunn og vaner. Personsentrert omsorg er også en god måte å tilnærme seg personer med demens med en annen kultur og språkbakgrunn. Kunnskap om hvordan ansatte best mulig kan forstå og samarbeide med personer med ulik kulturbakgrunn må ivaretas ved undervisning og ny kunnskap.

Det er viktig å implementere forskningsbasert kunnskap i praksis. Det vi kan om god demensomsorg må bli fast praksis i alle virksomhetene i kommunen. Kommune må ha systemer som sikrer at virksomhetene tar i bruk forskningsbasert kunnskap. Ansatte som jobber med personer med demens bør gjennomgå Demensomsorgens ABC (44).

7.3 Mål og tiltak informasjon, kunnskap og kompetanse

7.3.1 Mål

- Bruker og pårørende får god informasjon i alle faser av sykdommen.
- Stavanger er en demensvennlig by hvor mennesker med demens møter forståelse, respekt og støtte fra samfunnet og fra tjenestene.
- Alle som arbeider fast med personer med demens skal ha gjennomført kurset Demensomsorgens ABC, eller ha kvalifikasjoner på samme nivå.
- Demensomsorgen skal ha en individbasert tilnærming og kunnskap om personsentrert omsorg tas i bruk.

7.3.2 Tiltak

12.	Det utvikles en demensportal som har oversikt over alle tjenester og aktiviteter fra kommunen og frivillige organisasjoner, og som kan ta imot konkrete henvendelser fra personer med demens, deres pårørende eller andre interesserte.
13.	Utarbeide en informasjonspakke til personer med demens og deres pårørende som fastlegene kan dele ut når diagnosen er stilt.
14.	Det vurderes om Stavanger kommune skal inngå samarbeidsavtale med Nasjonalforeningen for folkehelsen om å jobbe frem en demensvennlig by.
15.	Kommunen tilbyr basis kurs om demens (e-kurs) for alle som arbeider i eldreomsorgen (inkl. ferievikarer, ufaglærte, hjemmehjelpere).
16.	Det utvikles et system som sikrer at alle som arbeider fast med personer med demens gjennomfører Demensomsorgens ABC eller har tilsvarende kompetanse.
17.	Samarbeide med innvandrersorganisasjoner for å spre informasjon om demens generelt, og om kommunens tjenestetilbud og aktiviteter som frivillige organisasjoner kan tilby.



8 Velferdsteknologi

«Mangt skal vi møte – og mangt skal vi mestre.»
(Sitat fra diktet «vår beste dag» av Erik Bye)

8.1 Bakgrunn

Bruk av teknologiske og digitale hjelpemidler kan bidra til at personer med demens kan leve et mer selvstendig liv, mestre hverdagen bedre, styrke selvfølelsen og delta i det sosiale livet. Hjelpemidlene kan også være til hjelp og avlastning for pårørende. Kommunens visjon for velferdsteknologisatsingen er: Selvstendig, trygg og aktiv. Vi skal ta i bruk teknologi som bidrar til å styrke disse verdiene.

Velferdsteknologi kan gi økt kvalitet og spare tid for bruker, pårørende og ansatte, og det kan bety bedre kvalitet på tjenesten. Hensikten med å ta i bruk ny teknologi er å utvikle tjenester som er bedre for brukerne og billigere for kommunen, ny teknologi forutsetter gevinster og gevinstrealisering. Helsedirektoratet legger følgende definisjon til grunn for «gevinster»: Gevinster er nytteverdier, fordeler eller positive effekter som forventes oppnådd ved et prosjekt eller tiltak. Gevinster er ønskede og planlagte, og helst forhåndsdefinert, men kan også oppstå som ikke planlagt virkninger underveis og i etterkant av prosjekter. Gevinst er den nytteverdien teknologien gir og kan omfatte økt kvalitet, det vil si positive effekter for brukere, pårørende og/eller ansatte. Spart tid handler om redusert tidsbruk på levering av tjenester, og unngåtte kostnader ved at oppgaver reduseres eller nye tiltak ikke iverksettes. Typisk unngåtte kostnader er unngått innleggelse i sykehjem, unngått økt tjenestetilbud eller unngått innleie av personalet (53).

Definisjon velferdsteknologi

Velferdsteknologi er teknologi som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne.

Det er identifisert fire typer velferdsteknologi:

Trygghetsskapende teknologi
Mestrings/selvstendighetsteknologi
Utrednings- og behandlingsteknologi
Velværeteknologi

(Helsedirektoratet)

Stavanger kommune har fra 2013 deltatt i mange prosjekter innen velferdsteknologi, hovedsakelig i regi av Helsedirektoratet, blant annet som en av 31 utviklingskommuner i «trygghetspakkeprosjektet». Deltagelse i prosjektaktivitetene har vært en læringsprosess, preget av umoden teknologi og småskala utprøving. Velferdsteknologien

er foreløpig i en tidlig fase. I denne fasen er det viktig å kartlegge og identifisere hvilke tjenester som er aktuelle for utprøving av teknologi og digitale hjelpemidler, og hvilken mål vi vil oppnå. Brukeren og brukerens individuelle behov må stå sentralt.

Tilsyn ved hjelp av kamera om natten for personer med demens er et eksempel på trygghetsskapende tiltak. Nattkamera kan gi større trygghet for både pårørende, bruker og personalet, og forebygge uheldige hendelser, slik at personer med demens kan bo lenger hjemme. Nattpatruljen i Stavanger starter opp med digitale tilsyn via kameraløsning i løpet av høsten 2016. Hensikten er at dette skal føre til økt trygghet for bruker og pårørende, redusere belastningen ved å ta i mot hjelp og gi mer hensiktsmessig bruk av kommunens ressurser. I tillegg til økt livskvalitet for bruker og pårørende vil økonomisk gevinst utgjøre ca. kroner 120 000 per bruker per år. I tillegg kommer innspart tid og utgifter til kjøring.

Lowerket og Datatilsynets retningslinjer ligger til grunn for bruken av velferdsteknologi. Helse- og omsorgstjenesteloven har ingen særlig regulering av velferdsteknologi. Loven åpner for ulike måter å organisere tjenestetilbudet på, og det er opp til kommunen å bestemme om velferdsteknologi skal tas i bruk som en del av kommunens sitt tjenestetilbud. Det er kommunens ansvar å sørge for at tjenestene er forsvarlige. Forsvarlighetskravet gjelder også innretningen og tilretteleggingen av den teknologiske løsningen, og mottak og håndtering av alarmer og varslinger (54).

Stavanger har som mål at velferdsteknologien skal være en del av kommunens ordinære tjenestetilbud.

8.2 utfordringer og muligheter

Teknologi for personer med kognitiv svikt handler i hovedsak om teknologi som fungerer uten aktive handlinger fra brukeren. Eksempelvis er elektronisk kalenderverktøy som viser riktig dag, tid og dato automatisk, til hjelp for brukere med begynnende kognitiv svikt. Annen teknologi kan være forskjellige sensorløsninger; komfyrvakt som varsler overoppheting, dørsensor som varsler når personen går ut eller lyssensor som slår seg på ved bevegelse.

