

Helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten 2018

Spørsmål til lederen av kompetansetjenesten

SETT MARKØREN I DET GRÅ FELTET FØR DU STARTER SKRIVINGEN.

Navn på tjenesten:	Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Lokalisering:	Sykehuset i Vestfold HF og Oslo Universitetssykehus, Ullevål
Tjenestens innhold og organisering	
1. Gi en kort beskrivelse av organisering og bemanning av tjenesten. Tjenesten er eid av Sykehuset i Vestfold HF (SiV) og Oslo Universitetssykehus Ullevål (OUS). Den er administrativt underlagt Sykehuset i Vestfold, Klinikk for psykisk helse og rusbehandling. For øyeblikket er det 105 ansatte i tjenesten og 87 årsverk. De fleste av våre ansatte har kontorer på Granli på SiV eller på OUS Ullevål og Aker, men vi har også ansatte spredt utover i alle helseregioner, fra Kristiansand i sør til Alta i nord. En del av våre ansatte har bistillinger/delte stillinger på høgskoler og universitet. Vi har i tillegg samarbeidsparter og underleverandører i alle helseregioner for flere av våre satsinger. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse skal bygge opp og spre kompetanse innen fagområdet demens og alderspsykiatri samt aldring ved utviklingshemning og funksjonshemning. Tjenesten, som retter seg mot både primær- og spesialisthelsetjenesten, helsepersonell, pasienter og pårørende, driver omfattende utviklings- og forskningsvirksomhet for å øke kunnskapen på sine felt. Formidling av kunnskap skjer ved produksjon av faglitteratur, utstrakt kurs-, undervisnings- og konferansevirksomhet, samt via internett og sosiale medier. Vi har oppdrag som nasjonal kompetansetjeneste for demens, utviklingshemning og aldring, funksjonshemning og aldring samt alderspsykiatri, men vi er opptatt av en helhetlig tilnærming som tar høyde for kompleksiteten ved å bli eldre, nedsatt funksjonsevne i en bred forstand (både tidlig ervervet og relatert til aldring), multi-morbiditet og samspillet mellom disse faktorene. Det betyr at vi også er opptatt av geriatri og gerontologi. I tillegg fokuserer vi på den økende kunnskapen og bevisstheten omkring folkehelse og forebygging, blant annet når det gjelder demens og fysiske funksjonsnedsettelse. Vi har altså en bred tilnærming til aldring og	

helse, fordi vi mener det er viktig med tanke på de samfunnsmessige utfordringer vi står overfor, og fordi vi mener vi har kompetansen som bør benyttes til en slik bred tilnærming, til beste for en aldrende befolkning, de ansatte i tjenestene, beslutningsmyndigheter og fag- og forskningsmiljøer.
2. Angi en prosentvis fordeling mellom tjenestens viktigste oppgaver. Rammebevilgningen for 2017 fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehuset i Vestfold utgjør omtrent 30 prosent av vår aktivitet målt i omsetning. Vi har valgt å beregne fordelingen av våre oppgaver ut fra all aktivitet, inklusive aktivitet med ekstern finansiering. Beregnet i årsverk utgjør dette henholdsvis 26 prosent av totale årsverk til forskning og 18 prosent av totale årsverk til utvikling, samt 4 prosent av totale årsverk til registre. Kompetansespredning, opplæring og formidling utgjør 39 prosent av totale årsverk. De resterende 13 prosent av årsverkene går til administrasjon og drift.
3. Inngår nasjonal pasientbehandling som en del av tjenesten? (ja/nei – dersom svaret er ja – beskriv behandlingstiltak) Nei
Kompetansespredning
4. Beskriv den primære målgruppen for tjenestens virksomhet knyttet til veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning? Aldring og helse definerer sine målgrupper bredt. Tradisjonelt har vår hovedmålgruppe vært ansatte i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen og ansatte i spesialisthelsetjenesten. Gjennom våre nye nettsider og vår satsing på digitale flater og sosiale medier, ønsker vi også å nå bedre ut til allmennheten, pasienter og pårørende. Viktige målgrupper for vår virksomhet er også beslutningstakere og andre fag- og forskningsmiljøer.
5. Beskriv hvilke virkemidler tjenesten benytter for å nå denne målgruppen. Det bes om at plan for kompetansespredning legges ved rapporteringen og merkes vedlegg 1. For å nå våre målgrupper, benytter Aldring og helse følgende virkemidler: Forskningsformidling skriftlig og muntlig: på våre nettsider, i media, på forskning.no, på sosiale medier, på kurs, i undervisning, på konferanser og kongresser Kurs og konferanser: kurs, bestillingskurs, foredrag, workshops, seminarer, nettverkssamlinger, bedriftsinterne temakurs, nettforelesninger, e-læring, konferanser, sosiale medier med streaming Bibliotekstjeneste: litteratursøk, utlån, opplæring Forlagsvirksomhet: lærebøker, rapporter, publikasjoner, læringsmateriell, håndbøker, e-

læringsmoduler, filmer, tidsskrift, nettsaker og nettinno

ABC-opplæring: opplæringsmateriell, fagseminarer, refleksjonsgrupper, fagnettverk, digital ressursbank for underleverandører/samarbeidspartnere, nettbasert infocenter, kvalifiseringsprogram til fagbrev i helsefag for ufaglærte ABC-deltakere

Fagskole med to studieretninger: studieplan, digital plattform, samlinger, praksis på arbeidsplass

Forskning

6. Gi en kort beskrivelse av tjenestens forskningsvirksomhet og i hvilken grad dette involverer kliniske fagmiljø i andre helseregioner.

Forskningen ved Aldring og helse bygger på følgende hovedprinsipper:

Forskningen skal skape kliniske og forskningsmessige nettverk på tvers av regioner, på tvers av profesjoner og på tvers av tjenestenivå.

Forskningen skal bidra til bedre grunnlag for beslutningstakere nasjonalt på våre fagområder.

Forskningen skal ha klinisk relevans.

Kunnskapen som genereres gjennom forskningen, skal kunne videreformidles raskt og på en forståelig måte for dem som bruker våre opplæringsressurser og våre nettsider. Aldring og helse har som følge av sin omfattende virksomhet både innen forskning og kompetansespredning en unik mulighet til å implementere ny kunnskap direkte i kliniske fagmiljøer.

Nettverksbygging og såkornmidler fra Aldring og helse har ført til at flere selvstendige forskningsmiljøer innen våre fagområder har blitt etablert. Fra at Aldring og helse hadde ansvar for alle faser av prosjektgjennomføring, har vi nå en veilederfunksjon i samarbeid med andre forskningsmiljøer, mens hovedansvaret ligger hos det lokale miljøet. Vår ambisjon er å gjøre flere lokale miljøer i stand til å gjennomføre selvstendig forskning innen våre fagområder. Samtidig vil vi fortsette å stå til rådighet for veiledning i planlegging av forskning. Forskningsprosjektene i Aldring og helse har deltakende senter fra alle helseregioner. Aldring og helse er ansvarlig for to nasjonale registre innen henholdsvis kognitiv svikt / demens (NorKog) og generell alderspsykiatri med henholdsvis 34 og 16 deltakende senter, fordelt på alle helseregioner.

På flere områder har Aldring og helse gjennom sin forskning produsert grunnlagsinformasjon for beslutningstakere. Det gjelder blant annet forekomsttall for sykdommer hos eldre i flere deler av helse- og omsorgstjenesten, medikamentbruk, tjenestetilbud, kvalitetsindikatorer i omsorgstjenesten, utvikling av metoder for psykososiale tiltak i omsorgstjenesten, samt utvikling og evaluering av kompetansehevede tiltak.

Dokumenterte resultater av tjenestens virksomhet

7. Gi en kort beskrivelse av de dokumentasjonssystemer/verktøy som tjenesten benytter for å overvåke resultater av utredning og behandling og effekt av tjenestens virksomhet (se Veilederen s. 16 + 17 - §4-6)

En prioritert satsing er drift av to landsdekkende registre, Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog) (tidligere Nasjonalt kvalitetsregister demens) og Kvalitets- og forskningsregister i alderspsykiatri (KVALAP). NorKog inkluderer omkring 7 500 pasienter fra 34 poliklinikker som utreder demens. KVALAP hadde oppstart i 2017. Allerede ved oppstart deltar 16 alderspsykiatriske avdelinger. Så langt er 1 400 personer inkludert. Alle helseregionene er representert i begge registrene. Aldring og helse lager årlige rapporter der hvert senter som deltar i registrene kan sammenligne sitt pasientutvalg og sine metoder med andre senter og med gjeldende retningslinjer. Standardiserte kvalitetsindikatorer er inkludert i begge registrene. Det er dermed mulig å følge utvikling av kvaliteten i tjenesten over tid. NorKog er godkjent som nasjonalt kvalitetsregister og rapporterer årlig til nasjonalt servicemiljø for nasjonale registre. I tilknytning til NorKog drives en biobank og en systematisk registrering av billediagnostikk.

Hvert fjerde år gjennomfører Helsedirektoratet en kartlegging av tilbudet til personer med demens i norske kommuner. Aldring og helse er involvert i dette arbeidet på litt ulikt vis fra gang til gang. Kartleggingen er også en dokumentasjon på hvordan norske kommuner implementerer nasjonale føringer, og indirekte på hvordan Aldring og helse har nådd ut med sine oppdrag for å implementere nasjonale satsinger på vegne av norske myndigheter. Vedlagt Nasjonal kartlegging fra 2014. Det gjennomføres en ny i 2018.

Våre opplæringsprogrammer har digitale registreringssystemer hvor deltakere er registrert og hvor vi kan hente ut data. Årsrapportene for 2017 ligger vedlagt.

8. Gi en oppsummert beskrivelse av hvilke resultater tjenesten har oppnådd (se Veilederen s. 17). Det bes om at dokumentasjon for oppnådde resultater vedlegges og merkes vedlegg 2. Dersom det vises til dokumentasjon som er publisert, kan det benyttes referanse til hvor relevant dokumentasjon er tilgjengelig.

I forbindelse med St. melding nr. 50 (1993-94) foreslo Sosialkomiteen at det skulle opprettes et Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Stortinget vedtok forslaget, og Regjeringen ble bedt om å ta et initiativ. Sosial- og helsedepartementet oppnevnte i 1996 en arbeidsgruppe for å utrede spørsmålet om et Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. I august 1997 startet Kompetansesenteret som et samarbeid mellom Vestfold sentralsykehus, Granli senter, og Ullevål sykehus, Geriatrisk avdeling. Det skjedde på bakgrunn av arbeidet som tidligere hadde blitt gjort i utviklingsprogrammet om aldersdemens (1990 - 1996) og utviklingsprogrammet om alderspsykiatri (1992 – 1995). Senteret skulle ha fire hovedoppgaver: Initiere og gjennomføre forsknings- og utviklingsarbeid, tilby rådgivning og veiledning til kommune- og spesialisthelsetjenesten, utvikle læremateriell og tilby undervisning. Senere har virksomheten blitt utvidet med områdene

funksjonshemning og aldring (2002), utviklingshemning og aldring (2008) og til igjen å omfatte alderspsykiatri (2012). Senteret ble organisering innenfor modellen for nasjonale kompetansetjenester da dette ble opprettet. Det har hele tiden vært et mål å bedre behandlings- og omsorgstilbud til pasienter og pårørende innenfor våre fagområder. I 2017 markerte vi vårt 20-årsjubileum. Dette ble markert med et åpent arrangement om kvinnehelse for eldre kvinner på Kvinnedagen, og med jubileumsarrangement for inviterte gjester på Det Norske Teater i august. Dette arrangementet ga faglige innlegg om vår historie og vår aktivitet. Flere av våre samarbeidsparter, nasjonalt og internasjonalt, og oppdragsgivere kom med hyggelige hilsener, blant annet Helse Sør-Øst, Helsedirektoratet og HOD. Aldring og helse er opptatt av å arbeide på tvers av våre fagområder, med en tverrfaglig tilnærming som også krysser linjene mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Vi søker en helhetlig forståelse av aldring og helse, hvor kompleksiteten og overlappingen mellom ulike fagområder ivaretas, og hvor det i tråd med sentrale prioriteringer blir mer fokus på forebygging og folkehelse. Vi ønsker en bredere og mer helhetlig tilnærming enn hva som er mulig innenfor mandatet til en nasjonal kompetansetjeneste. Vi mener denne helhetlige tilnærmingen vil bli enda tydeligere hvis vi først og fremst kan være Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, og i mindre grad være styrt av begrensningene som ligger i å være nasjonal kompetansetjeneste. Vårt overordnede resultatmål er: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse skal bidra til høy kvalitet i helse- og omsorgstilbudet til eldre i hele Norge. Det gjør vi gjennom utvikling av kunnskap og omfattende og variert kompetansespredning. Vi skal være det foretrukne stedet for beslutningsmyndigheter, samarbeidsparter i fag- og forskningsmiljøer og allmenheten når de vil søke informasjon og kompetanse innenfor våre fagfelt. Vi skal være det ledende forskningsmiljøet for praksisnær forskning innen aldring og helse. Gjennom utstrakt samarbeid og utadrettet virksomhet skal vi bidra til å bygge opp fagmiljøer i forskning, kompetanseutvikling og klinisk praksis innenfor alle våre fagfelt regionalt og lokalt, knyttet til både spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Når det gjelder resultatmålene for nasjonale kompetansetjenester, foreslått på side 17 i veilederen, mener vi at vi dekker dem gjennom vår virksomhet:

Aldring og helse har utarbeidet en kompetansespredningsplan som ligger tilgjengelig på våre nettsider. Aldring og helse driver på oppdrag fra Helsedirektoratet flere av prosjektene i Demensplan 2020. I tillegg har vi ansvar for å videreføre kompetansen på områder som ikke lenger er egne satsinger i den nye Demensplanen. Innenfor alle våre fagfelt driver vi oppbygging av kompetanse og formidling, i alle helseregioner. Se også vedleggene.

I tillegg til å drifte to kvalitetsregistre og en biobank, bidrar Aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet hvert fjerde år i en Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens i alle norske kommuner. Flere av våre forskningsprosjekter bidrar også til å formidle behandlingsresultater. Aldring og helse har en betydelig forskningsvirksomhet. Nettverksbygging og såkornaktivitet fra Aldring og helse har ført til at flere selvstendige forskningsmiljøer innen våre fagområder er blitt etablert utenfor Aldring og helse. Fra at Aldring og helse hadde ansvar for alle faser av prosjektgjennomføring har vi nå gjerne en veilederfunksjon i samarbeid med andre forskningsmiljøer, mens hovedansvaret ligger hos det lokale miljøet. Vår ambisjon er å gjøre flere lokale miljøer i stand til å gjennomføre selvstendig forskning innen våre fagområder. Det er etablert forpliktende internasjonalt samarbeid om forskningsprosjekter på alle våre fagområder. Vi var ved utgangen av 2017 involvert i 41 forskningsprosjekter. Medarbeidere har vært hoved- eller

medforfattere på i alt 58 vitenskapelige artikler. Vi hadde i 2017 14 PhD-stipendiater og to postdoktor-stipendiater. Det var fem professorer ansatt og/eller tilknyttet Aldring og helse, hvorav to er prof. emeritus.

Aldring og helse har i 2017 hatt en betydelig undervisningsvirksomhet, både i egne satsinger og på forespørsel fra andre. I satsingen Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC, som vi gjør på oppdrag fra Helsedirektoratet, har 96% av norske kommuner deltatt, og vi runder i disse dager deltaker nr. 30 000. ABC-modellen er bygget ut med flere temaer og påbyggingsmuligheter. Vår satsing Med ABC til helsefagarbeider (helsefagarbeidutdanning) har samlinger ulike steder i landet og kandidater med bestått fagbrev i alle landets fylker. Totalt har 841 elever deltatt i ordningen siden oppstart i 2010. 357 har bestått eksamen vg3 helsearbeiderfag, og 234 har bestått fagprøven og er nå helsefagarbeidere. Se vedlagt årsrapport 2017 for detaljer. Fagskolen vår med to studieretninger har godkjente studiesteder i Tønsberg, Lakselv, Alta, Hallingdal, Bergen og Ålesund. Det er for øyeblikket 140 studenter. For detaljer om dette se vedlagte årsrapport for skoleåret 2016/2017.

Aldring og helse har tiltak og satsninger for alle målgrupper. For å styrke brukerstemmen i vårt arbeid, har vi ansatt en erfaringskonsulent og etablerer et brukerråd. Vi samarbeider med brukerorganisasjoner.

Vi jobber systematisk med å sikre likeverdig tilgang til våre tjenester. Vi har opparbeidet et omfattende nettverk både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Fylkesmannsembetene er samarbeidspartnere for å spre informasjon om prosjekter. Gjennom samarbeid med høyskoler og universiteter blir våre tjenester gjort kjent for studenter og ansatte der. Informasjon om våre tilbud sendes til landets kommuner elektronisk. Gjennom våre nettsider og sosiale medier (spesielt facebook) har vi en betydelig spredning av våre tiltak og kompetanse på våre områder. Mange ansatte i tjenestene får også kjennskap til våre tjenester gjennom fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri (fra 2018 Tidsskriftet aldring og helse) og gjennom publikasjoner fra vårt forlag. Våre nye nettsider er bedre tilpasset alle målgrupper. Vi utvikler e-læring for å øke tilgjengeligheten på våre kompetansetiltak.

Vi bidrar til implementering av Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om demens. Vi har også hatt i oppdrag fra Helsedirektoratet å utvikle Faglige råd i alderspsykiatri. På oppdrag fra Helsedirektoratet og HOD bidrar vi gjennom egen forskning og vurdering av eksisterende forskning til kunnskapsgrunnlaget for nasjonale retningslinjer og planer innenfor våre fagområder. Dette kunnskapsgrunnlaget sprer vi også gjennom våre kompetansehevingstiltak. Vi har bidratt med fem av sju delrapporter til kunnskapsgrunnlaget for regjeringens eldrereform Leve hele livet. Vi mener noe av det unike ved vår virksomhet er den korte veien fra vår brede praksisnære aktivitet og til forskning på høyeste nivå. På samme måte kan vi raskt implementere ny kunnskap i alle våre opplæringstiltak og nå bredt ut nasjonalt.

Aldring og Helse lanserte i 2017 nye nettsider, som har som mål å nå ut til alle målgrupper, også pasienter og pårørende, innenfor alle våre fagområder. Flere av våre oppdrag fra Helsedirektoratet henvender seg både til helsepersonell og direkte til brukere, for eksempel pårørendesatsingen i Demensplan 2020. Alle våre tiltak for kompetansespredning er spredt i hele landet og godt implementert i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi vil særlig nevne vår ABC-

modell, som er bygd ut med flere temaer og påbyggingsmuligheter, og nå benyttes i 96 % av norske kommuner. Det vises for øvrig til beskrivelser av vår opplæringsvirksomhet andre steder i denne rapporten.

9. Beskriv hvilke tiltak som er iverksatt for å videreføre kompetansetjenestens arbeid i alle helseregionene.

Slik det går frem flere steder her, og i vår vedlagte dokumentasjon, har vi et utstrakt nettverk over hele landet. I vårt ABC-program er det inngått underleverandøravtaler om fagseminarer og drifting av grupper i alle helseregioner. Vi knytter til oss lokale krefter gjennom vår skolevirksomhet, og våre landsdekkende registre har lokale kontaktpersoner på alle deltakende sentra. I vår forskningsvirksomhet arbeider vi systematisk for å samarbeide med og etter hvert selvstendiggjøre forskningsmiljøer i ulike deler av landet. Enkelte av våre landsdekkende konferanser arrangerer vi i samarbeid med lokale helseforetak, og dette ansvaret går på omgang mellom avdelingene. Vi er også opptatt av å løfte fram lokal kompetanse som forelesere på slike arrangementer. Vi understøtter regionale og lokale arrangementer i den grad vi har kapasitet. Vi arrangerer kurs ulike steder i landet, og særlig fagseminarene for ABC er godt spredt lokalt i alle deler av landet. Her er det nå lokale underleverandører som i hovedsak har ansvar for program og gjennomføring. Vi har betydelig satsing på utvikling av filmbasert opplæring og e-læring. Vi benytter fagpersoner og ressurspersoner fra ulike deler av landet i slikt arbeid, og produktene blir fritt tilgjengelige på våre nettsider. Vi har fagnettverk knyttet til ulike satsinger, som demensteam, med deltakelse fra hele landet. Vi har flere nasjonale konferanser. En gang i året arrangerer vi Demensdagene, hvor det i 2017 var over 1000 deltakere fra hele landet. Demensdagene har blitt en viktig møteplass for faglig oppdatering for ansatte som jobber med demens i ulike deler av tjenestene, med ulik faglig bakgrunn og fra ulike steder i landet. Demensdagene er også åpne for andre, for eksempel pårørende og personer med demens.

10. Dersom det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet, gi en beskrivelse av hvorfor dette er nødvendig (se Veilederen s. 15 + 16). Legg ved dokumentasjon for behov og en tidsplan for gjennomføring. Det bes om at dokumentasjonen legges ved rapporteringen og merkes vedlegg 3.

Andelen eldre i befolkning vil øke i mange år framover, så behov for kunnskap og kompetanse om aldring og helse vil være stort i uoverskuelig framtid, slik vi ser det. Det er langt igjen til helhetlige og likeverdige tjenester til eldre med ulike helseutfordringer. Vi mener det er riktig med en nasjonal overbygging og koordinering av aktivitet rettet mot aldring og helse. Det er mange ulike tjenestetilbydere og aktører både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten innenfor alle våre fagområder. Vi arbeider hele tiden for å utvikle oss i takt med tiden, både når det gjelder faglig forståelse og tenkning rundt hvordan vi best løser våre oppgaver. De demografiske endringene i befolkningen framover vil også kreve utvikling av nye modeller for helse og omsorg blant de eldre. Vi mener Aldring og helse bør være den nasjonale koordinerende

overbyggingen for dette. Vi opplever imidlertid at modellen for nasjonale kompetansetjenester ikke er den beste modellen for vår virksomhet. Vår søknad om å få nasjonal kompetansetjenestefunksjon i geriatri ble avslått med begrunnelsen "dette fagområdet og tjenesten det søkes om har et meget bredt virkeområde som ikke egner seg for organisering som en nasjonal kompetansetjeneste". Vi mener dette er tilfelle for hele vår virksomhet, og ønsker oss derfor en annen overbygning enn å være nasjonal kompetansetjeneste. Vårt eierstyre og vår faglige referansegruppe støtter dette synet. Vi ønsker derfor en dialog om videre permanent drift, organisert som i dag, men som nasjonalt kompetansesenter (igjen) og ikke som nasjonal kompetansetjeneste. Vi har hatt et møte med Helse Sør-Øst om dette. Det er en forutsetning at vi da sikres langsiktighet og økonomisk trygghet for å kunne opprettholde aktiviteten og bidra i nye samfunnsutfordringer framover. Vi ønsker samme eierstruktur som i dag. Den fremtidige finansiering ser vi for oss primært via de regionale helseforetak eller direkte fra HOD, samt som i dag, knyttet til ulike oppdrag og forsknings- og utviklingsprosjekter. Vi ønsker å arbeide ut fra et bredt perspektiv på aldring og helse, som også inkluderer geriatri, gerontologi og folkehelse/forebygging.

Tilleggsinformasjon

11. Beskriv evt. andre nasjonale kompetansetjenester eller behandlingstjenester som har oppgaver innenfor denne tjenestens faglige ansvarsområde?

De fleste nasjonale kompetansetjenester, med unntak av dem som er avgrenset til barn, vil kunne ha overlappende oppgaver med Aldring og helse, da aldring er et generelt fenomen, og svært mange av pasientene i helsetjenesten, uavhengig av diagnose, er eldre. Det er allikvel ikke relevant for oss å gjøre en ansvarsavklaring med alle, fordi vi heller opplever at vi kan være en ressurs for dem når de har spesifikke problemstillinger knyttet til sitt område og aldring og helse.

12. Er det gjort en formel ansvarsavklaring med disse tjenestene? Hvis ja, gi en kort beskrivelse

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har hatt avklarende samtaler eller samarbeid med følgende nasjonale kompetansetjenester:

Læring og mestring innen helse: her overlapper særlig vårt arbeid med pårørende og personer med demens. Vi gjør oss kjent med hverandres ressurser og trekker hverandre inn ved behov. Aldring og helse har en representant i den faglige referansegruppa til Læring og mestring innen helse.

Revmatologisk rehabilitering: her overlapper vi særlig fordi det er snakk om grupper med langvarige, sammensatte problemstillinger. Vi har hatt flere møter og har særlig hatt nytte av samarbeidet om brukerinvolvering.

Sjeldne diagnoser: Personer med utviklingshemning og personer med nedsatt funksjonsevne har av og til sjeldne diagnoser. Vi har derfor kontakt med dem der det er

relevant for vårt arbeid.

Sykdomsrelatert underernæring: Vi har hatt et avklarende møte og er enige om å involvere hverandre ved overlappende problemstillinger. Ernæring hos eldre er et tema vi er opptatt av, og som det er samfunnsmessig fokus på. Ved mer konkrete satsinger på dette, vil det derfor være naturlig med et samarbeid.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige: Det er ikke gjort en formell avgrensning, men vi samarbeider på et prosjekt om utvikling av tre filmer om eldre og alkohol.

13. Eventuelle andre forhold som er viktig å kjenne til ifm en helhetlig gjennomgang av denne nasjonale kompetansetjenesten?

Aldring og helse skrev også i årsmelding for 2016 at vi ønsker oss ut av modellen for nasjonale kompetansetjenester. Vi har hatt et møte med Helse Sør-Øst om dette og opplever at de støtter vårt syn. Vårt eierstyre og vår faglige referansegruppe støtter også dette. De regionale representantene i referansegruppa vil, sammen med daglig leder, kontakte de respektive regionale helseforetak for å drøfte vår framtid. Vi har også informert Omsorgstjenesteavdelingen i Helsedirektoratet og i Helse- og omsorgsdepartementet om vårt syn.

Signering av ansvarlig leder

Dato og navnet på den som har skrevet denne tilbakemeldingen:

16.03.18 Kari Midtbø Kristiansen

Vedlegg

Det bes om følgende vedlegg:

- Tjenestens plan for kompetansespredning - vedlegg 1
- Dokumentasjon for oppnådde resultater - vedlegg 2
- Dokumentasjon for at helsetjenesten fortsatt er kompetansesvak - vedlegg 3

040118 arl

KOMPETANSESPREDNINGSPLAN

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (Aldring og helse) øker kompetanse blant helsepersonell, blant tjenesteytere, samt brukere og befolkningen for øvrig gjennom oppbygging og formidling av kunnskap innen våre fagområder. Aldring og helse har som mål å bidra i oppbyggingen av faglige nettverk i alle landets helseregioner, slik at disse kan videreføre tjenestens kompetanse regionalt.

Kompetansespredningsplanen synliggjør organiseringen av arbeidet og hvilke tiltak som benyttes . I tillegg vises virkemidlene/metodene som benyttes overfor de ulike målgruppene. Planen gir også en oversikt over fagnettverk det samhandles med og nye innsatsområder.

Kompetanse- spredningstiltak	Fagområde	Målgrupper	Virkemidler/metoder	Nettverk/samhandling	Nye innsatsområder
Forsknings- formidling	Demens Alderspsykiatri Utviklingshemning og aldring Funksjonshemning og aldring	Helsepersonell Tjenesteytere/instanser Samfunnsplanleggere og helsemyndigheter Brukere Befolkningen	Forsknings- og utviklingsprosjekter Publikasjoner Utviklingsprogram Anbefalinger og faglige råd Skalaer og tester Konferanser Nasjonale og internasjonale kongresser	Nasjonale nettverk Internasjonale forskningsnettverk Helsedirektoratet	Undersøke brukerbehov og prevalens av demenes Nasjonal kartlegging
Kurs Konferanser	Demens Alderspsykiatri Utviklingshemning og aldring Funksjonshemning og aldring Geriatrici	Helsepersonell og ansatte i kommunehelsetjeneste Helsepersonell i Spesialisthelsetjeneste Studenter Forskere Samfunnsplanleggere og helsemyndigheter	Kurs og foredrag Workshop Seminarer Nettverkssamlinger Bedriftsinterne temakurs Nettforelesninger E-læringskurs Konferanser Sosiale medier	Kommunale ressurspersoner Regionale fagnettverk Spesialisthelsetjenesten Skandinavisk kompetansesentra Høgskoler Fylkesmannen	Studiepoeng- givende kurs i masterutdanning E-læring

Kompetanse-spredningstiltak	Fagområde	Målgrupper	Virkemidler/metoder	Nettverk/samhandling	Nye Innsatsområder
Bibliotekstjeneste	Demens Alderspsykiatri Utviklingshemning og aldring Funksjonshemning og aldring Geriatrici	Helsepersonell Forskere Utdanningsinstanser Befolkningen	Litteratursøk Utlån Opplæring	Andre bibliotekstjenester Mocca-huset	E-læring
Forlagsvirksomhet	Demens Alderspsykiatri Utviklingshemning og aldring Funksjonshemning og aldring Geriatrici	Helsepersonell Forskere Utdanningsinstanser Tjenesteytere/instanser Brukere	Lærebøker Rapporter Publikasjoner Læringsmateriell Håndbøker E-læringsmoduler	Mocca-huset Andre forlag	E-læringsmoduler
ABC - opplæring	Demens Alderspsykiatri Utviklingshemning og aldring Funksjonshemning og aldring Geriatrici Musikkbasert miljøbehandling	Helsepersonell, tjenesteytere og andre og ansatte i kommunale tjenesteområder	Opplæringsmateriell Fagseminarer Refleksjonsgrupper Fagnettverk Digital ressursbank Nettbasert infoside Kvalifiserings-program til fagbrev i helsefaget for ABC-deltakere	Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester Spesialisthelsetjeneste Fylkesmannen Regionale og kommunale kompetansenettverk Kommuner Ressurssentre for voksenopplæring Videregående skole Opplæringskontor	Revisjon av Demensomsorgens ABC og Palliasjon E-læring Mitt Livs ABC (Utviklingshemning) ABC Musikkbasert miljøbehandling. Integrert bruk av sang, musikk og bevegelse i i eldre- og demensomsorg
Fagskoleutdanning	Demens og alderspsykiatri Utviklingshemning og aldring	Helsefagarbeidere	Studieplan Digital plattform Samlinger Praksis på arbeidsplassen	Fylkesmannen Fylkeskommunen Andre fagskoler Kommuner	Læringsgrupper på nett Fagskoletilbud i samarbeid med kommuner
Nettsider og sosiale medier	Demens Alderspsykiatri Utviklingshemning og aldring Funksjonshemning og aldring Geriatrici	Helsepersonell Forskere Utdanningsinstanser Tjenesteytere/instanser Brukere Befolkningen	www.aldringoghelse.no www.facebook.com/aldringoghelse Twitter	Forskning.no, digitale og trykte medier	Videreutvikle nye nettsider, podkast, videoproduksjon og apper



Årsrapport 2017
Kort og godt

 **Aldring og helse**
Nasjonal kompetansetjeneste

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse skal bygge opp og spre kompetanse innen fagområdet demens og alderspsykiatri samt aldring ved utviklingshemning og funksjonshemning. Tjenesten, som retter seg mot både primær- og spesialisthelsetjenesten, helsepersonell, pasienter og pårørende, driver omfattende utviklings- og forskningsvirksomhet for å øke kunnskapen på sine felt.

Formidling av kunnskap skjer ved produksjon av faglitteratur, utstrakt kurs-, undervisnings- og konferansevirksomhet, samt via internett.

Tjenesten har som mål å bygge opp faglige nettverk i alle helseregioner, slik at disse kan videreføre tjenestens oppgaver regionalt.

Tjenesten er lokalisert til Sykehuset i Vestfold og Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sykehus.

Referansegruppen har i 2017 bestått av:

Jorunn Helbostad, *Referansegruppens leder (HMN)*

Astrid Daniloff, *Brukerrepresentant*

Bernhard Lorentzen, *Representant Helse Sør-Øst*

Cathrine Arntzen, *Representant Helse Nord*

Ingrid Haug Olsen, *Kommunal representant*

Marianne Nielsen, *Representant Helse Vest*

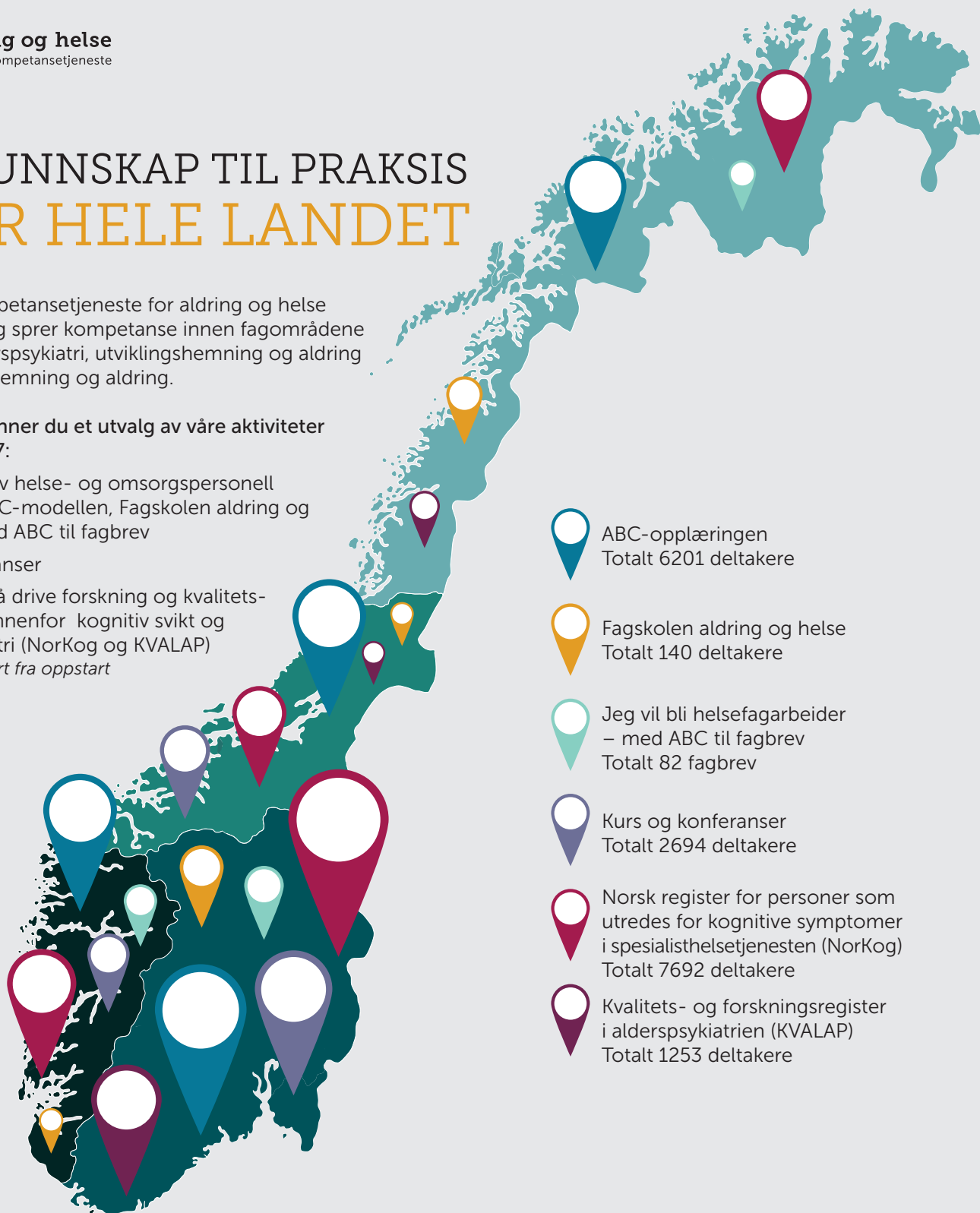
Wenche Frogn Sellæg, *Brukerrepresentant*

FRA KUNNSKAP TIL PRAKSIS OVER HELE LANDET

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse bygger opp og sprer kompetanse innen fagområdene demens, alderspsykiatri, utviklingshemning og aldring og funksjonshemning og aldring.

I oversikten finner du et utvalg av våre aktiviteter per 31.12.2017:

- Opplæring av helse- og omsorgspersonell gjennom ABC-modellen, Fagskolen aldring og helse og Med ABC til fagbrev
- Kurs/konferanser
- Register for å drive forskning og kvalitetsforbedring innenfor kognitiv svikt og alderspsykiatri (NorKog og KVALAP)
Antall inkludert fra oppstart



- ABC-opplæringen
Totalt 6201 deltakere
- Fagskolen aldring og helse
Totalt 140 deltakere
- Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev
Totalt 82 fagbrev
- Kurs og konferanser
Totalt 2694 deltakere
- Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog)
Totalt 7692 deltakere
- Kvalitets- og forskningsregister i alderspsykiatrien (KVALAP)
Totalt 1253 deltakere

Helse Nord	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest
659 deltakere	1120 deltakere	3368 deltakere	1054 deltakere
36 deltakere	6 deltakere	89 deltakere	9 deltakere
22 fagbrev	0 fagbrev	39 fagbrev	21 fagbrev
0 deltakere	213 deltakere	2423 deltakere	58 deltakere
400 deltakere	640 deltakere	5332 deltakere	1320 deltakere
29 deltakere	6 deltakere	1218 deltakere	0 deltakere

Vårt overordnede resultatmål

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse skal bidra til høy kvalitet i helse- og omsorgstilbudet til eldre i hele Norge. Det gjør vi gjennom utvikling av kunnskap og omfattende og variert kompetansespredning. Vi skal være det foretrukne stedet for beslutningsmyndigheter, samarbeidsparter i fag- og forskningsmiljøer og allmenheten når de vil søke informasjon og kompetanse innenfor våre fagfelt. Vi skal være det ledende forskningsmiljøet for praksisnær forskning innen aldring og helse. Gjennom utstrakt samarbeid og utadrettet virksomhet skal vi bidra til å bygge opp fagmiljøer i forskning, kompetanseutvikling og klinisk praksis innenfor alle våre fagfelt regionalt og lokalt, knyttet til både spesialist- og kommunehelsetjeneste.