Lokaliseringsteknologi (GPS) kan gi økt trygghet og selvstendighet for brukere og pårørende. Med en GPS kan brukeren selv varsle behov for hjelp, eller bli sporet opp av pårørende eller helsepersonell dersom de ikke kommer hjem som forventet. Dette kan gi personer med demens en økt bevegelsesfrihet, og som følge av det stimulere til mer aktivitet og bedre helse. Forskning viser også at bruk av GPS kan bidra til å redusere irritasjon og aggresjon hos den som har demens.

Både sensorteknologi og lokaliseringsteknologi krever at noen tar imot meldinger/varsler og følger opp. Det kan være brukeren selv, pårørende eller ansatte. Nye former for sensorteknologi, blant annet fallalarmer og innendørs lokalisering av bruker, er allerede tatt i bruk i sykehjem som har nye/oppgraderte signalanlegg. Sykehjem og bofellesskap har også fra 2015 tatt i bruk mobile trygghetsalarmer. De mobile trygghetsalarmene har to funksjoner. De kan enten passivt lokalisere brukeren utendørs, eller brukeren kan aktivt utløse alarmen og få hjelp til å finne hjem igjen.

Stavanger kommune er i gang med planleggingen av et mottaks-/responscenter i forbindelse med overgangen fra analoge til digitale trygghetsalarmer. Først når mottaks-/responscenteret er etablert, vil det bli aktuelt å benytte sensor- og lokaliseringsteknologi som krever oppfølging fra kommunen for personer med demens i private hjem.

Stavanger har gode erfaringer med at pårørende er alarmmottakere for brukere som bor i eget hjem. I de tilfellene er bruk av teknologien et privat initiativ, og uten kommunal oppfølging. Stavanger kommune vil arbeide for at flere innbyggere tar i bruk velferdsteknologi på privat initiativ.

Ergoterapeut kartlegger i dag brukers behov for hjelpemidler i utredningsfasen, for å ivareta aktivitet og sikkerhet i hjemmet. Det skjer i den tverrfaglige demensutredningen som blir utført av fastlege, sykepleier og ergoterapeut. Det er en utfordring at brukerne ikke blir fulgt opp systematisk med en kartlegging videre i sykdomsforløpet slik at rett hjelpemiddel sikres til rett tid. Hukommelsesteamet ved helse- og sosialkontoret må i fremtiden sikre at bruker får systematisk oppfølging, kartlegge nye behov så tidlig som mulig og sørge for at brukeren får de aktuelle hjelpemidlene. Fysio - og ergoterapitjenesten har utarbeidet en brosjyre med informasjon om tilrettelegging av bolig ved demenssykdom. Denne kan være til nytte for ansatte, brukere og pårørende i arbeidet med å tilrettelegge boligen.

8.3 Mål og tiltak for velferdsteknologi

8.3.1 Mål

- Velferdsteknologi bidrar til at personer med demens og kognitiv svikt klarer seg selv best mulig.

8.3.2 Tiltak

18.	Hukommelsesteamene på helse- og sosialkontorene skal kartlegge tjenestebehov hos brukerne som kan støttes av teknologi, og bidra til at de får hensiktsmessige hjelpemidler.
19.	<ul style="list-style-type: none"> • Ta i bruk GPS der det er mulig og hensiktsmessig: I sykehjem og bofellesskap • Til hjemmeboende når mottaks- og responscenteret er etablert • Informere hjemmeboende og deres pårørende systematisk om aktuelle GPS-løsninger der pårørende kan være alarmmottaker.
20.	Vurdere avstandsoppfølging av hjemmeboende personer med demens, herunder prøve ut bruk av nattkamera.



9 Dagaktivitetstilbud

«Livet består av dager. En dag er god. En annen dag er dårlig. En dag kjenner jeg på fellesskap. En annen dag føler jeg meg alene.» (En dag og en reise 2015) (46)

9.1 Bakgrunn

Dagaktiviteter er ikke en lovpålagt tjeneste for kommunene i dag, men den nasjonale demensplanen foreslår å endre helse- og sosialtjenesteloven slik at dagtilbud til personer med demens blir lovpålagt fra 2020 (3:45). Dagtilbud er viktig for hjemmeboende som har demens. Tilbudet kan gi stimulering og aktivisering, god ernæring, avlastning for pårørende og forebygge og utsette behovet for heldøgnsomsorg. Et dagtilbud kan være med å gi gode og meningsfulle opplevelser som kan stimulere til å leve aktivt.

I følge Demensplan 2020 «Et mer demensvennlig samfunn» vil tilskuddsordningen for dag- og aktivitetstilbud fra Demensplan 2015 videreføres. Ordningen skal stimulere til utbygging av tilbudet fram mot 2020. Planen legger vekt på utvikling av et personsentrert, fleksibelt og differensiert tilbud. Tilbudet må tilpasses behovet til den enkelte brukeren, med å tilrettelegge dagaktivitetstilbud med spesiell vekt på kultur/kulturformidling, friluftsliv, trening, fysisk arbeid eller mat.

I følge rapporten «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens» (2) benytter cirka 20 prosent av alle med demens i Norge seg av et dagaktivitetstilbud 1-2 dager i uken. Dette er en økning fra tidligere, men det er fortsatt mange som har behov for et tilpasset aktivitetstilbud. Det er viktig å kartlegge hva som skal til for at kommunens dag- og aktivitetstilbud skal framstå som attraktive.

9.2 Utfordringer

Å kunne se seg selv som bruker av et dag-/aktivitetstilbud er for mange en stor overgang. Det er derfor viktig med positiv omtale av tilbudene. Helse- og sosialkontoret går på hjemmebesøk til de som søker om plass på et dag- og aktivitetssenter. I tillegg har Blidensol dagsenter og aktivitetssenter på Sunde gode erfaringer med å tilby motiverende hjemmebesøk til brukere før de starter på aktivitetstilbudet.

9.2.1 Innhold i dagtilbudet

Differensierte aktivitets- og avlastningstilbud er ett av seks satsningsområder i Demensplan 2020. De fleste dagtilbudene i Stavanger er tradisjonelle dagsenter med aktiviteter tilpasset eldre både med og uten demenssykdom. Blidensol dagsenter og Sunde aktivitetssenter er spesielt tilrettelagt for personer med en demenssykdom eller demenslignende symptomer.

Et tilpasset dagtilbud vil kunne bidra til bedre livskvalitet både for brukeren og familien, og det kan medvirke til at flere kan mestre å bo hjemme. Dag- og aktivitetstilbudet bør være fleksibelt, aktiviteter og trening må brukes målrettet og brukerne bør få delta i aktiviteter som de er interessert i.