20-årsjubileet i 2017 ble markert med et åpent arrangement om kvinnehelse for eldre kvinner på Kvinnedagen, og med jubileumsarrangement for inviterte gjester på Det Norske Teater i august. Dette arrangementet ga faglige innlegg om vår historie og vår aktivitet. Flere av våre samarbeidsparter, nasjonalt og internasjonalt, og oppdragsgivere kom med hyggelige hilsener, blant annet Helse Sør-Øst, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Aldring og helse har tiltak og satsninger for alle målgrupper. For å styrke brukerstemmen i vårt arbeid, ansetter vi en erfaringsrepresentant og etablerer et brukerråd. Vi samarbeider med brukerorganisasjoner.

Andelen eldre i befolkning vil øke i mange år framover, så behov for kunnskap og kompetanse om aldring og helse vil være stort i uoverskuelig framtid, slik vi ser det. Det er langt igjen til helhetlige og likeverdige tjenester til eldre med ulike helseutfordringer. Vi mener det er riktig med en nasjonal overbygging og koordinering av aktivitet rettet mot aldring og helse. Det er mange ulike tjenestetilbydere og aktører både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten innenfor alle våre fagområder.

Aldring og helse er opptatt av å arbeide på tvers av våre fagområder, med en tverrfaglig tilnærming som også krysser linjene mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Vi søker en helhetlig forståelse av aldring og helse, hvor kompleksiteten og overlappingen mellom ulike fagområder ivaretas, og hvor det i tråd med sentrale prioriteringer blir mer fokus på forebygging og folkehelse. Vi mener denne helhetlige tilnærmingen vil bli enda tydeligere hvis vi også kan være nasjonal kompetansetjeneste i geriatri. Vi har derfor søkt om dette.

Vi arbeider hele tiden for å utvikle oss i takt med tiden, både når det gjelder faglig forståelse og tenkning rundt hvordan vi best løser våre oppgaver. De demografiske endringene i befolkningen framover vil også kreve utvikling av nye modeller for helse og omsorg blant de eldre. Vi mener Aldring og helse bør være den nasjonale koordinerende overbyggingen for dette. Vi opplever imidlertid som beskrevet i forrige rapport at modellen for nasjonale kompetansetjenester ikke er den beste modellen for vår virksomhet. Vi ønsker derfor en dialog om videre permanent drift, organisert som i dag, men som nasjonalt kompetansesenter (igjen) og ikke som nasjonal kompetansetjeneste. Vi har hatt et møte med Helse Sør-Øst om dette. Det er en forutsetning at vi da sikres langsiktighet og økonomisk trygghet for å kunne opprettholde aktiviteten og bidra i nye samfunnsutfordringer framover.

Forskning

Forskningen ved Aldring og Helse bygger på følgende hovedprinsipper:

Forskningen skal skape klinisk og forskningsmessige nettverk på tvers av regioner, på tvers av profesjoner og på tvers av tjenestenivå.

Forskningen skal bidra til bedre grunnlag for beslutningstagere nasjonalt på våre fagområder. Forskningen skal ha klinisk relevans. Kunnskapen som genereres gjennom forskningen, skal kunne videreformidles raskt og på en forståelig måte for dem som bruker våre opplæringsressurser og våre nettsider. Aldring og helse har som følge av sin omfattende virksomhet både innen forskning og kompetansespredning en unik mulighet til å implementere ny kunnskap direkte i kliniske fagmiljøer.

Aldring og helse har en betydelig forskningsvirksomhet. Nettverksbygging og såkornaktivitet fra Aldring og helse har ført til at flere selvstendige forskningsmiljøer innen våre fagområder er blitt etablert utenfor Aldring og helse. Fra at Aldring og helse hadde ansvar for alle faser av prosjektgjennomføring har vi nå gjerne en veilederfunksjon i samarbeid med andre forskningsmiljøer, mens hovedansvaret ligger hos det lokale miljøet. Vår ambisjon er å gjøre flere lokale miljøer i stand til å gjennomføre selvstendig forskning innen våre fagområder. Samtidig vil vi fortsette å stå til rådighet for veiledning i planlegging av forskning. Det er etablert forpliktende internasjonalt samarbeid om forskningsprosjekter på alle våre fagområder.

Vi var ved utgangen av 2017 involvert i 41 forskningsprosjekter. Medarbeidere har vært hoved- eller medforfattere på i alt 58 vitenskapelige artikler. Vi hadde i 2017 14 PhD-stipendiater og 2 postdoktor-stipendiater. Det var fem professorer ansatt og/eller tilknyttet Aldring og helse, hvorav to er prof. emeritus.

På flere områder har Aldring og helse gjennom sin forskning produsert grunnlagsinformasjon for beslutningstagere. Det gjelder blant annet forekomsttall for sykdommer hos eldre i flere deler av helse- og omsorgstjenesten, medikamentbruk, tjenestetilbud, kvalitetsindikatorer i omsorgstjenesten, utvikling av metoder for psykososiale tiltak i omsorgstjenesten, samt utvikling og evaluering av kompetansehevende tiltak.

I 2017 har vi startet datainnsamlingen for en nasjonal forekomstundersøkelse av demens. Dette skjer i samarbeid med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag og sykepleierutdanningene ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Universitetet Nord. Sykepleierne sertifiseres for å delta i datainnsamlingen ved å gjennomgå en omfattende og standardisert opplæring. På denne måten sikrer vi gode datainnsamlere, kompetansen om aldring og demens hos studentene øker, og vi legger grunnlag for felles forskningsprosjekter basert på det innsamlede materialet. I et annet prosjekt gjennomfører vi en bred kartlegging av brukerbehov

hos personer med demens, der personer med demens, pårørende og helsepersonell intervjues om deres respektive oppfatninger av behov hos personen med demens. Prosjektet skal munne ut i en modell for brukerinvolvering av tjenesten ved forskjellige stadier av demenssykdommen. Disse to prosjektene er en del av Demensplan 2020. Begge prosjektene vil gi kunnskap som er avgjørende for planlegging av helsetjenestene.

Som innspill til reformen Leve hele livet bestilte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) rapporter som oppsummerer kunnskap og forskningsresultater om hovedtemaene i reformen. Aldring og helse ble valgt til å fem av syv rapporter. Det ble gjennomført systematisk litteratursøk, og rapportene ble levert til HOD høsten 2017.

Det er etablert forpliktende internasjonalt samarbeid om forskningsprosjekter på alle fagområdene i Aldring og helse. I 2017 har vi avsluttet et EU-prosjekt, ACTIF-care, i samarbeid med sju andre europeiske nasjoner. Vi forbereder nye søknader i samarbeid med de samme gruppene. I 2017 deltok Aldring og helse i den internasjonale kunnskapsoppsummeringen Lancet commission on dementia prevention, intervention and care. Publikasjonen er oversatt til norsk og publisert på nettsidene til Aldring og helse. Aldring og helse deltar i 2 arbeidspakker i EU Joint action on dementia "Act on dementia". Arbeidspakken "Residential care" er det Norge som leder, gjennom prof. Øyvind Kirkevold fra Aldring og helse. Kari Midtbø Kristiansen har også på oppdrag fra HOD representert Norge i EU Governmental experts on dementia. Vi deltar også i mange andre nasjonale og internasjonale fag- og forskningsnettverk, innenfor alle våre fagområder. Forskingen i Aldring og helse finansieres i all hovedsak av eksterne midler.

Demensplan 2020

Demensplan 2020 har 6 strategier for videre satsning, og Aldring og helse har fått nye oppdrag i tråd med disse fra Helsedirektoratet. Aldring og helse skal i løpet av Demensplanperioden systematisk innhente informasjon fra personer med demens, pårørende og tjenesteytere via intervjuer og spørreundersøkelse i tiden under utredning og ved overgang til heldøgnsomsorg. Innhenting av informasjon gjentas etter to år og materialet skal brukes som del av et evidens-basert kunnskapsgrunnlag, samt for utvikling av verktøy for brukerinvolvering. Dette prosjektet er også nevnt under forskningsprosjekter. Aldring og helse i regi av Helsedirektoratet deltar sammen med Nasjonalforeningen for folkehelsen i prosjektgruppen der 15 modellkommuner prøver ut måter å organisere og kombinere tiltak som skal sikre personer med demens og pårørende god og systematisk oppfølging etter at diagnose er gitt, etter prinsippet «Rett tiltak til rett tid». Aldring og helse skal evaluere prosjektet og utvikle materiell til kommunene på bakgrunn av dette.

Aldring og helse er involvert i Helsedirektoratets arbeid med nasjonal retningslinje for demens. Retningslinjene er publisert og ble lansert på Demensdagene 2017. Vi har hatt fagleder for arbeidet. I tillegg har flere medarbeidere deltatt i den sentrale arbeidsgruppen. Flere ansatte har bidratt til vurdering av forskningsgrunnlaget på de oppsatte PICO-spørsmål gjennom grade-systemet. Aldring og helse forbereder også implementering av retningslinjene i samarbeid med direktoratet. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Aldring og helse levert utkast til nasjonale faglige råd i alderspsykiatri som omhandler både spesialist- og kommunehelsetjeneste. Vi har ikke mottatt noen tilbakemelding fra Helsedirektoratet på vårt utkast til Faglige råd i alderspsykiatri.

Aldring og helse deltar også i en prosjektgruppe i Helsedirektoratet der andre utvalgte modellkommuner skal prøve ut gode modeller for hjemmetjenester for personer med demens og pårørende. Dette utviklingsprosjektet prøver ut og evaluerer ulike gode modeller for hjemmetjenestene slik at personer med demens og pårørende får mer støtte og tilrettelegging og forebygge tidlig flytting til sykehjem.

Nye og reviderte kartleggingsverktøy for bruk ved mistanke om demens er publisert på hjemmesidene i løpet av 2017. Kartleggingsverktøyet MMSE-NR3 brukt i hele landet blir nå i Aldring og helse oversatt til nord-samisk. En ny håndbok for utvidet utredning er igangsatt, samt utvikling av kartleggingsverktøyet RUDAS for ikke etnisk-norske personer ved mistanke om demens.

Aldring og helse har også startet planlegging, på oppdrag og i samarbeid med Helsedirektoratet, for en ny nasjonal kartlegging av demensomsorgen i Norge som gjennomføres hvert fjerde år. Denne gang vil den foregå ved hjelp av questback som sendes ut fra Helsedirektoratet.

Pårørendetiltakene har i 2017 arbeidet med å utvikle tilbudet til de yngste pårørende med ny interaktiv og animert ugle på hjemmesiden. Det utvikles samisk skriftlig og digitalisert informasjonsmaterieil til pårørende i form av en e-læringsmodul og e-hefter, i tillegg til stor aktivitet nasjonalt med pårørendeskoler, helgetilbud til ulike grupper pårørende og en sommerleir for de yngste barna.

Undervisning

Som et kompetansehevende tiltak i Demensplan 2015 og Kompetanseløft 2015 har Aldring og helse hatt ansvar for utvikling og implementering av Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC, et omfattende studiemateriale for bedriftsintern opplæring i helse- og omsorgssektoren. Satsingen er videreført i Demensplan 2020 og Kompetanseløft 2020. Implementering og oppfølging skjer i samarbeid

med utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester, alderspsykiatriske og geriatrike enheter i spesialisthelsetjenesten, interkommunale kompetansesamarbeid og ved fylkeskommunalt ressurscenter for voksenopplæring i videregående skole, samt med fylkesmannsembetene. Opplæringen er gjennomført med tverrfaglig sammensatte refleksjonsgrupper i den enkelte kommune, og halvårlige fagdager regionalt, ofte ved samarbeid mellom flere kommuner.

Ved utgangen av 2017 hadde 406 kommuner hatt ABC-opplæring i Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC, og det var 6201 aktive deltakere i satsingen. Totalt er det fra 2007 til utgangen av 2017 registrert 27 752 deltakere, og 41 647 ulike ABC-permer er registrert fullført. Det er inngått underleverandøravtaler med 25 ulike fagmiljøer. I 2017 er det gjennomført 200 fagseminarer a 6 timer med totalt 9111 deltakere, hvorav underleverandørene har vært ansvarlige for 164 fagseminarer. Fagseminarene er fordelt på 84 i helseregion Sør- st og 116 i de øvrige helseregionene.

Det er startet opp nye grupper også i ABC Psykiske sykdommer i eldre år og ABC Funksjonshemning og aldring. I 2017 har Aldring og helse publisert Lindringens ABC som et supplement til Eldreomsorgens ABC. P  oppdrag fra Helsedirektoratet arbeides det også med ABC-materiell og e-læring om demens og palliasjon.

Aldring og helse har i 2017 brukt mye ressurser på en revisjon av hele Demensomsorgens ABC i tråd med Demensplan 2020. Alle heftene er nye og første perm planlegges klar høsten 2018.

Aldring og helse viderefører på oppdrag fra Helsedirektoratet arbeidet med å ferdigstille opplæringsmaterialet og implementere Mitt livs ABC. Denne opplæringen er rettet mot ansatte som jobber i tjenestene til barn, unge, voksne og eldre med utviklingshemning, og er laget etter modell av Demensomsorgens ABC. Perm 1 er nå ferdigstilt og implementeringen er i gang. Det er registrert 1540 deltakere fra 69 ulike kommuner på perm 1. Det er inngått 13

underleverandøravtaler med ulike fagmiljøer. Det er gjennomført 40 fagseminarer med totalt 1610 deltakere og avholdt 20 informasjonsmøter. Det er laget elektronisk tilleggsressurser til Mitt livs ABC.

I tilknytning til ABC-satsingene, har Aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet gitt ut "Dette må jeg kunne - introduksjon til helse- og omsorgsarbeid" og "Dette må jeg kunne - gode tjenester til personer med utviklingshemning". Målet med "Dette må jeg kunne" er å sikre at alle som arbeider i tjenestene har et minimum av relevant kunnskap. Heftene er tiltenkt vikarer, støttekontakter, personer med lite norskkunnskaper og ansatte uten relevant utdanning.

I samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg har Aldring og helse utviklet Musikkbasert miljøbehandling i eldre- og demensomsorg. Dette er en del av et større samarbeidsprosjekt ledet av Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Implementeringen av ABC Musikkbasert miljøbehandling er godt i gang. Det er så langt 411 deltakere i 32 kommuner, og 17 fagmiljøer er involvert som underleverandører.

Vi har i 2017 videreutviklet digitalt tilleggsmateriell og utviklet nytt informasjonsmaterieil til våre nettsider og Facebook om hele ABC-modellen. Dette inkluderer blant annet animasjonsfilm som visualiserer modellen og de mulighetene som ligger i den.

På oppdrag fra Kompetanseløft 2015 og nå 2020 har Aldring og helse utviklet og driver et studietilbud for ufaglærte der målet er fagbrev som helsefagarbeidere. Prosjektet legger til rette for at personell uten relevant fagutdanning skal få alternative veier til å oppnå autorisasjon som helsefagarbeidere gjennom ulike opplæringsmodeller som bygger på ABC-konseptet. Tilbudet er samlingsbasert og nettbasert med egen læringsportal, og følges av veiledning i praksis. I løpet av 2017 er det gjennomført 16 fellessamlinger a 4 dager, samt noen samlinger i regi av

samarbeidspartnere i Fosen og i Kirkens Bymisjon. Andre lokasjoner for samlinger har vært Lakselv, Kristiansund, Fjalar, Sandefjord og Oslo. Ved årsskiftet er det registrert 841 deltakere siden oppstart i 2010. 357 deltakere har bestått tverrfaglig eksamen i helsearbeiderfaget vg3, og 234 har bestått fagprøven (82 stykker i 2017). Undervisningen er gjennomført i alle helseregioner. Vi har en lokal samarbeidspartner som underviser og veileder i Finnmark og en i Fosen. Det er avholdt to veiledersamlinger i 2017, ett i Kristiansund og ett i Lakselv.

Fagskolen Aldring og helse tilbyr et nasjonalt fagskoletilbud med 2 studieretninger; Demensomsorg og alderspsykiatri (DA) og Utviklingshemning og aldring (UA). Utdanningstilbudene er nettbasert med samlinger. Det gjennomføres en ukesamling pr halvår, planlagte nettmøter og læringsgrupper månedlig, samt individuell oppfølging og veiledning kontinuerlig. Utdanningene er helårsenheter fordelt på 2 år, og det er oppstart av nye studentgrupper hver høst. Kandidatene får graden Vocational diploma og 60 fagskolepoeng. Utdanningene ble godkjent av NOKUT i henholdsvis 2008 og 2013 med samlinger lokalisert i Tønsberg. Fra 2017 foreligger det også godkjenninger for tilsvarende studietilbud med samlinger lagt til Lakselv, Alta, Bergen og Hallingdal. I 2017 startet 18 helsefagarbeidere og ansatte i Hallingdalkommunene i et helt nytt DA-tilbud med studiested i Hallingdal. Lokale tilbud foregår i tett samarbeid med fagfolk og ledere i kommunene. Fagskoletilbudet i Alta er et samarbeid med Alta kommune, Fylkesmannen og Fylkeskommunen i Finnmark. 28 nye studenter startet der høsten 2017. Totalt antall studenter er ved årsskiftet 140. Det er en økning på 25% fra 2016. Gjennomføringsprosenten er som tidligere 85%. En ny forskrift for opptakt, studier og eksamen ved Fagskolen Aldring og helse er utarbeidet og publisert på lovdata.no.

Aldring og helse har i 2017 arrangert nasjonale dagskurs og konferanser i de større byene. Alle kurs ble søkt godkjent som meritterende til ulike spesialiteter og videre- og etterutdanninger i de aktuelle fagforbundene for målgruppene. Aldring og helse har et samarbeid med VID høyskole som innebærer at en del av kursene som tilbys om demens fra Aldring og helse kan bygges på til et mastergradsemne

"Eldre og demens", som gir 10 studiepoeng. Emnet kan inngå som et valgemen dersom studenten tar mastergrad ved instituttet. Aldring og helse arrangerte totalt 29 kurs/konferanser/nettmøter i 2017. I distriktene profilerer Aldring og helse andre prosjektkurs og de ulike ABC-modellene med fagseminar.

Aldring og helse og Norsk forening for geriatri samarbeider om fjernundervisning i geriatri. Undervisningen holdes som telefonmøte og presentasjoner knyttet til foredragene blir lagt ut på hjemmesiden www.norskgeriatri.no - i forkant av hvert møte. I 2017 ble det avholdt 20 møter, med 45 deltakende enheter og 15-20 deltakere per gang.

Aldring og helse bidrar med undervisning på oppdragskurs og underviser på forespørsel ved høyskoler og universiteter innenfor våre fagområder. Vi arrangerte i 2017 det årlige Geriatriseminar Vestfold i samarbeid med Høgskolen Sør-Øst Norge, Sykehuset i Vestfold, Fylkesmannen og faglige nettverk i fylket. Vi arrangerer som tidligere Norsk geriatrikongress, denne gang nummer 7 i rekken. I september var vi arrangører av den første nordiske konferansen for Hukommelsesklinikker med støtte fra Norges forskningsråd. Aldring og helse utgjør sammen med Norsk selskap for aldersforskning, Norsk forening for geriatri, NOVA og Folkehelseinstituttet organisasjonskomiteen for 24. nordiske kongress i gerontologi som finner sted i Oslo 2. - 4. mai 2018.

Aldring og helse arbeider systematisk med å utvikle digitale ressurser og e-læring, både som en del av vår ABC-modell og skolevirksomhet og som enkeltstående moduler med relevante tema tilgjengelig på våre nettsider.

Opplæringsprogrammet Psyk-IT foregår som videoforelesninger a 20 minutter og er spesielt beregnet på alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, men en undersøkelse viser at 42 % av seerne er fra spesialisthelsetjenesten, 47 fra kommunene og 12 oppgir annen bakgrunn. Forelesningene kan man se på nett eller laste ned som podcast. Deltakelse er gratis, men man må registrere seg for å få tilgang til foredraget mens det er mulig å stille foreleseren spørsmål. Etter at muligheten til å sende spørsmål til foreleseren er over, legges foredragene ut fritt

tilgjengelig. Psyk-IT har nå 543 abonnenter. Det er publisert 11 foredrag i 2017. Antall visninger av hvert foredrag varierer fra 150 til 768. 81 % oppgir at temaene er "i høy grad" eller "i svært høy grad" relevant i deres arbeid, og 93 % vil fortsette å se på Psyk-IT.

Den digitale undervisningssatsingen i Aldring og helse har til hensikt å gjøre kompetansen ytterligere tilgjengelig i hele Norge og for alle målgrupper. Digitale ressurser muliggjør "learning on demenad" og er en ressurs i "blendig learning". Flere av de ansatte er nå i ferd med å bli skolert på utvikling av e-læring via PISA-workshops i samarbeid med Moocahuset og Latina ekstern ved Læringscenter og bibliotek, Oslo MET, som vi har inngått en samarbeidsavtale med. Våre e-læringsmoduler vil bli publisert i "Bokskapet" og dermed bli gjort tilgjengelig for ytterligere målgrupper.

Formidling

Innenfor alle våre fagområder drives omfattende veiledning og rådgivning mot helsetjenesten og tverrsektorielt tjenesteapparat. Våre tjenester er tilgjengelige for spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste, planleggere av helsetjenester, frivillige og brukere (pasienter og pårørende). Vi formidler ny kunnskap gjennom vår nettside, facebook, twitter og instagram. Våre medarbeidere tar imot henvendelser på telefon og mail. De reiser ut og gir råd og veiledning til kommuner og andre aktuelle, for eksempel ved oppstart av nye tilbud til pasienter innenfor våre fagområder, og de deltar på lokale møter og arrangementer, både på fylkes- og kommunenivå.

Aldring og helse bibliotek og litteraturtjeneste brukes hyppig av forskere, studenter og fagfolk fra hele landet. Det gis omfattende service til litteratursøk og utlån fra bibliotekets boksamling. I 2017 mottok biblioteket om lag 100 informasjonshenvendelser, hadde ca. 1000 utlån og hentet inn ca. 750 tidsskriftartikler. Det ble gjennomført om lag 650 litteratursøk for egne ansatte og for eksterne brukere. Bibliotekarene foretok litteratursøk til 5 delrapporter med

kunnskapsoppsummeringer for reformen "Leve hele livet", på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bibliotekarene har i 2017 holdt 2 faglige kurs for egne ansatte og 1 fagdag for eksterne brukere ved Sykehuset Innlandet. I 2017 har biblioteket hatt ansvar for undervisning i klidekritikk, referansehåndtering samt bibliotekbruk for Aldring og helses fagskoleutdanninger.

Forlaget Aldring og helse utga i 2017 i alt 24 publikasjoner, læremidler, temabøker og rapporter, på til sammen over 1535 sider. En del tidligere publikasjoner kom i nye oppdrag med mindre endringer. I alt formidlet forlaget 23 896 publikasjoner, hvorav 8 565 var studiepermer i ABC-serien. I tillegg ble det solgt 424 undervisningsfilmer (DVD) og 41 lydbøker (ABC).

Fagtidsskriftet Demens & Alderspsykiatri (D&A) ble i 2017 godkjent som vitenskapelig publiseringskanal på nivå 1. Antall abonnenter varierer en del gjennom året, men ved årsskiftet 2017/2018 hadde tidsskriftet 1540 abonnenter. Opplaget har i 2017 vært 2350, en oppgang på 117 sammenliknet med året før. Fra 2018 endrer tidsskriftet navn til Tidsskriftet Aldring og helse.

Det var 220 657 brukere av Aldring og helse nettsider (www.aldringoghelse.no) i 2017. Det er en økning på 46% i forhold til 2016. Det var 344 970 økter på nettsidene i 2017, en økning på 47%. Antall årlige sidevisninger nærmer seg millionen. I 2017 var det 996 180 sidevisninger, 40% flere enn året før. Aldring og helse benytter sosiale medier bevisst i formidling og kompetansespredning. Vår Facebook-side hadde ved årsskiftet 15 998 likerklipp. Det innebærer en økning på 50% i 2017 (10 659 likerklipp 31.12.2016). Vår twitterkonto hadde ved årsskiftet 1068 følgere. Det innebærer en økning på 24% i 2017 (860 følgere 31.12.2016). Vår instagramkonto hadde ved årsskiftet 721 følgere.

Aldring og helse har lansert 2 apper. Appen "Kunnskap om demens" er ved årsskiftet installert på 11 623 enheter, 8 833 iOS (iPhone) og 2 790 Android-enheter. Vår konferanseapp er ved årsskiftet installert på 1 011 enheter, 633 iOS (iPhone) og 378 Android-enheter.

Vi er omtalt i 116 nyhetsartikler i 2017. Den største kildedekningen har vi i riksmidier. Nett er den viktigste mediekanalen, mens den største økningen har vi hatt i radio og tv. Vi har flest artikler på forskning.no, mens den største rekkevidden har vært gjennom NRK Radio.

Kvalitetsverktøy

- Kompetansespredningsplan Aldring og helse, 2016, Kompetansespredningsplan
- Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017, Nasjonal retningslinje
- Biobank knyttet til NorKog, lokalisert ved OUS, Ullevål, 2009, Biobank
- Kvalitets- og forskningsregister i alderspsykiatrien (KVALAP), 2017, Register med nasjonal dekningsgrad
- Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog), 2013, Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister

Kvalitetsregistre

En prioritert satsing er drift av to landsdekkende register, Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog) (tidligere Nasjonalt kvalitetsregister demens) og Kvalitets- og forskningsregister i alderspsykiatri (KVALAP). NorKog inkluderer omkring 7 500 pasienter fra 34 poliklinikker som utreder demens. KVALAP hadde oppstart i 2017. Allerede ved oppstart deltar 16 alderspsykiatriske avdelinger. Så langt er 1 400 personer inkludert.

Alle helseregionene er representert i begge registrene. Aldring og helse lager årlige rapporter der hvert senter som deltar i registrene kan sammenligne sitt pasientutvalg og sine metoder med andre senter og med gjeldende retningslinjer. Standardiserte kvalitetsindikatorer er inkludert i begge registrene. Det er dermed mulig å følge utvikling av kvaliteten i tjenesten over tid. NorKog er godkjent som nasjonalt kvalitetsregister og rapporterer årlig til nasjonalt servicemiljø for nasjonale registre. I tilknytning til NorKog drives en biobank og en systematisk registrering av billeddiagnostikk.

ÅRSRAPPORT 2017

Tittel på prosjekt:	ABC-opplæring i kommunene, som del av Demensplan 2020
Ref.:	16/8161-11 og 16/8161-21
Budsjettår:	2017
Frist:	1.mars 2018
Rapporten sendes til:	Helsedirektoratet
Prosjektleder 2017, Aldring og helse:	Betty S. Døble
Prosjektansvarlig, Aldring og helse	Hilde Heimli

Kort beskrivelse av prosjektet:

Aldring og helse viser til rammeavtale, oppdragsbrev 2017 datert 05.05.2017 og tillegg til oppdragsbrev datert 17.10.2017 for Demensomsorgens og eldreomsorgens ABC.

Hele oppdraget for 2017 omfattet følgende aktiviteter:

- Implementering og drift av ABC-opplæringen
- Revidering og oppdatering av opplæringsmateriellet Demensomsorgens ABC
- Utarbeidelse av digitale opplæringsverktøy om lindrende behandling
- Utarbeidelse av nettbasert oversikt over ABC-materiell (tillegg til oppdragsbrev)

Nedenfor følger årsrapport for 2017 for hele oppdraget, herunder økonomirapport.

Framdrift, resultatrapportering og -vurdering (fordelt på områder)

Implementering og drift av ABC-opplæringen

Målet er at ABC-opplæringen skal bidra til oppdaterte kunnskaper i tjenestene og kompetanseheving hos helsepersonellet. ABC-opplæringen skal spres til flest mulig ansatte i sykehjem og hjemmetjenester, i flest mulig kommuner og i flest mulig virksomheter i kommunene. På landsbasis er målet å rekruttere ca. 2.500 deltagere per år (som gjennomsnittet per år i Demensplan 2015). ABC-opplæringen skal inkludere deltakere med og uten helsefaglig utdanning, høyskoleutdannede og personer med videregående opplæring

Implementering av Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC i kommunene.

Fra oppstart av deltakerregistreringene i 2007 til utgangen av 2017 er 29.608 personer registrert som deltakere på Eldre- og Demensomsorgens ABC. For samme periode er 52.938 permer registrert startet og 47.848 er gjennomført med gruppearbeider. Til nå er 41.647 permer godkjent fullførte etter kriteriene og deltakerne har mottatt ABC-bevis. Deltakerne er registrert fra totalt 413 kommuner gjennom samme periode.

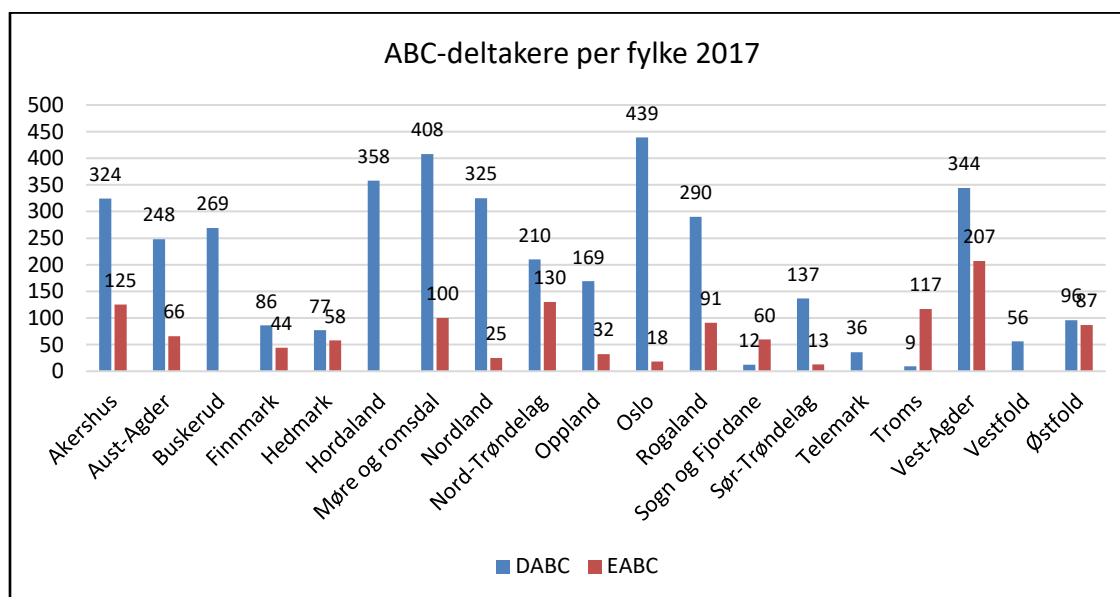
Pågående ABC-opplæring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2017.

I 2016 til 2017 pågikk Eldre- og Demensomsorgens ABC i tilsammen 254 kommuner. For 2017 er det registrert påmelding på 5.066 permer fra deltakere i 175 kommuner.

Demensomsorgens ABC har høyest antall deltakere, med oppstart av over 2.200 deltakere på Perm 1. Eldreomsorgens ABC har flest deltakere på fordypningspermen Psykiske sykdommer i eldre år, der 1.000 deltakere er registrert. Oversikt over aktiviteten for alle ABC-opplæringen etter kommuner og deltakere fremstilles i Tabell 1.

Tabell 1. Permer til Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC i 2017		
Registrerte påmeldinger 01.01-31.12.2017	Antall kommuner	Permer startet / Deltakere registrert
Demensomsorgens ABC Perm 1	97	2.236
Demensomsorgens ABC Perm 2	64	1.086
Demensomsorgens ABC Miljøbehandling	40	571
Eldreomsorgens ABC Aldring og omsorg	10	153
Eldreomsorgens ABC Psykiske sykdommer i eldre år	64	1.000
Eldreomsorgens ABC Funksjonshemming og aldring	3	20
Antall ABC-permer totalt		5.066

Ved å fremstille de samme aktivitetstallene (5.066 ABC-permer) sortert fylkesvis fremkommer det variasjoner i aktivitetene over landet. Når det gjelder Eldreomsorgens ABC, er det en tydelig effekt av satsing på kompetanseområdet for psykiske sykdommer i eldre år. Dette er i tillegg en perm hvor deltakere også kan rekrutteres via Demensomsorgens ABC (Figur 1) .



Figur 1. Deltakelse i Eldre- og Demensomsorgens ABC, registrert per fylke 2017

Underleverandører og gjennomførte fagseminar i 2017

Aldring og helse har i oppdraget utviklet kriterier og rutiner for plan- og rapportering som utgjør kvalitetssystemet for implementering i ABC-opplæringen. Systemet brukes av fagmiljøene med underleverandøravtaler, og arbeidet utføres ved års- og semesterplaner samt rutinefestet rapportering på gjennomførte aktiviteter.

Ved utgangen av 2017 har Aldring og helse inngått underleverandøravtale med 24 kvalifiserte fagmiljøer. I avtalene ligger det avgrensninger i ansvaret etter hvilke fagområder og geografiske områder som hvert fagmiljø har påtatt seg å følge opp.

Aldring og helse har ansvar for veiledning og oppfølging innen kompetanseområdene for satsingen samt direkte kontakt med kommuner som ikke er tilknyttet lokal underleverandør.

Oversikt over fagmiljøene som er underleverandører per 2017 fremstilles i tabell 1.

Tabell 2. Underleverandører for Demensomsorgens ABC og/eller Eldreomsorgens ABC, 2017.		
1	Østfold	USHT Østfold, Eidsberg
2	Akershus	Aldring og helse
3	Oslo	Senter for fagutvikling og forskning / USHT Oslo kommune
4	Hedmark	Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet
5	Oppland	Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet
	Oppland	USHT Oppland, Gjøvik kommune
6	Buskerud	USHT Buskerud, Drammen kommune
7	Vestfold	USHT Vestfold, Sandefjord kommune
8	Telemark	USHT Telemark, Porsgrunn kommune
9	Aust-Agder	USHT Aust-Agder, Grimstad kommune
10	Vest-Agder	USTH Vest-Agder, Kristiansand kommune
11	Rogaland	SESAM, Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling
11	Rogaland	USHT Helse Fonna
12	Hordaland	USHT Hordaland, Bergen kommune
14	Sogn og Fjordane	USHT Sogn og Fjordane, Førde Kommune
15	Møre og romsdal	Helse Møre og Romsdal HF, Alderspsykiatrisk seksjon Sunnmøre
15	Møre og romsdal	Helse Møre og Romsdal HF, Alderspsykiatrisk seksjon Nordmøre og Romsdal
16	Sør-Trøndelag	USHT Sør-Trøndelag, Åfjord kommune
16	Sør-Trøndelag	Kompetansenettverk Åfjord ressursenter, Sør-Trøndelag fylkeskommune
17	Nord-Trøndelag	Helse Nord-Trøndelag HF, Seksjon Alderspsykiatri, Psykiatrisk klinikk Sykehuset Levanger
17	Nord-Trøndelag	Helse Nord-Trøndelag HF, Det Regionale kompetansesenter, Seksjon Alderspsykiatri / Geriatri, Sykehuset i Namsos
18	Nordland	NKS Kløveråsen AS, Nordland
19	Troms	Kompetansenettverk LØKTA - Interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten i Midt Troms, Lenvik kommune
19	Troms	USHT Troms, Tromsø kommune
20	Finnmark	USHT Finnmark, Sør-Varanger kommune

Fagseminar og informasjonsmøter gjennomført i 2017

Underleverandørenes planer og rapporter registreres ved Aldring og helse og materialet er grunnlag for rapportering og økonomiforvaltning.

For 2017 er 200 fagseminar gjennomført, og aktivitetene er fordelt mellom fagmiljøene etter oversikten i tabell 3.

Tabell 3. Fagseminar Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC i 2017					
Underleverandører/ Kompetanseområde	USHT	Helse foretak	Kompetanse nettverk	Aldring og helse	Fagseminar totalt
Demensomsorgens ABC Perm 1	29	26	2	7	64
Demensomsorgens ABC Perm 2	16	22	0	8	45
Demensomsorgens ABC Miljøbehandling	10	8	4	5	27
Eldreomsorgens ABC Aldring og omsorg	7	4	0	4	15
Eldreomsorgens ABC Psykiske sykdommer i eldre år	9	15	1	9	34
Eldreomsorgens ABC Funksjonshemming og aldring	0	0	0	3	3
Kombinasjon av flere ABC- permer	4	6	1	0	11
Fagseminar per underleverandør	75	81	8	36	200

Det er registrert 19 informasjonsaktiviteter i 2017. Dette kan være avtalte møter med ledere i tjenesteområdene i kommunene, eller samarbeidsmøter/veiledningsmøter arrangert for flere kommuner ved ABC-kontakter. Det er også registrert infomøter ved innlegg eller stand på konferanser arrangert. Ofte er fylkesmannen aktør i samarbeidsmøter og på konferanser.

Kontaktpunkt og oppfølging av underleverandørene

Alle underleverandørene inviteres til en felles, årlig fag- og nettverkssamling som arrangeres i oppdraget med ABC-opplæringen. I 2017 møtte 55 personer, hvorav flere medarbeidere tilknyttet ABC-satsingen fra Aldring og helse.

E-registrering og digitale resurser for drift

Det arbeides fortsatt med utvikling og utbedring av nettbasert deltakerregistrering, og databasen for oppfølging av gjennomføring, abcregistrering.no.

Arbeidet følges tett av merkantilt personell, som utøver support.

Høsten 2017 er ny modul for registrering av plan og rapport for fagseminarene utviklet.

Underleverandørene vil dermed få tilgang til kommuner, ved ABC-kontakter og gruppedeltakere for å lette arbeidet med planlegging og rapportering av fagseminarene. Datasystemene er utviklet til felles brukt for alle ABC-opplæringene.