Det viktig å opprettholde det fysiske funksjonsnivået allerede fra tidlig fase i sykdommen, for å mestre de daglige aktivitetene. Nyere forskning viser også at trening og fysisk aktivitet har en positiv effekt på de mentale funksjonene til personer med demenssykdom (47). Kompetanse og engasjement hos personalet er viktig for at dagaktivitetstilbudet skal være aktivt og fleksibelt. Større variasjon i dagaktivitetstilbudet vil bety inndeling i mindre grupper og behovet for bemanning vil øke. Dermed vil også kostnadene knyttet til drift av dagtilbudene for personer med demens øke. Innsats fra frivillige kan bidra til å øke aktivitetsnivået, og styrke muligheten for å kunne tilby varierte aktiviteter. Aldring og helse anbefaler en ansatt per tre brukere, for å kunne tilby individuelt tilpassede aktiviteter for personer med demens. I dag har Stavanger kommune følgende bemanning i dag- og aktivitetstilbudet for eldre:

Ordinære dagsenterplasser	en ansatt per 9 brukere
Blidensol dagsenter	en ansatt per 5 brukere
Aktivitetssenteret på Sunde	en ansatt per 3 brukere

Noen kommuner har startet opp åpne demenskafeer som et uforpliktende tilbud til brukere og pårørende. I Stavanger har Skipper Worse et åpent dagtilbud, Hverdagsglede, ved Ågesentunet som er åpent tre dager i uken både for brukere og pårørende. Dette er et tilbud som passer bra for dem som er i en tidlig fase av sykdommen uavhengig av alder. Dersom det viser seg at behovet for åpne tilbudet øker, kan kommunen vurdere å inngå samarbeid med frivillige organisasjoner for å utvikle lignende tilbud.

9.2.2 Tilbud til yngre personer med demens

Stavanger kommune har tidligere forsøkt å etablere et dagtilbud for yngre personer med demens på Blidensol sykehjem, men dette tilbudet har ikke vært attraktivt for de aktuelle brukerne. I følge beregninger har Stavanger kommune rundt 100 yngre personer med demenssykdom. Mange er hjemmeboende. Yngre personer som har demens bør få et eget dagtilbud. Det bør etableres utenfor sykehjem og nær turområder og/eller andre aktiviteter de kan delta i, for eksempel sentralt i byen. Et attraktivt tilbud til yngre med demenssykdom kan gi dem og familien bedre livskvalitet, og forlenge tiden de kan bo hjemme.

9.2.3 Åpningstider

Åpningstiden på de ti dag- og aktivitetssentrene i Stavanger er i hovedsak fra klokken 9 til 14. For å imøtekomme brukere, pårørende og ansatte i hjemmetjenesten, er det behov for å tilby mer variasjon i åpningstidene. Brukere som bor alene ønsker lengre åpningstid utover ettermiddagen. Hjemmetjenesten ønsker at aktivitetstilbudet starter senere om morgenen, fordi mange brukere strever med å bli klar i tide til fellestransporten. Brukere som har god tid om morgenen og som får hjelp av fast personell i demensarbeidslaget i hjemmetjenesten, er roligere og mer fornøyde når de kommer til dag-/aktivitetssenteret. Større variasjon i åpningstidene vil også kunne gi de pårørende et bedre avlastningstilbud. Uprøving av alternative åpningstider ved enkelte dagsenter bør vurderes slik at de som ønsker det kan søke seg dit, som for eksempel:

- Starte senere om morgenen og holde åpent lengre.
- Ha åpent ettermiddag/kveld.
- Ha åpent i helger og høytider som jul og påske.

Brukernes ønsker og pårørendes behov bør kartlegges før alternative åpningstider eventuelt prøves ut. Økt differensiering og endrede åpningstider vil påvirke transportordningen, og vil også øke kostnadene ved drift av de aktuelle dagsentrene.

9.2.4 Organisering

Kommunen sine dagtilbud er organisert under og lokalisert ved sykehjemmene. Noen eldre opplever dette som positivt, men mange nye brukere, særlig de yngre, misliker denne tilknytningen.

Aktivitetssenteret på Sunde er et tilbud til personer med demens i en tidlig til moderat fase av sykdomsforløpet, og som er i god fysisk form. Dette aktivitetssenteret er organisert under hjemmetjenesten i Madla bydel. Noen av de ansatte på aktivitetssenteret har stillinger som er delt mellom aktivitetssenteret og demensarbeidslaget i Madla hjemmebaserte tjenester. En evaluering av aktivitetssenteret i 2016 viste at dette fungerer svært bra både for brukere og ansatte. De ansatte blir godt kjent med brukeren og de kan dra nytte av kunnskapen de får på tvers av tjenestene. Ansatte og brukere får mer stabile relasjoner. Forhold som preges av tillit og kjennskap over tid gir trygghet for alle involverte (48). Med utgangspunkt i de gode erfaringene fra aktivitetssenteret på Sunde, bør tilbudet om bydelvise aktivitetssenter i samarbeid med demensarbeidslagene på sikt etableres i alle bydeler.

9.2.5 Stabile og fleksible transportordninger

Kompetanse og fleksibilitet i transportordningen er nødvendig for å kunne imøtekomme personer med demenssykdom som ikke alltid er motivert til å bli med når dagsentertransporten kommer. For at brukerne skal føle seg trygge og være motiverte til å gå på dagsenteret, er det viktig med gode og stabile sjåførere som kjenner brukerne. Sjåførene bør ha kunnskap om demens og kjenne brukerne de kjører.

9.3 Mål og tiltak for dagaktivitetstilbudet

9.3.1 Mål

- Skape gode dager for brukerne.
- Personer med kognitiv svikt/demenssykdom får tilbud om meningsfulle dagaktiviteter tilpasset deres interesser og behov.
- Andelen hjemmeboende med demenssykdom som deltar på dagaktivitetstilbud øker.

9.3.2 Tiltak

21.	Etablere dagtilbud for yngre personer med demens.
22.	Etablere bydelvise aktivitetssentre som samarbeider med demensarbeidslagene, etter modell fra Sunde aktivitetssenter og Madla hjemmebaserte tjenester.
23.	Differensiere tilbudet på de etablerte dag-/aktivitetssentrene, herunder vurdere å øke tilbudet om fysisk aktivitet og trening, og prøve ut utvidede åpningstider på noen senter.
24.	Øke andelen frivillige medhjelpere i dagaktivitetstilbudene for personer med demens.
25.	Sikre stabile transportordninger som gir rom for fleksible løsninger ved behov.
26.	I samarbeid med frivillige organisasjoner vurdere å utvide åpent aktivitetstilbud til personer med demens i tidlig fase.

10 Bosituasjonen hjemme og botilbudet i kommunen

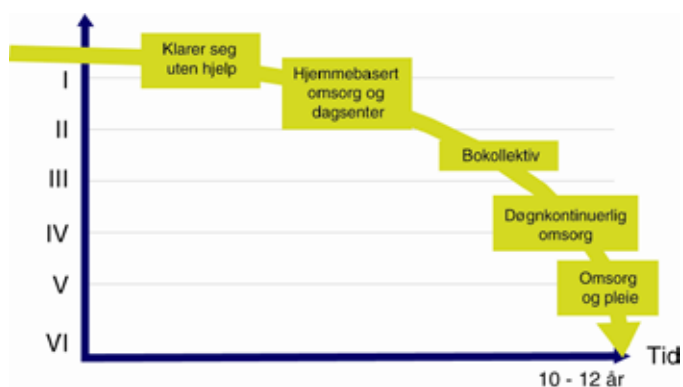
«Det er bare et sted som er et virkelig hjem, og det er der hvor et menneske føler seg helt trygg» (Peter Egge www.ordtak.no).