I 2017 er det laget en Questback for å hente tilbakemeldinger fra deltakere i ABC-opplæringene. Dette er under pågående implementering via databasen ABCregistrering.no, noe som skjer på nyåret i 2018. Aldring og helse har konsultert USHT Nord-Trøndelag for support og brukervedvirkning på dette.

Revidering og oppdatering av opplæringsmateriellet Demensomsorgens ABC

Arbeidet med revidering og oppdatering av opplæringsmateriellet Demensomsorgens ABC er gjennomført i tråd med føringer inngått i rammeavtale/kontrakt med bilag og føringer i oppdragsbrevet for 2017. Redaktør og redaksjonskomité har hatt jevnlige møter med Helsedirektoratet. Forfattere ble rekruttert første halvår av 2017 og innen utgangen av året var ni av ti bidrag til heftene i Demensomsorgens ABC perm 1 levert.

Utarbeidelse av digitale opplæringsverktøy om lindrende behandling

Utvikling av opplæringsmateriellet om palliasjon til personer med demens er under arbeid, og innlemmet i revisjonen av opplæringsmateriellet Demensomsorgens ABC.

Det er i 2017 utarbeidet to e-læringsmoduler (A og B). Disse har vært ute til testing hos en gruppe sykepleiere og helsefagarbeidere. De har gitt gode tilbakemeldinger. Disse modulene har et nivå som passer både for sykepleiere og helsefagarbeidere.

Utarbeidelse av nettbasert oversikt over ABC-materiell

Helsedirektoratet godkjente Aldring og helses søknader om å få omdisponere ubenyttede midler knyttet til Demensplan 2020 for 2017 på kr 500 000, jf tillegg til oppdragsbrev datert 17.10.17 (ref. 16/8161-21) og omdisponering av midler i Mitt livs ABC (ref.13/11069-35) på kr 1 000 000, totalt 1 500 000.

Prosjektbeskrivelse ble oversendt Helsedirektoratet 23.11.17 og inkluderte følgende leveranser:

- Egen nettside som presenterer ABC-modellen
- Grafiske retningslinjer for ABC-modellen
- Presentasjonsmal for ABC-opplæringen basert på de nye grafiske retningslinjene
- Overordnet presentasjon av ABC-modellen
- To informasjonsfilmer om ABC-opplæringen og gruppeprosessen

Resultater

Nettside

Det nye nettstedet ble publisert for intern testing og feilsøking 18.12.2017. Lansering til publikum ble gjort like over nyttår.

Besøksstatistikk for abc.aldringoghelse.no pr. 20.2.2018

Unike brukere:	3,232
Sesjoner:	4,381
Sidevisninger:	14,288
Gjennomsnittlig besøkstid:	2:27 minutter

Nåværende trender peker på at brukertallene stabiliserer seg på ca. 250 unike brukere pr. uke. Noe som – om denne trenden holder seg, vil gi ca. 13.000 unike brukere pr. år.

Av statistikken kan man se at de besøkende fordeler seg jevnt ut over hele landet. Det er også interessant å se at de mest populære sidene er «kom i gang» og «oppbygging».

Filmer

Filmene er implementert både på de nye nettsidene, men blir også aktivt brukt som en del av seminarene.

Grafisk profil på infomateriellet

I prosjektet er det laget en ny, overordnet grafisk profil for ABC-opplæringen. Hensikten er å skape gjenkjennelse til det særegne ved Aldring og helses ABC-opplæring, uavhengig av hvilke kompetanseområder man er interessert i.

Økonomi

Jamfør bilag 5 i rammeavtalen ble det fakturert etterskuddsvis per tertial. For detaljer se fakturagrunnlag, som også inneholder grunnlag for tilleggsbevilgning for revidering av Demensomsorgens ABC.

Fakturagrunnlag ABC 2017	Budsjett 2017	Fakturert totalt 2017
	Beløp	Beløp
Fagseminarer 2017	kr 3 240 000	kr 2 641 000
Infomøter 2017	kr 100 000	kr 215 000
Planlagte fagseminarer og infomøter 2017		kr 460 000
Sum 2017	kr 3 340 000	kr 3 316 000
Adm, regnskap etc.	kr 835 000	kr 829 000
Totalt seminarer og infomøter	kr 4 175 000	kr 4 145 000
Koordinering og administrasjon		
Fagkoordinering 1,50 årsverk 2017	kr 1 275 000	kr 1 275 000
Kontorstøtte, statistikk 2 årsverk 2017	kr 925 000	kr 925 000
Totalt koordinering	kr 2 200 000	kr 2 200 000
Utgifter til oppdatering og revisjon av ABC-materiell	kr 800 000	kr 705 312
Revisjon av Demensomsorgens ABC - perm 1	kr 1 460 000	kr 1 300 791
Referansegruppemøter og evalueringsseminar	kr 325 000	kr 199 179
Diverse kostnader		kr 410 000
Sum total	kr 8 960 000	kr 8 960 281
Totalt fakturert	kr 8 960 000	kr 8 960 000

I tillegg er det, jamfør oppdragsbrev, fakturert for opplæringstiltak om lindrende behandling, se detaljer under.

Fakturagrunnlag 2017 Palliasjon og demens	Budsjett 2017	Totalt fakturert 2017
Utvikling av e-læringsverktøy for palliasjon	kr 150 000	kr 194 956
Konsulenttjenester	kr 75 000	kr 75 175
Redaktørhonorar	kr 200 000	kr 200 448
Adm, regnskap etc.	kr 50 000	kr 50 112
Forfatterhonorar manus	kr 125 000	kr 112 500
Honorar fagkonsulenter film	kr 50 000	kr 4 950
Produksjon av video og animasjoner	kr 165 000	kr 171 030
Bilder og illustrasjoner	kr 110 000	kr 102 902
Møter og reiser	kr 75 000	kr 34 871
Diverse kostnader		kr 53 056
Sum totalt	kr 1 000 000	kr 1 000 000

Det er også fakturert i henhold til tillegg til oppdragsbrev ref. 16/8161-21 (Demensomsorgens/Eldreomsorgens ABC) og 13/11069-35 (Mitt livs ABC) for ytterligere 1.500.000 jamfør godkjent budsjett. For detaljer se fakturagrunnlag.

Fakturagrunnlag

Demensplan 2020 – Tillegg til oppdragsbrev om ABC-opplæring for 2017; Demensomsorgens

ABC/Eldreomsorgens ABC

Tillegg til oppdragsbrev Mitt livs ABC 2017

Budsjett	Beløp	
	Budsjett	Regnskap
Lønnskostnader		
Lønnskostnader koordinator inkl. estimerte timer desember	140 000	156 647
Faglig innhold	150 000	185 854
Digital ressurser internt	70 000	70 000
Utvikle digital løsninger, eksterne leverandører		
Headspinn illustrasjoner og grafisk arbeid		97 500
Headspinn 2 filmer		190 000
Creuna		710 000
Sum Utvikle digital løsninger, eksterne leverandører	1 050 000	997 500
Administrative kostnader	90 000	90 000
Totale utgifter	1 500 000	1 500 000

Faktura

Demensplan 2020 – Tillegg til oppdragsbrev om ABC-opplæring for 2017;

Demensomsorgens ABC/Eldreomsorgens ABC

Tillegg til oppdragsbrev Mitt livs ABC 2017

-500 000
-1 000 000

ÅRSRAPPORT –2017: Kompetanseprogram ufaglærte

Tittel på tiltak/prosjekt: Kompetanseprogram ufaglærte:

«Jeg vil bli – helsefagarbeider – med ABC til fagbrev» ref. 14/6978-15

«Dette må jeg kunne – introduksjon til helse og omsorgsarbeid

Budsjettår: 1.1 - 31.12. 2017

Budsjettkapittel og – post: kap.761, post 60 - Kompetanseløft 2020

Frist:1.3.2018

Rapporten sendes til: Helsedirektoratet v/ Sigrun Heskestad

Sigrun.Heskestad@helsedir.no

Kort beskrivelse av tiltaket/prosjektet:

Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev:

I st.prp. nr.1 (2008-2009) ble det bevilget midler til utarbeidelse av et opplæringstilbud for personell uten relevant fagutdanning.

«Om lag 1/3 av personalet i den kommunale omsorgstjenesten står uten relevant fagutdanning. Det er viktig å utvikle kompetansetiltak til denne personalgruppen for å sikre omsorgssektoren kompetanse og gi personell uten relevant fagutdanning utdanning innenfor omsorgssektoren.»

Prosjektet skal legge til rette for at personell uten relevant fagutdanning skal få alternative veier til å oppnå autorisasjon som helsefagarbeider gjennom ulike opplæringsmodeller som bygger på ABC- konseptet.

Metode- opplæringsmodellen: Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev.

Opplæringen organiseres gjennom, fellessamlinger, nettbasert undervisning, oppgaveløsning, loggskrivning, innlegg i forum og veiledning på egen arbeidsplass.

Mål

Mål for 2017 – 58 fagbrev og oppstart av 4 -5 nye grupper med 30 -35 deltakere pr. gruppe.

Framdrift

I løpet av 2017 begynte 196 deltakere sin opplæring, organisert gjennom to grupper i Oslo, en i Sandefjord, en i Lakselv, en gruppe i samarbeid med Kirkens Bymisjon i Oslo og en i utviklingsprosjektet med Sør- Trøndelag / Fosen området.

Fellessamlingene

Prosjektet har gjennomført 16 fellessamlinger a fire dager. I tillegg har vi gjennom utviklingsprosjektet i Sør- Trøndelag / Fosen hatt to fellessamlinger, og 6 samlinger som Kirkens Bymisjon i Oslo har gjennomført med noe hjelp til undervisning fra prosjektet, totalt 24 samlinger. Fellessamlingene er obligatoriske og det gjennomføres en kartleggingssamtale på 1. fellessamling og oppfølgingssamtaler på 2. og 3. samling og under 4. samling blir det en oppsummeringssamtale av hva som gjenstår før de kan melde seg opp til eksamen i helsearbeiderfaget vg3 og fagprøven.

Oppfølging og tilbakemelding mellom fellessamlingene

Kontaktlærer følger opp sine grupper mellom samlingene og gir tilbakemelding på innleveringer av oppgaver og logger, samt besvarer andre spørsmål.

Deltakere som er ferdig med opplæringen

176 deltakere er ferdige med teorien, 145 av våre deltakere 2017, pluss 31 deltakere fra Kirkens Bymisjon i Oslo.

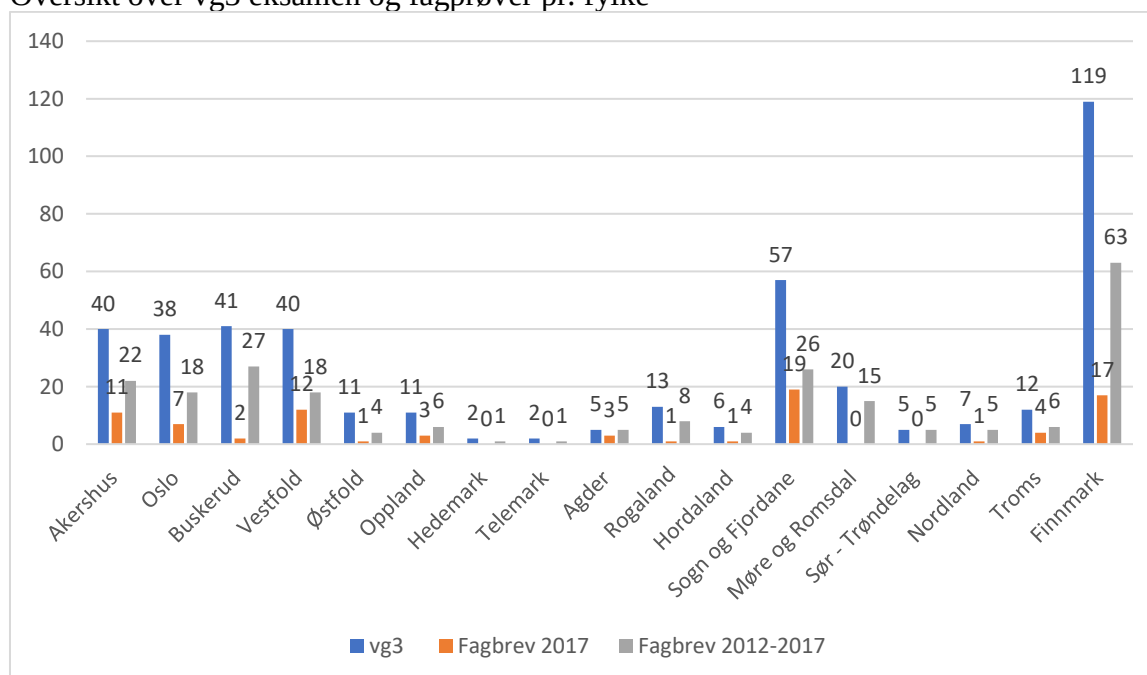
Tverrfaglig eksamen i helsearbeiderfaget vg3

178 deltakere tok eksamen i 2017, 142 bestod, 36 strøk, en strykprosent på 20. Totalt har 429 deltakere bestått vg3 eksamen. Når vi går nærmere gjennom hvem som strøk er det en klar sammenheng mellom innleveringer og aktivitet. De som stryker til eksamen har levert lite og arbeidet lite med fagstoffet. Det er ingen forskjell om de er minoritetsspråklige eller etnisk norske når det gjelder resultater på eksamen.

Fagprøver

82 deltakere tok fagbrev i 2017 og totalt har 234 deltakere tatt fagbrev siden oppstart. Gjennomsnittlig opplæringstid fra oppstart til fagprøven er avlagt er: 2,56 år / 30,7 mnd. Mange har meldt seg opp, men i noen fylker er det lang ventetid fra oppmelding til fagprøven er gjennomført. Deltakere som har bestått eksamen og ikke oppmeldt til fagprøven mangler praksis, de melder seg opp fortløpende når praksiskravet er nådd.

Oversikt over vg3 eksamen og fagprøver pr. fylke



Frafall i løpet av opplæringen

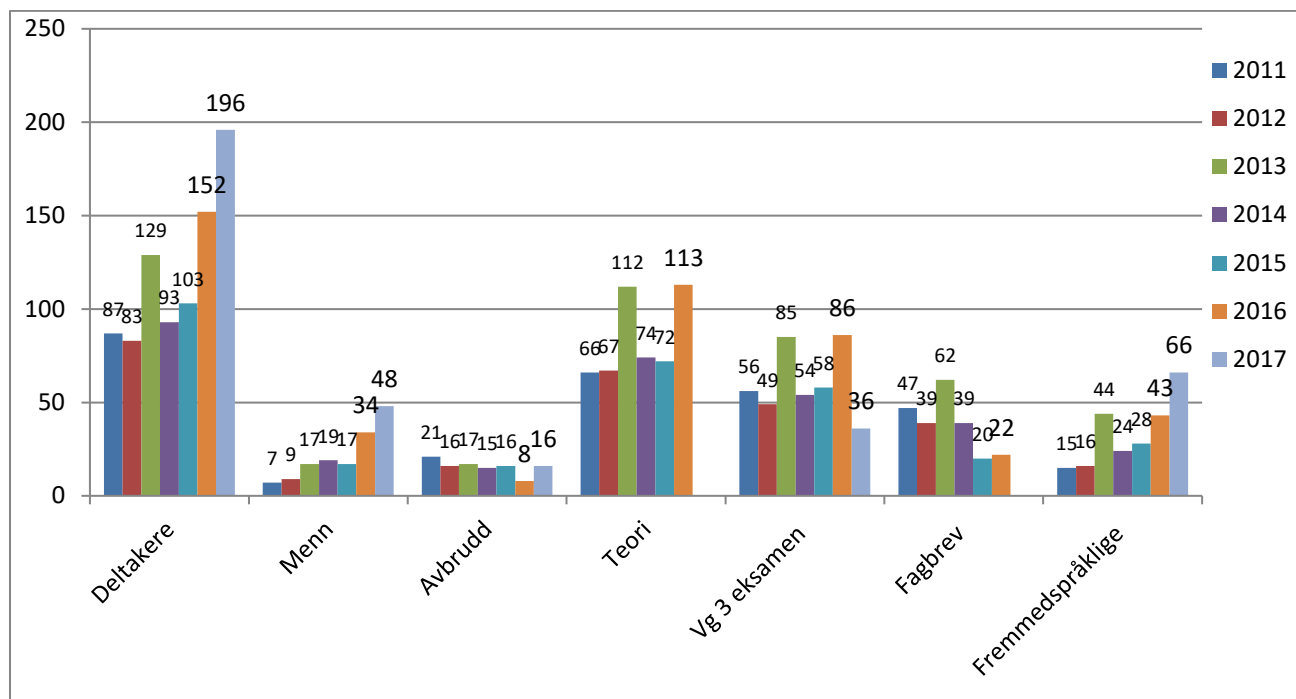
Prosjektet har hatt en frafallsprosent på 14,2 i gjennomsnitt fra (2011 -2017). Frafall i 2017 er på 8,2%.

Fremmedspråklige/ minoritetsspråklige

29,3 % av våre deltakere er fremmedspråklige, før de kan begynne må de dokumentere at de har gjennomgått norskopplæring og avlagt test i norsk med samfunnskunnskap minst på nivå A2, helst på nivå B 1 eller høyere. Den største utfordringen for dem er mestring av fagspråket og den kulturelle forskjellen. Dette løser vi ved bruk av «Dette må jeg kunne» ved siden av

lærebøker og tydelige tilbakemeldinger gjennom samtaler og veiledning på egen arbeidsplass. Det er ingen forskjell på gjennomføringen mellom minoritetsspråklige og norske.

Oversikt over deltakere fra 2011 – 31.12.2017



Dagskurs i veiledning og veiledning på egen arbeidsplass

I løpet av 2017 har vi hatt 2 veiledersamlinger, tilbakemeldingene fra veiledersamlingene er fortsatt gode.

Lokale samarbeidspartnere

Vi har etablert samarbeid med ledere og kontaktpersoner i: Fjaler-, Flora- kommuner i Sogn og Fjordane, leder ved Signo - stiftelsen i Andebu, leder for botjenesten i Sandefjord kommune og Opplæringskontoret i Lakselv. Våre samarbeidspartnere rekrutter, ordner med veiledere, veiledning av deltakere og legger til rette for at deltakerne kan delta på samlingene.

Referansegruppemøte

Det ble ikke gjennomført referansegruppemøte i 2017.

Utviklingsprosjektet

Utviklingsprosjektet i Sør - Trøndelag/ Fosen planla vi oppstart våren 2017, men det tok lenger tid enn beregnet til rekruttering og organisering. 29 deltakere startet i september med bruk av vår opplæringsmodell. Denne gruppa er ferdig med teorien høsten 18 og skal ta tverrfaglig eksamen Vg3 i desember og fagprøver i løpet av våren 2019. Det er ansatt to lærere fra Åfjord en 30% og en i 20 % til å organisere og følge opp deltakerne fram til og med våren 2019. Prosjektet deltar noe på samlingene og gir støtte og hjelp der det trengs.

Kirkens Bymisjon

Kirkens Bymisjon i Oslo tok kontakt med Aldring og helse for å starte egen opplæring av sine ufaglærte med lang erfaring med ønske om bruk av vår fagplan/ opplæringsmodell. De ønsket å komprimere fagstoffet til opplæringen gjennom 6 samlinger i løpet av 6 mnd. med hjelp av oss til noe av undervisningen og veiledning i oppgaveskriving.

Nettklasserommet

Nytt nettklasserom er utviklet og tatt i bruk. Nettklasserommet er organisert med faginnhold i samlinger, forum, innlegg i forum, innlevering av logger og oppgaver.

Samarbeid med KS prosjektet «Menn i Helse»

Vi deltok på et samarbeidsmøte i Finnmark sammen med KS, Fylkesmann, Finnmark fylkeskommune utdanningsavdelingen, NAV – Finnmark og Opplæringskontoret i Lakseelv for å se på mulighetene for utdanning av flere menn i Finnmark. Det har ikke startet egen opplæring av «Menn i Helse» i Finnmark i 2017.

Prosjektet har hatt et innlegg om veiledning i praksis for «Menn i Helse» sin samling på Gardermoen i april.

Økonomi:

Tekst	f.o.m. konto	t.o.m. konto	Budsjett 2017	Regnskap 2017	Budsjett 2018
Driftsinntekter					
Tilskuddsmidler	3509	3509	6 000 000	6 200 000	6 200 000
Søkt overført tilskudd	3509	3509	2 077 224	2 077 224	1 626 421
Sum driftsinntekter			8 077 224	8 277 224	7 826 421
Driftskostnader					
Lønnskostnader	5000	5999	2 900 000	3 399 064	4 100 000
Refusjon av eksksamensutgifter	5600	5600	100 000	96 615	100 000
Honorar til eksterne foredragsholdere elevsamlinger	5160	5160	20 000		0
Drift og videreutvikling av læringsportal	6799	6799	360 000	325 195	175 000
Utgifter til fellessamlinger deltagere og foredragsholdere og veiledningsseminar	6300	6390	1 500 000	656 542	900 000
Refusjon av reiseutgifter til deltagere på fellessamling og veiledningsseminar samt foredragsholdere	7100	7350	800 000	664 633	750 000
Kjøp av faglitteratur og andre læremidler til elever	6840	6849	300 000	197 501	540 000
Utvikling av undervisningsmodellen	6799	6799	1 197 224	411 253	350 000
Interne adm. kostnader (overhead)	7790	7790	900 000	900 000	911 421
Sum driftskostnader			8 077 224	6 650 803	7 826 421
Driftsresultat			0	1 626 421	0

Kommentarer til økonomi:

Årsregnskapet for 2017 viser et mindreforbruk på kr 1 626 421. Mindreforbruket skyldes hovedsakelig at det er benyttet betydelig mindre midler til fellessamlinger, samt at utvikling av undervisningsmodellen har blitt forskjøvet i tid. I 2017 fikk vi gode avtaler med kommunene som gjorde at vi slapp å betale for kurslokaler og lunsj til deltagerne ved flere av samlingene. Regnskapet for "Utvikling av undervisningsmodellen" gjelder hovedsakelig lønnskostnader til personalressurser i Sør-Trøndelag /Fosen.

Det ble benyttet mer lønnsmidler enn budsjettert i prosjektet, grunnet økt arbeidsmengde og flere deltagere enn estimert.

Vi søker om å få overføre hele mindreforbruket på kr 1 626 421 i 2017 til 2018. Dette ønskes avsatt til flere ressurser, lærebøker og videreutvikling av undervisningsmodellen.

Budsjettet for 2018 er basert på fjorårets regnskap. Lønnsbudsjettet er økt med omlag 1,4 årsverk sammenlignet med budsjettet i 2017. Dette skyldes økt arbeidsmengde og flere deltagere. Avtalen med kommunene vedrørende kurslokaler til fellessamlingene har vist seg vanskelig å forlenge og vi har dermed budsjettert med 900 000 kroner til dette i 2018. I 2018 er det behov for nye lærebøker som er estimert til 540 000 kr. Utvikling av undervisningsmodellen skal fortsette i 2018 og budsjettposten til dette gjelder våre eksterne ressurser i Sør – Trøndelag / Fosen.

Satsingsområder og mål for 2017. Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev

- Fagbrev i 2018: 90
- Ferdigstille nettklasserommet med oppdatert faginnhold – drift og vedlikehold
- Oppstart av 5 nye grupper a 30 -35 deltakere – inntil 175 nye deltakere
- Planlegge og gjennomføre 17 fellessamlinger
- Følge opp utviklingsprosjektet i Sør - Trøndelag/ Fosen området
- Fortsette samarbeidet med Kirkens Bymisjon i Oslo og deres satsing på utdanning av sine ufaglærte
- Mer fokus på opplæring av minoritetsspråklige - utvikle kartleggingsverktøy og støttemateriell til bruk i språkopplæringen / fagopplæringen av dem
- Egen samling for deltakere som ikke har bestått tverrfaglig eksamen i helsearbeiderfaget vg3 med fokus på oppgaveskriving og veiledning
- Oppfølging av deltakere som er ferdige med teorien slik at de oppnår praksiskravet, består eksamen og deretter melder seg opp og tar fagbrev
- Kartlegge ventetiden fra oppmelding til fagprøven – til fagprøven er avlagt – dokumentere ventetiden det er i flere fylker
- Organisere og ha et referansegruppemøte pr. år

Dette må jeg kunne – introduksjon til pleie og omsorgsarbeid

I 2017 ble det solgt 2816 hefter – heftet er et viktig hjelpemiddel innen opplæring av ufaglærte – målet er at flere ufaglærte skal ta fagbrev.

Satsingsområder og mål for 2017

Oppdatere informasjon og undervisningsmaterieell til heftet på vår hjemmeside

ÅRSRAPPORT 2017

Tittel på tiltak/prosjekt:

Mitt livs ABC – nasjonalt kompetansetiltak i tjenester til personer med utviklingshemning, Ref. 13/11069-31 og 13/11069-35

Budsjettår:

2017

Frist:

1.mars 2018

Rapporten sendes til:

Helsedirektoratet

Prosjektleder:

Lise Øverland

Leder drift ABC-modellene, Aldring og helse:

Betty Døble

Prosjektansvarlig, Aldring og helse:

Hilde Heimli

Kort beskrivelse av prosjektet:

Aldring og helse viser til rammeavtale, oppdragsbrev 2017 av 05.05.2017 og tillegg til oppdragsbrev av 18.10.2017.

Oppdraget har i 2017 bestått av følgende aktiviteter:

- Utvikling av opplæringsmateriell
- Implementering og evaluering
- Utarbeidelse av nettbasert oversikt over ABC-materiell

Nedenfor følger årsrapport for 2017 for hele oppdraget, herunder økonomirapport.

Framdrift, resultatrapportering og -vurdering (fordelt på områder)

Utvikling av opplæringsmateriell

Alt materiell utvikles i tett samarbeid med helsedirektoratet. Materialet godkjennes av Helsedirektoratet før det publiseres.

Tiltaksområder	Tiltak	Status
«Dette må jeg kunne»	Nytt opplag.	Ferdigstilt 15. mai 2016. Benyttes i kommunene både i form av digital utgave og i trykket form. PP-presentasjon til bruk i opplæringen ligger til nedlastning. Nytt opplag, 5000 eksemplarer i mai. 2816 eksemplarer er solgt i 2017.
Perm 1	Ferdigstilles	Ferdigstilt oktober 2017
www.mittlivsabc.no	Utvikle egen nettside	Nettside er utviklet og oppdateres jevnlig. Her finnes skriftlig informasjon til deltagerne, samarbeidspartnere og ledere, en informasjonsfilm, åpen tilgang til «Dette må jeg kunne», samt tilgang til

		permene for deltagere i ABC-opplæringsmateriell. Det er lydfiler til alt skriftlig materiale og filmmateriale knyttet til refleksjonsspørsmål. Ny informasjonsfilm om ABC-modellen ferdigstilles januar 2018. Denne vil i tillegg til å ligge på nettsiden til Aldring og helse ligge på nettsiden til Mitt livs ABC.
Film til refleksjonsoppgave i hefte 1-6	Ferdigstilles	Ferdigstilt september 2017
Film til refleksjonsoppgave i hefte 6-10	Ferdigstilles	Ikke ferdigstilt i 2017. Ferdigstilles våren 2018
Perm 2	Planlegging	Temaer, forslag til disposisjon og avtaler med forfattere ferdig juni 2017. Arbeidet med manus ble startet opp høsten 2017.

Implementering og drift av Mitt livs ABC:

Formålet med tiltaket er å styrke kompetansen i tjenestene til personer med utviklingshemming. Det overordnede målet er å bidra til god livskvalitet, gode tjenester og rettsikkerhet til mennesker med utviklingshemning. «Mitt livs ABC» etableres og implementeres som kompetansetiltak i de kommunale helse- og omsorgstjenestene til personer med utviklingshemming.

Målgruppen er ansatte i alle tjenester til personer med utviklingshemming. Opplæringen retter seg mot ansatte med og uten helsefaglig utdanning, med og uten høyskoleutdanning.

Implementering av Mitt livs ABC i kommunene.

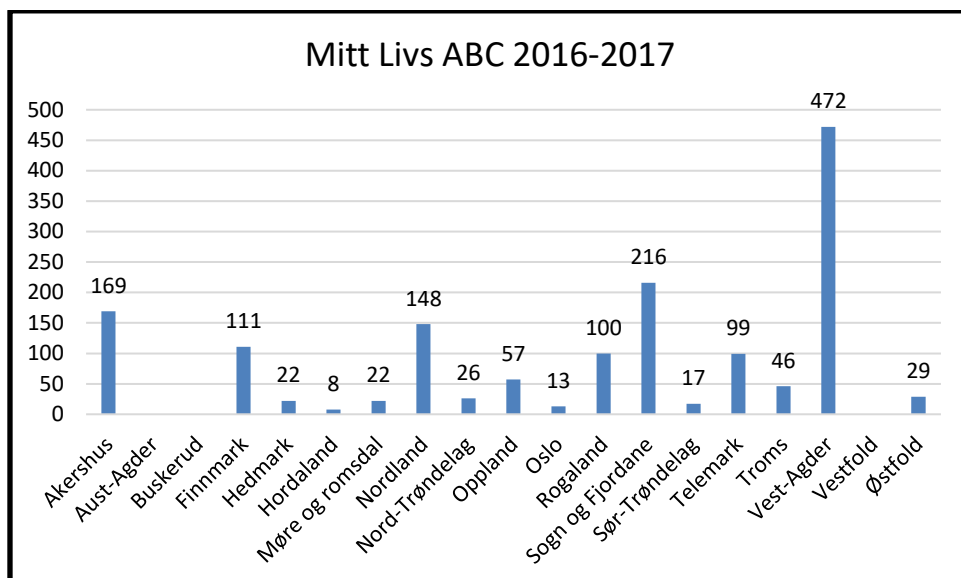
Fra oppstart av deltakerregistreringene i 2016 til utgangen av 2017 er 1.555 personer registrert som deltakere på Mitt livs ABC. Til nå er 112 permer godkjent, av disse 98 med oppstart i 2016 og 14 med oppstart i 2017. Det innebærer at deltakerne har fullført etter kriteriene og mottatt ABC-bevis.

Pågående ABC-opplæring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2017.

Deltakerne er registrert fra totalt 69 kommuner, hvorav 14 kommuner deltok i 2016 og 58 kommuner i 2017. Dette viser at tre av kommunene som deltok i 2016 har videreført med oppstart også i 2017.

Tabell 1. Mitt livs ABC Perm 1		
Registrerte påmeldinger	Antall kommuner	Permer startet / Deltakere registrert
Mitt livs ABC 2016	14	331
Mitt livs ABC 2017	58	1.224
Antall deltakere startet		1.555

Ved å fremstille de samme aktivitetstallene (1.555 ABC-permer) sortert fylkesvis fremkommer det variasjoner i aktivitetene over landet (Figur 1)



Figur 1. deltakelse i Mitt livs ABC, registrert per fylke 2016-2017

Underleverandører og gjennomførte fagseminar i 2017

Aldring og helse har i oppdraget utviklet kriterier og rutiner for plan- og rapportering som utgjør kvalitetssystemet for implementering i ABC-opplæringen. Systemet brukes av fagmiljøene med underleverandøravtaler, og arbeidet utføres ved års- og semesterplaner samt rutinefestet rapportering på gjennomførte aktiviteter.

Ved utgangen av 2017 har Aldring og helse inngått underleverandøravtale med 15 kvalifiserte fagmiljøer for Mitt livs ABC. Aldring og helse har ansvar for veiledning og oppfølging innen kompetanseområdene for satsingen samt direkte kontakt med kommuner som ikke er tilknyttet lokal underleverandør.

Oversikt over fagmiljøene som er underleverandører per 2017 fremstilles i tabell 2.

Tabell 2. Underleverandører for Mitt livs ABC, 2017.		
1	Østfold	USHT Østfold, Eidsberg
2	Akershus	Aldring og helse
3	Oslo	Senter for fagutvikling og forskning / USHT Oslo kommune
4	Hedmark	Aldring og helse
5	Oppland	USHT Oppland, Gjøvik kommune
6	Buskerud	USHT Buskerud, Drammen kommune
7	Vestfold	USHT Vestfold, Sandefjord kommune
8	Telemark	USHT Telemark, Porsgrunn kommune
9	Aust-Agder	Aldring og helse
10	Vest-Agder	Aldring og helse
11	Rogaland	USHT Rogaland, Stavanger kommune
11	Rogaland	USHT Helse Fonna, Haugesund kommune- Helse Fonna kommuner
12	Hordaland	USHT Helse Fonna, Haugesund kommune-Helse Fonna kommuner
12	Hordaland	Aldring og helse
14	Sogn og Fjordane	USHT Sogn og Fjordane, Førde Kommune
15	Møre og Romsdal	Aldring og helse
16	Sør-Trøndelag	USHT Sør-Trøndelag, Åfjord kommune
17	Nord-Trøndelag	Helse Nord-Trøndelag HF, Habiliteringstjenesten for voksne Klinikk for psykisk helsevern og rus
17	Nord-Trøndelag	Helse Nord-Trøndelag HF, Det Regionale kompetansesenter, Seksjon Alderspsykiatri / Geriatri, Sykehuset i Namsos
18	Nordland	USHT Nordland, Vestvågøy kommune
19	Troms	Kompetansenettverk LØKTA - Interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten i Midt Troms, Lenvik kommune
19	Troms	Aldring og helse
20	Finnmark	USHT Finnmark, Sør-Varanger kommune

Fagseminar og informasjonsmøter gjennomført i 2017

Underleverandørenes planer og rapporter registreres ved Aldring og helse, og materialet er grunnlag for rapportering og økonomiforvaltning.

For 2017 er 40 fagseminar gjennomført, og aktivitetene er fordelt mellom fagmiljøene etter oversikten i tabell 3.

Tabell 3. Fagseminar Mitt livs ABC Perm 1, 2017					
Underleverandører/ Kompetanseområde	USHT	Helse foretak	Kompetanse nettverk	Aldring og helse	Fagseminar totalt
Fagseminar 1	10	1	2	21	34
Fagseminar 2	3	0	0	3	6
Fagseminar per underleverandør	13	1	2	24	40

Det er registrert 20 informasjonsaktiviteter i 2017. Dette kan være avtalte møter med ledere i tjenesteområdene i kommunene, eller samarbeidsmøter/veiledningsmøter arrangert for flere kommuner ved ABC-kontakter. Det er også registrert infomøter ved innlegg eller stand på konferanser arrangert. Ofte er fylkesmannen aktør i samarbeidsmøter og på konferanser.

Kontaktpunkt og oppfølging av underleverandørene

Alle underleverandørene inviteres til en felles, årlig fag- og nettverkssamling som arrangeres i oppdraget med ABC-opplæringen.

E-registrering og digitale resurser for drift

Det arbeides videre med utvikling og utbedring av nettbasert deltakerregistrering, og databasen for oppfølging av gjennomføring, abcregistrering.no.

Arbeidet følges tett av merkantilt personell, som utøver support.

Høsten 2017 er nymodul for e-registrering av plan og rapport for fagseminarene utviklet.

Underleverandørene vil dermed få tilgang til kommuner, ved ABC-kontakter og gruppedeltakere for å lette arbeidet med planlegging og rapportering av fagseminarene. Datasystemene er utviklet til felles brukt for alle ABC-opplæringene.

I 2017 er det laget en Questback for å hente tilbakemeldinger fra deltakere i ABC-opplæringene.

Dette er under pågående implementering via databasen ABCregistrering.no, noe som skjer på nyåret i 2018. Aldring og helse har konsultert USHT Nord-Trøndelag for support og brukervedvirkning på dette.

Nettbasert oversikt over ABC-materiellet (Tillegg til oppdragsbrev for 2017)

Helsedirektoratet godkjente Aldring og helses søknader om å få omdisponere ubenyttede midler for 2017 på totalt kr 1 000 000, jf tillegg til oppdragsbrev datert 18.10.17.

Prosjektbeskrivelse ble oversendt Helsedirektoratet 23.11.17 og inkluderte følgende leveranser:

- Egen nettside som presenterer ABC-modellen
- Grafiske retningslinjer for ABC-modellen
- Presentasjonsmal for ABC-opplæringen basert på de nye grafiske retningslinjene
- Overordnet presentasjon av ABC-modellen
- To informasjonsfilmer om ABC-opplæringen og gruppeprosessen

Resultater

Nettside

Det nye nettstedet ble publisert for intern testing og feilsøking 18.12.2017. Lansering til publikum ble gjort like over nyttår.

Besøksstatistikk for abc.aldringoghelse.no pr. 20.2.2018:

Unike brukere:	3,232
Sesjoner:	4,381
Sidevisninger:	14,288
Gjennomsnittlig besøkstid:	2:27 minutter

Nåværende trender peker på at brukertallene stabiliserer seg på ca. 250 unike brukere pr. uke. Noe som – om denne trenden holder seg, vil gi ca. 13.000 unike brukere pr. år.

Av statistikken kan man se at de besøkende fordeler seg jevnt ut over hele landet. Det er også interessant å se at de mest populære sidene er «kom i gang» og «oppbygging».

Filmer

Filmene er implementert både på de nye nettsidene, men blir også aktivt brukt som en del av seminarene.

Grafisk profil på infomateriellet

I prosjektet er det laget en ny, overordnet grafisk profil for ABC-opplæringen. Hensikten er å skape gjenkjennelse til det særegne ved Aldring og helses ABC-opplæring, uavhengig av hvilke kompetanseområder man er interessert i. Tanken er å benytte samme grafiske profil på nettsider, samt ved revidering og nyskriving av opplæringsmateriellet.

Økonomi

Slik det framgår av bilag 5 i rammeavtalen «Mitt livs ABC – nasjonalt kompetansetiltak i tjenester til personer med utviklingshemning» for planperioden 2016-2020, samt oppdragsbrev, ble utgiftene for 2017 fakturert etterskuddsvis i henhold til justert budsjett.

Totalt er det fakturert kr 4 950 000,- for 2017. For detaljer se fakturagrunnlag.