10.1 Bakgrunn

Et økende antall eldre i årene som kommer, vil føre til flere innbyggere som blir rammet av demenssykdom. De fleste vil ha behov for kommunale tjenester i eget hjem, og mange vil i løpet av sykdomsforløpet få behov for et heldøgns botilbud.

Det har lenge vært en viktig målsetning for kommunen å tilrettelegge for at personer med demens kan klare seg lengst mulig selv, før de får tilbud om heldøgnsomsorg. Dette er i tråd med Leve HELE LIVET.

Et demensforløp kan strekke seg over mange år. Gjennomsnittlig levetid med demensdiagnose er 8,1 år (2). Demens er en kronisk og progredierende sykdom og brukeren vil ha et økende behov for tjenester fra kommunen gjennom sykdomsforløpet.



Figur 1. Berger skala viser utvikling av tjenester ved sykdom i en 10 – 12 års periode ved Alzheimers sykdom.

Mange med demens klarer seg uten hjelp den første tiden (49:22). Kontakten med kommunen kommer ofte i stand når demenstilstanden har utviklet seg og/eller fordi pårørende er slitne. Kommunen må da raskt få oversikt over situasjonen og iverksette tiltak. For at personer med demens skal kunne leve et aktivt liv og klare seg lengst mulig selv, er det viktig at boforholdene blir kartlagt så tidlig som mulig og at tilretteleggingen av hverdagen og boligen blir planlagt sammen med brukeren og pårørende. Den private boligmassen i kommunen er av ulik kvalitet. Boligen kan fremme eller hemme muligheten til å ha et aktivt liv hjemme. Velferdsteknologi må bli vurdert og introdusert på et tidlig tidspunkt, slik at brukeren og pårørende kan bli kjent med teknologien og prøve ut hjelpemidlene i en tidlig fase av sykdommen.

Stavanger kan i dag tilby heldøgnsomsorg som er spesielt tilrettelagt for personer med demens i tre bofellesskap og elleve sykehjem. Se vedlegg 2.

10.1.1 Tvang

Hovedregelen i lovverket er at pasientene selv bestemmer om de vil ta imot helsehjelp eller ikke. Dette gjelder også beboere i sykehjem og andre botilbud i kommunen. Beboeren må i utgangspunktet samtykke til innleggelse og opphold i sykehjem eller andre kommunale botilbud, og har rett til å vandre fritt inn og ut av sykehjemmet eller boligen etter eget ønske. Tvang kan bare benyttes dersom det er fattet tvangsvedtak etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, eller i nødretts, nødverge- eller øyeblikkelig hjelp- situasjoner. Å bli utsatt for tvang er et stort inngrep i brukerens liv og retten til selvbestemmelse. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A regulerer spørsmålet om tvang når det gjelder somatisk helsehjelp til mennesker som mangler samtykkekompetanse, for eksempel personer med demens. Vilklårene for tvang er at tillitsskapende tiltak har vært forsøkt først, helsehjelpen anses nødvendig, det er fare for vesentlig helseskade, og tiltakene står i forhold til behovet for helsehjelp. I tillegg må tvangstiltaket etter en helhetsvurdering fremtre som den klart beste løsningen for brukeren.

Tvangsinnleggelse eller tilbakeholdelse med tvang kan bare skje i helseinstitusjon, det vil si sykehjem og sykehus. Det er adgang til å holde døren til en avdeling i et sykehjem låst dersom avdelingen har en eller flere beboere som har tvangsvedtak på tilbakeholdelse. Sykehjemmet må imidlertid samtidig legge til rette for at de andre beboerne på avdelingen får komme ut når de ønsker det. Det er ikke adgang til å plassere en bruker med tvang eller holde brukeren tilbake med tvang i bofellesskap med hjemmel i kapittel 4A.

Det kan skje at en bruker blir vurdert til å ha behov for heldøgnsomsorg, men selv ikke er enig i dette. Da fatter fastlegen tvangsvedtak før brukeren blir innlagt i sykehjem. I denne prosessen er det svært viktig å ha god dialog med de pårørende og samtidig skjerme dem for konflikt med brukeren.

10.2 utfordringer

10.2.1 Borte bra, men hjemme best!

Brakerundersøkelsen for korttids- og rehabiliteringsopphold i Stavanger i 2015, viser at brukerne ønsker å bo hjemme lengst mulig. Det forutsetter at hjemmetjenesten kan gi stabile tjenester som oppleves trygge. Det er en utfordring at brukere som bor hjemme må forholde seg til mange forskjellige ansatte. Dette er spesielt uheldig for personer med demens som trenger faste, trygge og kompetente hjelpere som kan fange opp endringene som oppstår. For å møte denne utfordringen har kommunen organisert demensarbeidslag i alle bydelene. Organiseringen med demensarbeidslag skal redusere antallet personer den demenssyke og pårørende må forholde seg til. Få ansatte gir kontinuitet som igjen danner grunnlag for å utvikle

gode relasjoner (48). Kontinuitet hos ansatte medvirker også til at endringer fanges opp på et tidlig tidspunkt. Personalet i demensarbeidslagene har god kompetanse og de blir bedre kjent den enkelte brukeren. Kartlegging av utviklingen i demenssykdommen, og en fortløpende vurdering av behovet for tjenester, kan blant annet forebygge underernæring, sosial isolasjon og ulykker/brann.

10.2.2 Korttidsopphold og avlastning i sykehjem

Det er viktig for pårørende å ha mulighet for avlastning, både på dagtid og som heldøgntilbud for de som bor hjemme. Tilstrekkelig avlastning kan bidra til at både bruker og pårørende får en bedre hverdag. (Se kapittel 6.2.2).

Stavanger kommune har 144 ordinære korttidsplasser og 12 korttidsplasser som er spesielt tilrettelagt for personer med demens. Mange personer med demens får tilbud om opphold på korttids plassene som avlastning, vekselsplass eller ordinært korttidsopphold. Fordelen med ikke å øremerke plasser er at det gir større fleksibilitet i bruken av plassene. Ulempen kan være at en del av korttids plassene ikke er godt nok tilrettelagt for personer med demens. Vi bør derfor vurdere å øremerke noen flere korttids plasser til personer med demens for å kunne gi et mer tilrettelagt tilbud når det gjelder korttid, veksel og avlastningsopphold.

10.2.3 Aktivitet og stimulering

Det er behov for større oppmerksomhet på fysisk aktivitet både for hjemmeboende, og for de som bor på sykehjem og i bofellesskap. Samarbeid med pårørende og frivillige personer er nødvendig for å få til regelmessige aktiviteter både ute og inne for personer med demens. Tilbudet «aktivitetsvenn» fra Skipper Worse kan for noen være et godt tilbud som kan bidra til å opprettholde fysisk aktivitet sammen med en frivillig etter fast avtale.

Gjennom hverdagsrehabilitering skal kommunen tidlig identifisere personer med begynnende funksjonssvikt, for å iverksette målrettede tiltak. Hverdagsrehabilitering kan være en aktuell tjeneste for personer med demens i tidlig fase av sykdommen. Modellen for hverdagsrehabilitering krever stor grad av medvirkning og egeninnsats, og for personer med moderat til alvorlig demens kan det bli for krevende. Vi må sørge for at personer med demenssykdom tidlig i sykdomsforløpet får mulighet til å opprettholde det fysiske funksjonsnivået, slik at evnen til å mestre daglige aktiviteter ikke svekkes unødvendig. Begrensningene som sykdommen medfører, som manglende orienteringsevne og dårlig korttidsminne, må ikke utelukke fysisk utfoldelse og trening for dem som ønsker det. (Se kapittel 8). Fysisk utfoldelse og trening kan utføres der brukeren er, i

hjemmet, på dagsenteret eller sykehjemmet i samarbeid med pårørende, frivillige og helsepersonell. Nyere forskning viser også at trening og fysisk aktivitet har en positiv effekt på de mentale funksjonene til personer med demens (47).

10.2.4 Lindrende behandling

I løpet av sykdomsutviklingen vil mange brukere med demens få flere symptomer og de vil ha et stort behov for pleie og omsorg. Det gjelder både hjemmeboende og de som bor på sykehjem eller i bofellesskap. Personer med demens har ofte nedsatt evne til å kommunisere og det kan være vanskelig for personalet å tolke symptomene. Brukere kan ha smerter uten at det blir oppfattet av omgivelsene. I denne fasen har brukeren behov for personale med god kompetanse, tilpasset aktivisering, stimulering og lindrende behandling. En palliativ tilnærming legger vekt på god symptomlindring i hele sykdomsforløpet. Mot slutten av livet oppstår det ofte komplekse behov, samtidig som brukeren blir gradvis mindre i stand til å gi uttrykk for behovene sine og delta aktivt i beslutningsprosessen. Dette er en vanskelig tid både for brukere og pårørende og stiller store krav til personalets kompetanse både i demensomsorg og palliasjon (51,52).

10.2.5 Demenslandsby

De siste årene har det vært stor interesse for De Hogewey i Amsterdam som har blitt presentert som en demenslandsby. En demenslandsby består av små fellesskap som er bygd opp om personsentrert omsorg med grupper/hus på 7-10 personer. Hver gruppe har felles stue og kjøkken, beboeren har eget rom, men deler bad. Maten blir laget i fellesskap sammen med beboerne. Omgivelsene skal være intuitive og bekrefte aktivitetene, og beboerne skal kunne gå fritt på området både ute og inne. Demenslandsbyen skal tilby et bredt spekter av aktiviteter og satse på frivillighet. I De Hogewey, som er modellen for en demenslandsby, er det lagt stor vekt på at dagliglivet i avdelingene skal være mest mulig likt dagliglivet i et vanlig hjem. Beboerne må derfor ut av huset, for å oppsøke de aktivitetene og klubbene som demenslandsbyen tilbyr. For å kunne tilby et bredt spekter av aktiviteter, egne klubblokaler, kunne ha en butikk og en kafé, må en demenslandsby være betydelig større enn de små demensenheterne Stavanger har i dag.

En demenslandsby har en annerledes utforming enn tradisjonelle sykehjem. Den må likevel være sykehjem, dvs. definert som institusjon, hvis det skal være mulig å holde demenslandsbyen lukket slik at beboerne kan gå fritt inne på området. Det norske lovverket tillater bare at det skjer i institusjon.

Kommunalstyret for levekår behandlet 26.01.2016 sak 7/16 om «Lokalisering av demenslandsby». Kommunalstyret for levekårs fattet da følgende vedtak:

1. Rådmannen utarbeider en mulighetsstudie for etablering av en demenslandsby på området som i dag inkluderer Ramsvigtunet sykehjem, bofellesskapet og trygghetsboligene. Det understrekes at mulighetsstudien må gjøre grundig rede for hvor de beboere som har dette området som sitt hjem i dag, og som ikke er aktuelle for å bli en del av en demenslandsby, kan få et godt alternativt tilbud.»
2. Det engasjeres en prosjektleder for å arbeide med mulighetsstudien.
3. Rådmannen legger fram en sak til politisk behandling når mulighetsstudien er klar, innen utgangen av 2016.

Arbeidet med mulighetsstudien starter opp når prosjektleder er tilsatt, høsten 2016.

10.3 Mål og tiltak for bosituasjonen hjemme og botilbudet i kommunen

10.3.1 Mål

- Personer med demens skal kunne bo hjemme så lenge som mulig og motta individuelt tilrettelagte tjenester i eget hjem.
- Personer med en demenssykdom får systematisk oppfølging og tilpassede tjenester når de bor i bofellesskap eller sykehjem.

10.3.2 Tiltak

27.	Demensarbeidslagene i de hjemmebaserte tjenestene videreutvikles og styrkes slik at de har tilstrekkelig kapasitet og oppdatert kunnskap om demens.
28.	Samarbeide med frivillige (aktivitetsvenn) og pårørende for å tilrettelegge for fysisk aktivitet for brukere som bor hjemme.
29.	Vurdere å øremerke og tilrettelegge flere korttidsplasser til brukere med demenssykdom.
30.	Ta i bruk felles verktøy for å identifisere palliative pasienter med demens, både hjemmeboende og de som har heldøgnsomsorg.
31.	Gjennomføre mulighetsstudie for etablering av demenslandsby på området som inkluderer Ramsvigtunet sykehjem, bofellesskapet og trygdeboligene.