Fakturagrunnlag Mitt livs ABC 2017	Budsjett 2017	Totalt fakturert 2017
Fagseminarer og infomøter 2017	kr 460 000	kr 566 000
Sum 2017	kr 460 000	kr 566 000
Koordinering og administrasjon		
Lønnskostnader fagstillinger til gjennomføring av tilbudet	kr 900 000	kr 900 000
Lønnskostnader til merkantile stillinger til gjennomføring av tilbudet	kr 300 000	kr 300 000
Totalt koordinering	kr 1 200 000	kr 1 200 000
Utgifter til administrasjon, gjennomføring og koordinering av fagseminar og informasjonsmøter	kr 340 000	kr 340 000
Utgifter til evalueringsseminar og referansegruppemøter	kr 350 000	kr 98 611
Utgifter til utarbeiding og oppdatering av opplæringsmaterie	kr 2 600 000	kr 2 222 404
Diverse kostnader		kr 522 985
Sum total	kr 4 950 000	kr 4 950 009
Beløp til fakturering:		kr 4 950 000

Det er også fakturert i henhold til tillegg til oppdragsbrev ref. 16/8161-21 (Demensomsorgens/Eldreomsorgens ABC) og 13/11069-35 (Mitt livs ABC) for ytterligere 1.500.000 jamfør godkjent budsjett. For detaljer se fakturagrunnlag.

Fakturagrunnlag

Demensplan 2020 – Tillegg til oppdragsbrev om ABC-opplæring for 2017; Demensomsorgens ABC/Eldreomsorgens ABC

Tillegg til oppdragsbrev Mitt livs ABC 2017

Budsjett	Beløp	
	Budsjett	Regnskap
Lønnskostnader		
Lønnskostnader koordinator inkl. estimerte timer desember	140 000	156 647
Faglig innhold	150 000	185 854
Digital ressurser internt	70 000	70 000
Utvikle digital løsninger, eksterne leverandører		
Headspinn illustrasjoner og grafisk arbeid		97 500
Headspinn 2 filmer		190 000
Creuna		710 000
Sum Utvikle digital løsninger, eksterne leverandører	1 050 000	997 500
Administrative kostnader	90 000	90 000
Totale utgifter	1 500 000	1 500 000

Faktura

Demensplan 2020 – Tillegg til oppdragsbrev om ABC-opplæring for 2017;

Demensomsorgens ABC/Eldreomsorgens ABC

Tillegg til oppdragsbrev Mitt livs ABC 2017

-500 000
-1 000 000

Mitt livs ABC - gruppedeltakere siden oppstart i 2016 t.o.m. 31.12.2017

Fylke	Kommune- nr	Kommune navn	A. Kursdeltakere med fullførte kurs	B. Fremdeles aktive kursdeltakere	A + B. Sum fullførte og fremdeles aktive kursdeltakere
Østfold Totalt			0	29	29
Akershus Totalt			0	169	169
Oslo Totalt			0	13	13
Hedmark Totalt			0	22	22
Oppland Totalt			0	57	57
Buskerud Totalt			0	0	0
Vestfold Totalt			0	0	0
Telemark Totalt			0	99	99
Aust-Agder Totalt			0	0	0
Vest-Agder Totalt			98	359	457
Rogaland Totalt			0	99	99
Hordaland Totalt			0	8	8
Sogn og Fjordane Totalt			14	202	216
Møre og romsdal Totalt			0	22	22
Sør-Trøndelag Totalt			0	17	17
Nord-Trøndelag Totalt			0	26	26
Nordland Totalt			0	149	149
Troms Totalt			0	46	46
Finnmark Totalt			0	111	111
Totalsum			112	1428	1540

ÅRSRAPPORT 2016 2017

Fagskolen Aldring og helse



- Demensomsorg og alderspsykiatri, Tønsberg
- Demensomsorg og alderspsykiatri, Lakselv
- Utviklingshemning og aldring, Tønsberg
- Utviklingshemning og aldring, Lakselv



Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning	3
1.1 Målsetting og kvalitetsarbeid	3
1.2 Studietilbud, studentgrupper og studiested.....	4
2. Metoder for innsamling av informasjon.....	5
3. Overordnet vurdering av utdanningskvaliteten	5
3.1 Kvantitative kvalitetsindikatorer	5
1) Tilstrømning og studenttall	6
2) Gjennomstrømning.....	8
3) Eksamenskarakterer	9
3.2 Kvalitative kvalitetsindikatorer	10
4) Utdanningenes relevans for arbeidslivet.....	11
5) Samarbeid med arbeidslivet.....	13
6) Arbeidsmåter i studiet.....	14
7) Tilbakemeldinger og veiledning for studentene.....	18
8) Informasjonsflyten.....	19
4. Vurdering av om studietilbudene fyller kravene for godkjenning i lov og forskrifter	21
4.1 Fagskoleloven	21
4.2 Fagskoleforskriften	21
5. Gjennomgang og vurdering av innkomne klager og klagebehandling	23
6. Vurdering og systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet.....	23
7. Konklusjon og plan for videre tiltak.....	24
8. Utviklingsarbeid i Fagskolen Aldring og helse.....	25
8.1 Utvikling av nye studietilbud	25
8.2 Utvikling av læringsressurser.....	26
9. Samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner	26
10. Kompetanseheving ansatte Fagskolen Aldring og helse	26



Sammendrag

- Det har vært rekordmange studenter i utdanningene skoleåret 2016 2017, og det har vært preget av høy aktivitet i både drift og utviklingsarbeid. Men det er fortsatt lav innsøking til studietilbudet Utviklingshemning og aldring.
- Studentene har fått lovfestet nye rettigheter innen klagebehandlingen og ny lokal klagenemnd er blitt oppnevnt av styringsgruppen ved Fagskolen Aldring og helse.
- Studentrepresentantene er organisert i studentråd.
- Det er kommet på plass en ny forskrift for opptak, studier og eksamen, i tråd med endringene i fagskoleloven.
- Det har vært en økning i henvendelser fra kommuner som etterspør utdanningene og samlingene lokalt for sine ansatte. Dialogmøter med kommunene og søknadsarbeid om godkjenning for nye studiesteder har vært en større aktivitet dette året sammenlignet med tidligere.
- Et nytt opplegg med samarbeidsavtaler og tettere kontakt med studentenes leder og arbeidsplasser har hatt fokus dette skoleåret.
- Det er behov for å utvikle bruk av digitale læringsverktøy og nettmøter i Fagskolen Aldring og helse.

1. Innledning

1.1 Målsetting og kvalitetsarbeid

Fagskoleutdanningene ved Fagskolen Aldring og helse skal inneha høy kvalitet som fremmer at studentene får læringsutbytte, slik studieplanen beskriver det. Det handler om at utdanningene er relevante for behovene i helsetjenestene og der studentene arbeider, og om et godt læringsmiljø der arbeids- og vurderingsformer og faglig innhold har høy kvalitet.

De overordnede målene for fagskoleutdanningene er styrende for kvalitetsarbeidet:

- Fagskolen Aldring og helse skal være spydspiss i utviklingen av fagskoleutdanning i demensomsorg og alderspsykiatri og Utviklingshemning og aldring i Norge. Gjennom drift av egne NOKUT-godkjente fagskoletilbud skal Aldring og helse utvikle en fagskoleutdanning innen sine fagområder som har gode, nettbaserte læringsarenaer og høy faglig kvalitet.
- Fagskolen Aldring og helse skal gjennom fagskoleutdanningene utdanne velkvalifiserte og reflekterte yrkesutøvere med høy yrkesetisk forståelse som bidrar til en kvalitativt bedre eldreomsorg

I årsrapportens kap. 2 beskrives hvor og hvordan kunnskapen som ligger til grunn for vurderingsarbeidet er innhentet.

I kap. 3 er det en overordnet vurdering av kvaliteten i utdanningene, inndelt i sentrale målområder for utdanningskvaliteten og i tråd med de overordnede målene for Fagskolen Aldring og helse. I de tre første målområdene brukes de valgte kvantitative indikatorene for utdanningen. Hvert målområde presenteres i tabellform. Det er styrker, svakheter og mulige årsakssammenhenger på bakgrunn av innsamlet informasjon fra studentadministrative systemet og fra evalueringene som blir lagt fram, og tiltak som er igangsatt.

I Kap 4 gjøres vurdering av om utdanningene ved Fagskolen Aldring og helse oppfyller lover og forskrifter.

Kap. 5 omhandler vurdering av innkomne klager og klagebehandlingen, og kap 6 er en vurdering og systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet.

I Kap 7 kommer konklusjonen på den overordnet vurderingen av kvaliteten i utdanningen og forslag til tiltak for å sikre eller heve utdanningskvaliteten.

Siste kapittel, Kap 8 omhandler utviklingsarbeidet i fagskolen skoleåret 2016-2017.

En bredere sammenfatning av evalueringer finnes i eget vedlegg til årsrapporten, «Sammenfatning 2016 2017».

1.2 Studietilbud, studentgrupper og studiested

Det er to studietilbud ved fagskolen; Demensomsorg og alderspsykiatri (DA) og Utviklingshemning og aldring (UA).

I tillegg til studiested i Tønsberg er Lakselv brukt som eget samlingsted for studenter som er hjemmehørende i Finnmark, for begge utdanningstilbudene. I 2017 har fagskolen søkt og fått godkjenninger for utdanningstilbud som har samlinger andre steder enn Tønsberg.

Det er fire utdanninger og tre studentgrupper eller kull innenfor hvert tilbud, til sammen seks kull.



2. Metoder for innsamling av informasjon

Informasjonen som legges til grunn for vurderingen er samlet inn i på grunn av fagskolens rutiner og kvalitetssystemet:

- Studieadministrativt system (studentdata)
- Evalueringsskjemaer og andre evalueringer fra
 - o Arbeidsgivere (66 % svarte i questback)
 - o Studenter (85 % svarte i questback)
 - o Studieleidere/lærere (100 % deltagelse, muntlig i evalueringsmøte)
 - o interne sensorer (100 % deltagelse, skjema)
- Innkomne og behandlede klager og avvik

3. Overordnet vurdering av utdanningskvaliteten

3.1 Kvantitative kvalitetsindikatorer

Disse kvantitative indikatorer, valgt av styringsgruppen, er lagt til grunn for vurderingen av utdanningskvaliteten skoleåret 2016 2017:

1) Tilstrømning og studenttall

2) Gjennomstrømning

3) Eksamenskarakterer

De er satt opp i tabellform og det er tatt med delmål, måltall/kritiske verdier, tiltak som har blitt gjort siden forrige årsrapport og hovedfunn/avvik. Det er videre gjort vurderinger om delmålene for hver kvalitetsindikator, hvorvidt de er nådd / i hvilken grad de er nådd, og det er pekt på mulige årsakssammenhenger. Effekt av igangsatte tiltak fra foregående år er også vurdert med tanke på ønsket effekt.

Se side 6-9

Indikator 1: Tilstrømning og studenttall

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskoletilbudet Demensomsorg og alderspsykiatri				
Studiested Tønsberg , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart	annonse tidsskrifter stand kurs/konf. web, FB via tidligere stud epost til kommuner tilgang til relevante kontakter Aldring og helse	25 ved oppstart	Tidligere studenter og studentenes arbeidsgivere peker seg ut som markedsførere. Søkertallet er langt lavere enn i fjor (46), men omtrent som for to år siden. Det kan være en naturlig svingning, og planlagt tilbud i Bergen, Hallingdal og Finnmark kan forklare nedgangen fra i fjor. Totalt antall studenter er langt høyere enn noen gang tidligere.
Studiested Alta , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart		28 ved oppstart	Her er det satsning fra arbeidslivet som kan forklare det høye måltall og måloppnåelsen- på tross av kort tid til rekruttering. Også tidligere samarbeid gir positiv uttelling.
Studiested Hallingdal , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart		22 ved oppstart	Her er det satsning fra arbeidslivet som kan forklare det høye måltall og måloppnåelsen - på tross av kort tid til rekruttering
Studiested Bergen , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart		8 søkere	Det var ikke grunnlag for oppstart av klasse i Bergen. Det var satsning fra arbeidslivet, det var kort tid til rekruttering. Det fungerte ikke i en stor bykommune og kanskje må rekrutteringen foregå på en annen måte

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskoletilbudet Utviklingshemning og aldring				
Studiested Tønsberg , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart	annonse tidsskrifter stand kurs/konf. web, FB via tidligere stud epost til kommuner tilgang til relevante kontakter Aldring og helse	13 ved oppstart	Måltallet ble økt fra i fjor, med tanke på at fjorårets antall (22), men nå er det som i 2015 (15) Studentenes ledere som peker seg ut som markedsførere (46,2%) Mindre tilstrømning til UA kan forklares med at studietilbudet fortsatt er nytt og ukjent, det er uteksaminert langt færre «ambassadører» enn i studietilbudet DA. Det kan også ha sammenheng med at fagfeltet er smalere. Det vises også til erfaringer fra andre prosjekter i regi av Aldring og helse at det kan være problematisk å nå ut med informasjon til de riktige personene og tjenestestedene.

Indikator 2: Gjennomstrømning

Frafall for kull 2015: 65 startet og 57 ble uteksaminerte juni 2017 Frafall: 88%. (Til sammenligning var det 80% forrige år)

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
På studiested Tønsberg Fagskoletilbudet Utviklingshennring og aldring fullfører studentene	80%	Tydelig informasjon i søksfasen og ved oppstart om arbeidsmengden i studiet Fokus på arbeidsmengde i revideringsarbeid av studiekrav	88%	Ingen avvik og resultatet sees i sammenheng med igangsatte tiltak.
På studiested Tønsberg, Demensomsorg og alderspsykiatri fullfører studentene	80%	For studenter som velger å avslutte vurderes tilrettelegginger som utsettelse på innleveringer, permisjon, hjelp til å søke stipend/støtte, osv.	79% (23 av 29)	Det foreligger omtrent samme forklaring på frafallet fra alle seks; personlige årsaker (sykdom, graviditet) og stress pga samlet for stor belastning. I evalueringene krysser bare 5,6 % av studentene for at arbeidsbelastningen er for stor. Siden studentene samlet anslår sin tidsbruk noe lavere enn det som står i informasjonsbrosjyren kan det se ut til at hovedårsakene ligger utenfor det fagskolen kan gjøre noe med. Det kan tenkes at de også stiller med manglende informasjon om arbeidsmengde. Det er mange studenter som har store stillingsbrøker, så det er ikke så overraskende at det oppleves krevende.
På studiested Lakselv Demensomsorg og alderspsykiatri fullfører studentene			100%	Studentenes deltagelse og gjennomføring er del av et prosjekt og satsning i et fylke. En felles innsats fra arbeidsliv og studieledere om at dette prosjektet skulle lykkes kan ha medvirket til 100 % måloppnåelse.

Indikator 3: Eksamenskarakterer

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskolen Aldring og helse uteksaminerer kandidater med høy kompetanse og høyt læringsutbytte	Ingen stryk, maks 20 % får D ca halvparten får C og resten får A og B	Planarbeidet i praksisoppgaver og avsluttende eksamen har økt fokus. Økt antall obligatorisk veiledninger, både tidlig, underveis og mot slutt i prosjektperioden. Studentene veiledes i større grad til bruk av kartleggingsverktøy, nyttige hjelpemidler i analysearbeidet. Reviderte læringsutbytte-beskrivelser Innspill til eksamensoppgavene i lærermøter referansegruppemøter, sensormøter Utviklet nye og gjenkjennende maler for alle studiekravene Utviklet nye sensorveiledninger	Samlet resultat: 56 uteksaminerte studenter A: 11 (19,6%) B: 20 (35,7%) C: 19 (33,9%) D: 6 (10,7%) UA Tønsberg 15 uteksaminerte studenter A: 7% B: 33 % C: 40 % D: 20 % Ingen stryk DA Tønsberg 22 uteksaminerte studenter A: 18% B: 32% C: 36% D: 14% Ingen stryk DA Finnmark 19 uteksaminerte studenter A: 32 % B: 42% C : 26 % Ingen stryk	Sammenlignet med foregående kull er det liten endring. Bruk av flere og andre eksterne sensorer enn tidligere bekrefter vurderes som en medvirkende årsak. Gjennomgående gode resultater og ingen stryk kan også forklares ved at det rekrutteres særlig faglig interesserte og målbevisste kandidater til studietilbudene våre. I DA Finnmark er de beste resultatene, og det er overraskende på bakgrunn av at alle som startet opp gjennomførte. Den store satsningen på denne studentgruppen og fokuset på prosjektet i Finnmark kan ha påvirket både studentenes og studieleders innsats.



3.2 Kvalitative kvalitetsindikatorer

Disse fem kvalitative indikatorer, er lagt til grunn for vurderingen av utdanningskvaliteten skoleåret 2016 2017:

4) Utdanningenes relevans for arbeidslivet

5) Samarbeid med arbeidslivet

6) Arbeidsmåter i studiet

7) Tilbakemeldinger og veiledning for studentene

8) Informasjonsflyten

Vurderingen av de kvalitative områdene er også satt inn i tabell og viser til delmål, måltall/kritiske verdier der det er aktuelt, tiltak som har blitt gjort siden forrige årsrapport og hovedfunn/avvik. Det er gjort vurderinger om delmålene for hver kvalitetsindikator, hvorvidt de er nådd / i hvilken grad de er nådd, og det er pekt på mulige årsakssammenhenger. Effekt av igangsatte tiltak fra foregående år er også vurdert med tanke på ønsket effekt.

Se side 11-20

Indikator 4: Praksisrelevans

Samtlige studenter har sitt daglige arbeid med målgruppen for valgt studietilbud.

De fleste jobber i sykehjem og boligjeneste, men flere har sitt arbeid i hjemmebaserte tjenester. I DA Finnmark var det 37,5 %, men blant de øvrige DA-studentene var det 16,9 % dette året. Blant UA studentene var det bare 2 som jobbet i hjemmebaserte tjenester og de var også fra Finnmark.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Resultat av evaluering/hovedfunn/Avvik	Igangsatte/pågående tiltak	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskoleutdanningen har høy grad av relevans for praksis	100%	100 % av ledere/praksiskontakter i alle utdanningene svarer «ja, absolutt» og «i stor grad» på spørsmål om fagskoleutdanningen gir nyttig kompetanse for avdelingen Både studenter og arbeidsgivere opplever fagskolens temaer og studiekraav som praksisnær og relevante i arbeidshverdagen. Studentens arbeidsgivere mener ordningen med praksis på egen arbeidsplass er relevant og mener at dette bidrar til økt kompetanse på arbeidsplassen. Ingen av ledere/praksiskontakter har krysset for at praksisoppgavene har dårlig relevans.	Fagskolen har tatt i bruk mal for studiekraav, der det er en definert praksisdel og refleksjonsdel i alle studiekraavene.	Som tidligere år har praksisrelevansen høy score for begge utdanningene. Det viser at studietilbudet er godt tilpasset arbeidslivets behov for kompetanse. Årsaken til høy scoring av refleksjon og drøfting av faglige spørsmål ser vi blant annet i sammenheng med oppgavetypen, som i stor grad er praksisrelaterte.