11 Demensplan 2017-2020 – tiltaksoversikt

	KAP 4 KOORDINERING OG SAMHANDLING
1.	Videreutvikle verktøy/metoder for å ivareta kontinuitet og samhandling ved overføring fra sykehuset, og mellom avdelinger/ tjenester internt i kommunen for brukere som har demens.
2.	Implementere SUS' pasientforløp for personer med demens.
	KAP 5 UTREDNING, DIAGNOSTISERING OG OPPFØLGING ETTER DIAGNOSE
3.	Etablere rutine for tverrfaglig møte mellom fastlegen og hukommelsesteamet etter at utredningen er fullført, for å slutføre utredningen og å stille diagnose.
4.	Etablere et overordnet kompetansenettverk for demensutredning i kommunen. Kompetansenettverket får ansvar for at ny kunnskap tas i bruk, opplæring og praktiske øvelser ved demensutredning.
5.	Samarbeide med innvandrersamfunn, for å identifisere områder som har betydning for demensutredningen av personer med innvandrerbakgrunn.
6.	Nydiagnostiserte personer med demenssykdom skal få tilbud om en fast koordinator ved helse- og sosialkontoret.
7.	I tråd med resultatene fra «Utviklingsprosjektet oppfølging etter demensdiagnose» (samarbeid med Nasjonalforeningen) bidra til å utvikle og implementere en modell for oppfølging etter demensdiagnose.
	KAP 6 BRUKERMEDVIRKNING OG SAMARBEID MED PÅRØRENDE
8.	Utforme retningslinjer for systematisk samarbeid med bruker og pårørende.
9.	Sørge for at pårørende får nødvendig avlastning ved å prøve ut avlastning i hjemmet til personer med demenssykdom, i tillegg til å tilby ulike typer korttidsopphold og dagtilbud.
10.	Identifisere brukere med behov for IP og iverksette planarbeidet.
11.	Støtte og utvikle likemannsarbeid i samarbeid med frivillige organisasjoner.
	KAP 7 INFORMASJON, KUNNSKAP OG KOMPETANSE
12.	Det utvikles en demensportal som har oversikt over alle tjenester og aktiviteter fra kommunen og frivillige organisasjoner, og som kan ta imot konkrete henvendelser fra personer med demens, deres pårørende eller andre interesserte.
13.	Utarbeide en informasjonspakke til personer med demens og deres pårørende som fastlegene kan dele ut når diagnosen er stilt.
14.	Stavanger kommune inngår forpliktende samarbeidsavtale med Nasjonalforeningen for folkehelsen om å jobbe frem en demensvennlig by.
15.	Kommunen tilbyr basis kurs om demens (e-kurs) for alle som arbeider i eldreomsorgen (inkl. ferievikarer, ufaglærte, hjemmehjelpere).
16.	Det utvikles et system som sikrer at alle som arbeider fast med personer med demens gjennomfører Demensensomsorgens ABC eller har tilsvarende kompetanse.
17.	Samarbeide med innvandrersamfunn for å spre informasjon om demens generelt, om kommunens tjenestetilbud og aktiviteter som frivillige organisasjoner kan tilby.
	KAP 8 VELFERDSTEKNOLOGI
18.	Hukommelsesteamene på helse- og sosialkontorene skal kartlegge tjenestebehov hos brukerne som kan støttes av teknologi og bidra til at de får hensiktsmessige hjelpemidler.
19.	<ul style="list-style-type: none"> • Ta i bruk GPS der det er mulig og hensiktsmessig: I sykehjem og bofellesskap • Til hjemmeboende når mottaks- og responscenteret er etablert • Informere hjemmeboende og deres pårørende systematisk om aktuelle GPS-løsninger der pårørende kan være alarmmottaker
20.	Vurdere avstandsoppfølging av hjemmeboende personer med demens, herunder prøve ut bruk av nattkamera.
	KAP 9 DAGAKTIVITETSTILBUD
21.	Etablere dagtilbud for yngre personer med demens.
22.	Etablere bydelsvise aktivitetssentre som samarbeider med demensarbeidslagene etter modell fra Sunde aktivitetssenter og Madla hjemmebaserte tjenester.
23.	Differensiere tilbudet på de etablerte dag-/aktivitetssentrene, herunder vurdere å øke tilbudet om fysisk aktivitet og trening og prøve ut utvidede åpningstider på noen senter.
24.	Øke andelen frivillige medhjelpere i dagaktivitetstilbudene for personer med demens.
25.	Sikre stabile transportordninger som gir rom for fleksible løsninger ved behov.
26.	I samarbeid med frivillige organisasjoner vurdere å utvide åpent aktivitetstilbud til personer med demens i tidlig fase.
	KAP 10 BOSITUASJONEN HJEMME OG BOTILBUDET I KOMMUNEN
27.	Demensarbeidslagene i de hjemmebaserte tjenestene videreutvikles og styrkes slik at de har tilstrekkelig kapasitet og oppdatert kunnskap om demens.
28.	Samarbeide med frivillige (aktivitetsvenn) og pårørende for å tilrettelegge for fysisk aktivitet for brukere som bor hjemme.
29.	Vurdere å øremerke og tilrettelegge flere korttidsplasser til brukere med demenssykdom.
30.	Ta i bruk felles verktøy for å identifisere palliative pasienter med demens, både hjemmeboende og de som har heldøgnsomsorg.
31.	Gjennomføre mulighetsstudie for etablering av demenslandsby på området som inkluderer Ramsvigtunet sykehjem, bofellesskapet og trygdeboligene.

Vedlegg

Vedlegg 1 Tilbud og tjenester til innbyggerne i Stavanger kommune

Eksisterende tilbud som skal ivareta brukere og pårørende:

- Hukommelsespoliklinikken i regi av Familiepoliklinikken psykiatrisk klinikk ved SUS (Spesialisthelsetjenesten) tilbyr pårørendegrupper for pårørende til personer med demens. Det er ulike grupper for pårørende til dem under og over 65 år. Gruppene drives etter en kunnskapsbasert modell, og starter med individuelle samtaler og undervisning. Det er samling hver tredje uke i ett år.
- Hukommelsespoliklinikken startet våren 2016 med samtalegrupper for yngre personer med demens under 65 år. Antall samlinger vurderes fortløpende, går hver 3 uke, og settes i gang når det er mellom fem og åtte aktuelle deltakere.
- SESAM driver skole for brukere med demens på Ågesentunet. Det er et prosjekt og forskningsstudie. Skolen arrangeres fortløpende når vi har tilstrekkelig med deltakere. Brukerne som deltar må ha samtykkekompetanse. De rekrutteres fra Hukommelsespoliklinikken, fra Nasjonalforeningen for folkehelsen gjennom nært samarbeid med Ågesentunet og ved annonsering i lokalavisene.
- Nasjonalforeningen Skipper Worse Ågesentunet er et aktivitetssenter for hjemmeboende med demens i tidlig fase. Demens kafe er et av tilbudene. Andre aktiviteter som tilbys er fysisk aktivitet/treningstimer, turgruppe, foredrag/kulturformidling og musikkterapi. Senteret drives av fagpersoner med aktiv bruk av frivillige. Alle frivillige kursenes gjennom aktivitetsvennordningen. Lavterskeltilbudet «Hverdagsglede» gir mulighet for en aktiv hverdag på et aktivt møtested. Pårørendestøtte gjennomføres ved ulike tilbud på senteret, som; pårørendeskole, ulike treningstilbud, pårørendelunsj, samtalegrupper og møter i regi av Demensforeningen.
- Stavanger Kommune arrangerer pårørendeskole sammen med Nasjonalforeningen for folkehelsen og Tasta sykehjem. Pårørendeskolen har seks samlinger med undervisning og gruppesamtaler.
- Nasjonalforeningen har samtalegrupper for pårørende til personer med demens.
- Nasjonalforeningen har en landsdekkende demenstelefon, demenslinjen, for pårørende som har spørsmål angående demens, og tjenestetilbudet til personer med demens.
- PårørendeSenteret har tilbud om kurs og informasjon til pårørende. PårørendeSenteret er et lavterskeltilbud som er diagnoseuavhengig. De gir tilbud både til barn og voksne pårørende.
- PårørendeSenteret har i samarbeid med Universitetet i Stavanger utviklet et e-læringsprogram kalt Pårørendeprogrammet. Målet er å gi kunnskap og verktøy til ansatte og ledere, for å utvikle en bedre praksis i møte med pårørende. Programmet er gratis tilgjengelig for alle via nettstedet www.pårørendeprogrammet.no
- Det er ansatt en pårørendekoordinator på Helsehuset som skal være en ressursperson i pårørendearbeid generelt i kommunen. Pårørendekoordinatoren kan bidra til at pårørendearbeidet blir styrket og synliggjort, også i forhold til personer med demenssykdom.

Vedlegg 2 Heldøgnsstilbud til personer med demens i bofellesskap og sykehjem

Bofellesskap

Kommunen har hatt bofellesskap med heldøgnsomsorg for personer med demens i cirka 15 år. Bofellesskapene er organisert med tanke på stor grad av fellesskap med felles matlaging og måltider. Den enkelte enheten har plass til 6-8 beboere. Den private delen har oppholdsrom og bad. Brukeren tar med egne møbler og setter personlig preg på rommet. I tillegg er det fellesareal med kjøkken og stue, og det er gjerne tilrettelagt uteplass i tilknytning til fellesstuen. Bofellesskapene har i tillegg en personalbase.

Bergåstjern	16	plasser
Trekanten	26	plasser
Boganes	8	plasser

Beboerne i bofellesskapene bor i prinsippet i egen bolig og betaler husleie iht. husleieloven. De betaler for mat, medisiner og forbruksvarer som om de bor hjemme, og bruker egen fastlege.

Sykehjem

Stavanger kommune har også hatt tilrettelagt tilbud for personer med demenssykdom i skjermede enheter i sykehjemmene siden midten av 1990-tallet. De skjermede enhetene er også små fellesskap som er en del av et større sykehjem. De skjermede enhetene er inndelt i grupper på 7-10 beboere som har felles husholdning med stue og kjøkken. Beboerne har sitt eget rom med bad. Rommet er møblert, men beboerne har anledning til å ta med egne møbler. Flere av sykehjemmene har sansehager som er spesielt tilrettelagt for personer med demens. Stavanger har i alt 256 plasser i skjermet enhet. 12 av plassene i skjermet enhet er korttidsplasser, resten er langtidsplasser. For å få plass i skjermet enhet må brukeren ha en demensdiagnose og behov for miljøterapeutisk tilrettelegging som gir forutsigbarhet og stabilitet i hverdagen.

SYKEHJEM	PLASSER I SKJERMET ENHET	ANTALL ENHETER
Bergåstjern	28	3
Blidensol	58	6
Boganes	16	2
Rosendal	7	1
Slåtthaug	16	2
St. Johannes	15	2
Stokka	59	7
Sunde	14	2
Tasta	24	4
Vågedalen	10	1
Øyane	9	1
	256	31

I tillegg til vanlige skjermede enheter har Blidensol sykehjem en forsterket enhet med åtte plasser, og en enhet med åtte plasser for yngre personer med demens. Stavanger kommune var blant de første kommunene som etablerte en forsterket skjermet enhet, i 1997, og den andre kommunen i landet som etablerte en avdeling for yngre personer med demens i 2005. Beboerne i disse to spesialenhetene skal være utredet i spesialisthelsetjenesten. På forsterket skjermet enhet må beboerne ha alvorlige atferdsforstyrrelser som er så omfattende at personen ikke kan bli ivaretatt på en vanlig skjermet enhet. I avdelingen for yngre personer med demens må beboerne være under 67 år og ha demensdiagnose. Personen må også være fysisk i stand til å delta i ulike aktiviteter og ha et miljøterapeutisk utbytte av tilbudet.

Beboerne i sykehjemmene bor i institusjon og betaler ikke husleie. De betaler et vederlag for oppholdet (11, 50). Vederlaget skal dekke alle de daglige utgiftene beboeren har til mat, forbruksvarer, medisiner, medisinsk forbruksmaterieell, utgifter til lege og fysioterapibehandling, og aktiviteter og velferdstiltak i regi av sykehjemmet. Sykehjemmene har også egen lege som har det medisinske ansvaret for beboerne.

Demensplan 2020 anbefaler små og oversiktlige avdelinger med korte ganger og korridorer som gir få veivalg. Det har en gunstig påvirkning på personer med demens. En enkel utforming kombinert med at hver enkelt får sette preg på sitt rom fremmer rom- og stedsansen. Demensplassene i Stavanger er i stor grad organisert i tråd med disse anbefalingene. Stavanger kommune bygger nytt sykehjem i Lervig som skal tas i bruk i 2018. Boenhetene i det nye sykehjemmet har seks til ni beboere, og mange av enhetene vil bli skjermede enheter med langtidsplasser for personer med en demenssykdom.

Vedlegg 3 Styrings- og prosjektgruppe for Demensplan 2017-2020

MÅL	SAMMENSETNING
<p>Planen skal identifisere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiltak for å styrke samarbeidet og samordningen av tjenestetilbudet til personer med demenssykdom • Tiltak for å øke kompetansen om demenssykdom i de kommunale tjenestene 	<p>Styringsgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eli Karin Fosse, fagstab levekår (leder) • Astrid Reiestad Førli, fagstab levekår • Anne Kjersti Medhus, fagstab levekår • Bente Gunnarshaug, fagstab levekår <p>• Marit Bore – tidligere leder – sluttet</p>
MANDAT FOR PROSJEKTGRUPPE	
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre framdrift i planarbeidet • Tilrettelegge for medvirkning fra relevante aktører • Sikre at planen får en helhetlig utforming • Gjennomføre en større dialog-samling for politikere, frivillige organisasjoner og andre samarbeids partnere i løpet av planprosessen • Sende planen ut på høring til relevante instanser • Ved behov nedsette arbeidsgrupper og/eller temasamlinger for å få innspill til planarbeidet <p>Planen skal omfatte følgende hovedpunkter: Dagaktivitetstilbud, diagnostisering, spesialtilbud, boligtilpasning, bo lengst mulig hjemme, personsentrert omsorg, velferdsteknologi, samarbeid med pårørende, kompetanse demens.</p>	<p>Prosjektgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arnt Egil Ydstebø, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland • Jan Erik Fosmark, Blidensol sykehjem • Monica Salte, Madla helse- og sosialkontor • Hildegunn Tønnesen, Hillevåg hjemmebaserte tjenester • Marit Elisabeth Apeland Alfsvåg, samfunnsmedisinsk stab • Line Hurup Thomsen, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland • Heidi Helen Nedreskår, fagstab levekår - leder <p>• Elisabeth Øverland – første leder – sluttet • Kristin Eikill – andre leder - sluttet</p>

Kapittel 1-3

Innhold:

Kapittel 4

Innhold:

Mål:

Tiltak:

Kapittel 5

Innhold:

Mål:

Tiltak:

Kapittel 6

Innhold:

Mål:

Tiltak:

Kapittel 7

Innhold:

Mål:

Tiltak:

Vedlegg 4 Tilbakemelding på Demensplan 2016-2020

Kapittel 8

Innhold:

Mål:

Tiltak:

Kapittel 9

Innhold:

Mål:

Tiltak:

Kapittel 9

Innhold:

Mål:

Tiltak:

Kapittel 10

Innhold:

Mål:

Tiltak:

Tilbakemeldingene kan sendes på mail til: hnedresk@stavanger.kommune.no
Tilbakemeldingene kan sendes per post til:
Sentralarkivet, Stavanger kommune, PB 8001, 4068 Stavanger

Frist for tilbakemelding er2016

1. Frivillige organisasjoner

- Nasjonalforeningen for Folkehelsen
- Skipper Worse
- Seniorsaken
- Demensforeningen ved leder

2. Fagforeninger

- NSF Sykepleierforbundet
- Fagforbundet
- Norsk fysioterapeut forbund
- Norsk Ergoterapiforbund

3. Spesialisthelsetjenesten

- Hukommelsespoliklinikken
- SESAM

4. Virksomheter i kommunen

- Sykehjem
- Hjemmebaserte tjenester
- Aldershjem
- Helsehuset
- HSK
- Frivillighetskoordinator
- Helsesjefen
- Samfunnsmedisinsk stab
- Fastlegene

Referanseliste

1. Anfinnsen, E. (2003). Her og langt borte, demens sett med dikterens øyne. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
2. Vossius C, Selbaek G, Ydstebø AE, Benth JS, Godager G, Luraas H, & Bergh, S. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), Alderspsykiatrisk Forskningscenter, Sykehuset Innlandet 2015.
3. Helse og Omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. Oslo 2015.
4. Mittelman, M. S. (2013). The DAISY psychosocial intervention does not improve outcomes in patients with mild Alzheimer's disease or their carers. *Evid Based Ment Health*, 16(1), 15. doi: 10.1136/eb-2012-101014
5. Mittelman, M. S., & Bartels, S. J. (2014). Translating research into practice: case study of a community-based dementia caregiver intervention. *Health Aff (Millwood)*, 33(4), 587-595. doi: 10.1377/hlthaff.2013.1334
6. Mittelman, M. S., Haley, W. E., Clay, O. J., & Roth, D. L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67(9), 1592-1599. doi: 10.1212/01.wnl.0000242727.81172.91
7. Corbett, A., Stevens, J., Aarsland, D., Day, S., Moniz-Cook, E., Woods, R., Ballard, C. (2012). Systematic review of services providing information and/or advice to people with dementia and/or their caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*, 27(6), 628-636. doi: 10.1002/gps.2762
8. Nasjonalt råd for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra: www.kvalitetogprioriteringer.no
9. Brooker D. Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Utgitt av Aldring og helse 2013
10. Kruger, R.M.E. Langsomme jordskjelv, erfaringer med demens midt i livet. Tønsberg: Aldring og Helse 2013
11. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m, 24 juni Nr. 30. (2011)
12. Lov om helsepersonell m.m 2 juli. Nr. 64 1999
13. Lov om pasient og brukerrettighetsloven (pasientrettighetsloven) 2.juli Nr. 63 1999 (Endret 24 juni 2011)
14. Lov om vergemål. Vergemålsloven. Lov av 26. mars 2010 Nr. 9 om vergemål
15. Forvaltningsloven. Lov av 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker
16. Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenestene. Forskrift av 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenestene i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
17. Forskrift om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). Forskrift av 12. november 2010 Nr. 1426 om en verdig eldreomsorg
18. Internkontrollforskrift i helsetjenesten. Forskrift av 20. desember 2002 Nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten
19. Forskrift for sykehjem m.v. Forskrift av 14. november 1988 Nr. 932 om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
20. St.meld. Nr. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
21. St.meld. Nr. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
22. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
23. The prevalence of dementia in Europe. *Alzheimer Europe*; 2014 (sisert 2015 01.07.2015)
Hentet fra: <http://www.alzheimer.eurpe.org/policy-in-2/country-comparison/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Norway/>
24. Selbæk G, editor. Recent research in old age psychiatry. Landskonferansen i alderspsykiatri;2014 30.042014; Bodø
25. Wergeland JN, Selbæk G, Hogset LD, Soderhamn U, Kirkevold O. Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study. *International psychogeriatrics/IPA*. 2014; 26 (3):383- 91
26. SSB befolkningstall
27. Stavangerstatistikken

28. (IMDI) I-om. Integreringen i Stavanger kommune 2016 [sitert 2016 02.05.].
Hentet fra: <http://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/K1103>
29. (IMDI) I-om. Faktaark for integreringen i Stavanger kommune 2016 [sitert 2016 02.05.].
Hentet fra: <http://www.imdi.no/tall-og-statistikk/steder/K1103/fakta>
30. Moriarty, J., Sharif, N & Robinson, J. (2011) Black and minority ethnic people with dementia and their access to support and services. Social care institute of excellence, research briefing 35, march 2011. ()
31. Seabrooke, V. & Milne, A. (2004) Culture and Care in Dementia. A study of an Asian Community in North West Kent. Alzheimer's & Dementia Support services
32. Mukadam, N., Cooper, C.; Livingstone, G. (2011) A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26; 12-20
33. Yeatts, D.E., Crow, T. & Folts, E. (1992) Service Use among Low-income Minority Elderly: Strategies for Overcoming Barriers. *The Gerontologist*, 32, 24–32
34. Kumar, NB, Silker SR. Når eldre innvandrere får demens. Fylkesmannens Demenskonferanse; Oslo 12 juni 2014
35. Jakobsen R, Homelien S. Pårørende til personer med demens. Gyldendal Norsk Forlag 2011, Oslo
36. Bøckmann, K. og Kjellebold, A. (2010). Pårørende i helsetjenesten, en klinisk og juridisk innføring. Bergen: Fagbokforlaget
37. Livets slutfase, om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende, rapport Kunnskapssenteret, nr. 18-2014
38. Forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene (2003)
39. Veileder om kvalitetsforskriften IS 1201, helsedirektoratet, 2014
40. Pasientforløp: Hva er viktig for deg? www.kunnskapssenteret.no Februar 2015
41. Det kongelige Helse – og Omsorgsdepartementet (2008 – 2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid. (St.meld.nr. 47, 2008 – 2009). Oslo: Departementet
42. Nesse ÅM. 1992. Vandrestjerner
43. Nasjonalforeningen for folkehelse. «Et mer demensvennlig samfunn».
Hentet fra: <http://nasjonalforeningen.no/tilbud/demensvennlig-samfunn/>
44. Nasjonalt kompetansetjeneste: Demensomsorgens ABC, demensutredningsverktøy www.aldringoghelse.no
45. Innovasjon i omsorg. NOU 2011: 11. Helse – og Omsorgsdepartementet 16 juni 2011
46. Reinaas, AAR, Hagen, K, Lundsvoll, M (2015). En dag og en reise. Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Forlag: Aldring og helse.
47. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0126102>,
Hentet fra: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126102>
48. Haggerty, JL, Reid, RJ, Freeman, GK, Starfield, BH, CE, Mckendry, R (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Education and debate. BMJ volume 327*, 22 November. 2003: 1219-21
49. Engedal K, Haugen PK. Lærebok demens, fakta og utfordringer. Utgitt av forlaget Aldring og helse, 5 utgave 2009
50. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester
51. Å skape liv til dagene, rapport om palliasjon, Helsedirektoratet 2015
52. Modelling the landscape of palliative care for people with dementia, life, BMC Palliative care, 2013
53. Helsedirektoratet. Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Rapport IS- 2416.
54. Helsedirektoratet. Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området. Rapport IS – 2225.



STAVANGER KOMMUNE

Arne Rittedalsgate 12, 4008 Stavanger. Telefon: 51 50 70 90.
postmottak.oppvekst@stavanger.kommune.no – www.stavanger.kommune.no