Kap 3.2. Kvalitative kvalitetsindikatorer. Indikator 4: Praksisrelevans

Mål	Kritiske verdier /måltall	Resultat av evaluering/hovedfunn/Avvik	Igangsatte/pågående tiltak	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskolen utdanner reflekterte yrkesutøvere	80 %	<u>DA:</u> 100 % av ledere/praksiskontakter i DA mener at det å ha en fagskoleutdannet kollega har bidratt til flere etiske refleksjoner og faglige drøftinger på arbeidsplassen.	Fagskolen har tatt i bruk mal for studiekrav, der det er en definert praksisdel og refleksjonsdel i alle studiekravene.	For lav måloppnåelsen i utdanningen UA skyldes dels at en leder svarer at han/hun ikke vet. Andre årsaker kan være knyttet til arbeidsmiljø og kultur for hvem i faggruppen som leder drøftinger og diskusjoner. Det kan også være slik at etisk refleksjon er et fokusområde på arbeidsplassen og det er vanskelig å koble det direkte til den som er fagskoleutdannete.
	80 %	<u>UA:</u> I UA er resultatet på 73 % når det gjelder etiske refleksjoner og 82% for drøfting av faglige spørsmål på arbeidsplassen.		

Indikator 5: Samarbeid med praksis

Samtlige studenter har sitt daglige arbeid med målgruppen for valgt studietilbud. De fleste jobber i sykehjem og boligjeneste, men flere har sitt arbeid i hjemmebaserte tjenester. I DA Finnmark var det 37,5 %, men blant de øvrige DA-studentene var det 16,9 % dette året. Blant UA studentene var det bare 2 som jobbet i hjemmebaserte tjenester og de var også fra Finnmark.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskolen sam-arbeider med praksis		Informasjon og samarbeidsmøter med studentens leder er utvidet og videreutviklet i DA.	Selv om arbeidsgiverne stort sett er fornøyd med informasjon (se indikator 8) så er det sendt inn kommentarer med ønske om mer informasjon og dialog med skolen. Studentene som ble uteksaminert dette året har scoret leders interesse for studiet og for det de har lært, til å være litt høyere enn fjoråret: 55 % mente de var interessert i år og 44 % i fjor. 29 % mente at de ikke var interessert, 23 % i år. 69 % i DA og 83 % av ledere/praksiskontakter i UA har krysset for at fagskolestudenten får endringer i ansvar og ansvarsoppgaver pga utdanningen	Ansvar for praksisgjennomføringen har fra oppstarten av fagskolen i stor grad vært definert som studentens ansvar, men endringer i krav til samarbeid skole-arbeidsplass har bidratt til en kursendring og mer fokus på samarbeid skole-praksisfelt. Informasjon og dialog skole - arbeidsliv kan bli enda bedre. Studentenes oppfatning av ledernes interesse kan skyldes mange forhold. Det kan skyldes økonomisk støtte /tilrettelegging, det å få nye oppgaver, om ledelsen er nær studenten i det daglige eller relasjonelle gode/dårlige forhold. Det er derfor heller ikke satt noe måltall for dette målområde. Studentene opplever en svak økning når det gjelder interesse fra ledere, og det kan muligens sees i sammenheng med at fagskolen har systematisk fokusert mer på kontakt med leder/praksiskontakt. På en annen side er det blitt et generelt større fokus på fagskoleutdanningene. KS har blant annet gjennomført en storstilt undersøkelse på vårparten 2017 vdr samarbeid kommuner og fagskoler

Indikator 6: Arbeidsmåter i studiet

Utdanningen har et bredt utvalg av arbeidsformer og det er særlig studentevalueringene som gir informasjon om hvorvidt disse fremmer læring og læringsutbytte.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fellessamlingene bidrar til sosial tilhørighet og gir læringsutbytte for studentene		Utvidet første samlingsuke med en dag	90 % mener at fellessamlingene er nyttig for arbeidet med studiekravene Studentene evaluerer foreleserne og studieledernes engasjement høyt. Timeplanen, temaene og faglige kvalitet vurderes også høyt. Forhold knyttet til temperatur og luftkvalitet i Tønsberg er ikke alltid like god.	Fellessamlingene fungerer godt i sin nåværende form når det gjelder omfang, sosialt og faglig. Studielederne mener at utvidelse av første samling fra 4 til 5 dager har bidratt til mindre stress og mulighet til å ha «normalt» antall timer i skoledagene Forhold knyttet til temperatur og luftkvalitet er viktige faktorer, men det er mulig å lufte/ sette inn ekstra varmeovner for å oppfylle nødvendige krav til skolelokaler.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Det er et mål at studieledere og studenter har det digitale klasserommet som et informasjonssted og «treffsted»	Målet er at mer enn halvparten av studentene er oftere enn 1 gang pr uke inne i klasserommet	studielederne bruker klasserommet som eneste informasjonskanal, ikke epost. Ukentlige triggere, faglige tips/henvisninger etc legges ut i klasserommet.	68 % er inne oftere enn en gang pr uke. Dette er en klar forbedring fra i forrige år, da det var 48 %. 93 % mener at klasserommet er greit og funksjonelt å bruke.	Studentene er inne i klasserommet hyppigere nå og det sees i sammenheng med pågående tiltak; at all informasjon legges i klasserommet og ikke sendes på epost.
	85 % av mener det er lett å finne informasjonen		74 % mener at det er lett å finne informasjonen fra lærerne	Årsaken til at informasjonen er vanskelig å finne for noen, kan skyldes at informasjonen legges ut på noen ulike steder. Men det er en sammenheng med studenter som ikke er så ofte inne i klasserommet som ikke finner lett fram .

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Nettmøtene bidrar til læring for studentene	<i>Målet er at under 10 % av studentene vurderer konferansene til lite faglig utbytte og flere enn 60 % at de er faglig inspirerende og nyttige</i>		83 % av studentene mente at det var passe mange konferanser 52 % har krysset for at det er faglig inspirerende og nyttig 13 % har krysset for at konferansene på nett gir lite faglig utbytte. Studentene har lagt inn mange kommentarer som beskriver utfordringer og problemer.	På bakgrunn av resultatene kan vi konkludere med at det er en nyttig arbeidsmåte. Det vurderes som en måte for faglige diskusjoner, forelesning og som et møtested mellom samlingene. Men det er flere tekniske og pedagogiske uløste problemer som studentene og studielederne har kommentert og utdypet: Lyd uten bilde (telefon) og evt støy påvirker konsentrasjonen negativt. For mange studenter i nettmøte gir lite rom for delaktighet og det blir venting. For lange nettsamlinger og gjentakelser er lite inspirerende. Dersom det må gjennomføres oppdateringer på utstyr blir det mye «fram og tilbake». Hvorvidt temaene er interessante betyr også noe.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Diskusjonsforum er en lærerik arbeidsform	60 % mener diskusjonsforum er lærerik måte å diskutere faglige spørsmål.		43 % av alle studentene mener diskusjonsforum er en fin og lærerik måte å diskutere faglige spørsmål. I Finnmark DA krysset 56 % av for at det var lærerikt. Samlet resultat for i fjor viste 33 % Det er 25 % som krysser for at forumet gir dem en nytteverdi i praksis. Det er flest fra DA som mener det, det er dobbelt så mange som hos UA-studentene.	Resultatene har en veldig svak økning, men måloppnåelsen er lav. Det kan ha sammenheng med at FB fungerer på en tilsvarende måte, så forumet er bare i aktivitet knyttet til det obligatoriske. Studentens aktivitet var større før FB. Studielederne vurderer noen av oppgavene i forum til å gi mange gode faglige drøftinger. Fagskolen har muligens for lite kunnskap om hvordan det best kan fungere som en god læringsmetode

Indikator 7: Tilbakemeldinger og veiledning

Utdanningen har et bredt utvalg av arbeidsformer og det er særlig studentevalueringene som gir informasjon om hvorvidt disse fremmer læring og læringsutbytte.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Studentene nyttiggjør seg tilbakemeldinger og veiledning	90 % bruker tilbakemeldingene aktivt 80% forstår godt rammene for oppgaveskriving		89 % svarer at de bruker tilbakemeldingene aktivt i arbeid med videre studiekrav. Det er en økning fra fjoråret, som også viste økning og var på 70 %. Det er 50-50 hvorvidt studentene bruker muligheten for endringer via mappevurderingen. Studentene mener at den informasjonen de får vdr retningslinjer og referansebruk i oppgaveskriving er lett å finne, men når det gjelder forståelsen av rammene for oppgaveskriving mener 58,4 % at den er god og 40,4 % middels. Dette var for øvrig helt nye spørsmål i evalueringen dette året. 80,3 % mente veiledningen i forbindelse med fordypningsoppgave/eksamen var godt tilpasset deres behov	Evalueringen viser at studentene nyttiggjør seg tilbakemeldinger på studiekrav stadig bedre og det sees i sammenheng med mappevurderingen. Ikke bruke muligheten som mappevurderingen gir, kan skyldes usikkerhet med hvordan mappevurderingen fungerer, men også på bakgrunn av vurdering og et valg. Studentene har nytte av veiledningene fordi : «veiledningen jeg fikk var veldig nyttig», «veldig oppløftende og inspirerende», «god veiledning, og trygt å vite at lærer bare er en telefon unna».

Indikator 8: Informasjonsflyten

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Studentene får tilstrekkelig informasjon og får kontakt med studieleder ved behov	100%	• Oppdatert informasjon på nettsidene • Gjentakende invitasjon til å ta kontakt på nett/sms/tlf	100 % mente at de hadde fått tilstrekkelig informasjon underveis i studiet og at de hadde fått kontakt med studieleder når de har hatt behov for det.	Det er nedskrevet forventet responstid (innen dagen etter henvendelsen, minus helg/høytider). Studielederne sier at de har stor forståelse for situasjonen til voksne studenter som er i arbeid, og ønsker å svare når som helst, bare de kan styre det selv.
Svarprosent fra ledere og praksiskontakter på questback	75%	• Kvalitetsikre epostadresser • Tidspunkt må ikke kolliderer med ferietid	Svarprosenten på questback er 66 % Det er mange detaljerte spørsmål vdr informasjonsflyten i questback	Svarprosenten er som i fjor, men fortsatt lavere enn måltallet, som er satt til 75%. Ledere har mange forhold å evaluere i sin virksomhet og det er ikke forventet at alle velger å svare på questback. I avsluttende samtale praksis- skole-student vil leder også gi sin tilbakemelding vdr samarbeidet og informasjonen som er gitt underveis, og gi oss ytterligere informasjon om dette forholdet. Fagskolen må vurdere en reduksjon og forenkling av spørsmålene på questback, det kan muligens bidra til at flere deltar i evalueringen.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Ledere/praksiskontakter får god informasjon fra fagskolen før start og underveis	80%	Utsendelsestidspunkt for første utsendelse unngår ferietiden Det brukes bare epost pga info fra tidligere evalueringer	Ledere/praksiskontakter har krysset for «ja, absolutt» og «i stor grad» på spørsmål om fått informasjon før (71,5%) og underveis (59%). En mer detaljert gjennomgang av dataene viser at 43 % fra UA har krysset for at de «i noen grad» har fått tilstrekkelig informasjon om praksisgjennomføring og tilrettelegging for studie før oppstart og underveis I DA er det 43% som har markert for «i noen grad» på spørsmålet om de har fått tilstrekkelig informasjon om faglige temaer, praksis og fellessamlinger underveis.	Informasjonen til praksisfeltet før studiestart har vært videreutviklet hvert år. F.eks. har tidspunkt for første informasjon vært mye diskutert, prøvd ut ulike tidspunkter og vurdert. Det at 43 % av lederne mener informasjonen dekker behovet i «noen grad» tror vi viser til et behov for mer kontakt både ved oppstart og underveis, og kan ha skyldes en økt interesse for samarbeid. Det er interessant i sammen med måleindikator 5, om samarbeid med arbeidslivet. Hvorvidt informasjon kommer direkte fra skolen eller via studenten er også et forhold som kan ha betydning for både forventningene og kvaliteten. I forbindelse med praksisoppgaver forventer fagskolen at studenten informerer og er den aktive. I DA er praksissamtalene og praksispermene på plass allerede 3-4 uker etter oppstart, og det kan forklare at etableringen og første informasjonen er mye bedre dekket hos DA enn hos UA. Tilbakemeldingene fra både ledere i UA og DA viser at det er behov for noe ulik informasjon underveis. Det kan være at dette behovet også er et uttrykk for behov for mer kontakt/møtepunkter, jfr måleindikator 5.



4. Vurdering av om studietilbudene fyller kravene for godkjenning i lov og forskrifter

4.1 Fagskoleloven

Lokal klagenemd

Revideringer i fagskoleloven 01.07.2016 har vært grunnlag for revideringer av sentrale dokumenter og ordninger dette skoleåret.

I fagskoleloven §13 stilles det krav om at det skal opprettes lokal klagenemnd og fagskolens særskilte klagenemd er dermed blitt erstattet av en ny lokal klagenemd og med nye krav til sammensetning. Leder og vara til nestleder må begge være jurister. De er begge rekruttert hos Fylkeskommunen i Vestfold. Det er også gjort avklaring på hvilke saker som behandles av styringsgruppen og av klagenemnden.

Ny forskrift om opptak, studier og eksamen for Fagskolen Aldring og helse

Jfr Fagskoleloven §§ 4 og 6 må det lages en forskrift om opptak og eksamen. I tråd med anbefalinger fra NOKUT ble den nye forskriften utarbeidet slik at den inkluderer klagemuligheter og andre bestemmelser som var i det tidligere studentreglementet, og den er erstatter dermed fagskolens tidligere studentreglement. Forskriften ble utarbeidet med juridisk bistand. Forskriften er kunngjort på Lovdata.

4.2 Fagskoleforskriften

Årsrapporten

I fagskoletilsynsforskriften stilles det krav til systembeskrivelsen og til beskrivelsen av målsetting for kvaliteten i utdanningen og hvordan det blir håndtert i årsrapporten. På bakgrunn av NOKUTs vurdering av innsendte årsrapport for 2015-2016 er det blitt utarbeidet og tatt i bruk en ny mal for årsrapporten til Styringsgruppen 2016-2017, som bedre skal kunne svare til kravene i Fagskoletilsynsforskriften og inngå i systembeskrivelsen.

Vurdering av hvorvidt utdanningene oppfyller krav til godkjenning er med som et eget vurderingspunkt i årsrapporten.

Politiattest ved opptak til fagskoleutdanning

I tråd med endringene i Fagskoleforskriften inneholder den nye Forskriften bestemmelser om at studenter må framvise politiattest ved oppstart.

Nytt organisasjonsnummer

I tråd med fagskoletilsynsforordningen har det blitt opprettet eget organisasjonsnummer i Enhetsregisteret for Fagskolen Aldring og helse

Godkjenninger NOKUT

Ved årsskifte ble Fagskolens administrasjon klar over at det manglet godkjenninger for de to utdanningene i Lakselv. Det skulle vært søkt egen godkjenning for tilbud som gjennomføres med samlinger på et nytt sted. Godkjenningen vi hadde gjaldt kun for samlinger i Tønsberg. Begge tilbudene med samlinger i Lakselv som startet i februar og oktober 2015 hadde ikke nødvendige godkjenninger hos NOKUT. Søknadsprosessen ble omfattende på bakgrunn at den nye Fagskoleforordningen var en del av denne godkjenningsprosessen.

20.03.2017 ble Demensomsorg og alderspsykiatri, studiested Lakselv og Utviklingshemning og aldring, studiested Lakselv godkjent. I tett dialog med både Lånekassen og NOKUT fikk den manglende godkjenningen ingen negative konsekvenser for studentene med studiested Lakselv.

Begge utdanningstilbudene i Tønsberg er også vurdert til å oppfylle krav til godkjenning jfr nye bestemmelser i lover og retningslinjer.

Studentorgan

Jfr Fagskoleloven § 4 skal tilbyder legge til rette for opprettelse av studentorgan for å ivareta studentenes interesser og samarbeid med ledelsen. Studentråd ble opprettet skoleåret 2016-2017. Det består av studentrepresentantene med hver sin vara, valgt i hvert sitt kull.

Leder har deltatt på Årsmøte 2016 for Organisasjon for norske fagskolestudenter. Studentene bruker samlingene og Face book som kommunikasjonsarena.

Ledelsen og studentråd har dialogmøter på telefon/nett.

5. Gjennomgang og vurdering av innkomne klager og klagebehandling

Det har vært klage på feil i utskrift av vitnemål. Det skyldes utfordringer med det student administrative systemet. Det administrative systemet er egenutviklet og basert på excel. Kvalitetssikringen på dataene som er lagt inn har blitt utvidet ytterligere. Det har ikke vært noen innkomne klagesaker fra studenter eller andre jfr klageordningen.

Bruk av klageordningen

Rutiner for klagebehandlingen er revidert dette året og skjemaer er oppdatert, i tråd med fagskoleloven og ny rutinebeskrivelse.

Ordningen og skjemaer til bruk for melding av avvik og klager er beskrevet på studentenes plattform og i fagskolens mappestruktur (for studieledere).

Studentene blir gjort oppmerksom av studieledelsen på fagskolens klageordning, så det er ingen grunn til å tro at manglende innkomne klager skyldes manglende informasjon. Det er også kontakt student og studieleder utenom de halvårige samlingsukene, noe som gir god mulighet til å etterspørre klageordningen. En annen side er at alle studentene er i et arbeidsforhold hvor de også forholder seg til kvalitetssystem og avviksrapportering. Det kan forklare at de har en trøtthet og ikke prioriterer denne aktiviteten i sin deltidsutdanning. Det er uheldig for fagskolen og det blir særlig viktig å informere og oppfordre til å melde fra skriftlig eller muntlig om det er saker, slik at vi får mulighet til å vurdere kvaliteten på bakgrunn av denne ordningen.

6. Vurdering og systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet

Rutinebeskrivelser og styrende dokumenter er oppdatert i tråd med endringer Fagskoleloven og Fagskoletilsynsforskriften.

- Ny mal for årsrapport er utviklet
- Rutinebeskrivelse for klagebehandling er revidert dette året.
- Rutine for etablering av studentorgan er godkjent og iverksatt.

7. Konklusjon og plan for videre tiltak

Dette kapitelet er en oppsummering i tabellform av punktene/kapitlene foran og beskriver hvilke tiltak som er planlagt for å sikre og heve kvaliteten for kommende år.

Helt til høyre er det bemerket hva som må føles opp av styringsgruppen.

Område for forbedring	Tiltak	Kritiske verdier / målsetning	Følges opp styringsgruppen (JA / NEI)
Tilstrømning til studietilbudet Utviklingshemning og aldring	Samarbeid med opplærings-ansvarlig og fagfolk i UA (møter x 2 pr år). Delta med stands på konferanser Samarbeid med Ålesund kommune.	<i>25 nye studenter ved neste opptak</i>	JA
Samarbeid med arbeidsplassen	Fortsette med strukturerte møter og tidlig kontakt med ledere/praksiskontakter. Utbedre og videreutvikle informasjon, slik at den også kommer underveis.	<i>80 % av ledere/praksiskontakter krysser for at de får god informasjon fra fagskolen før start og underveis</i>	NEI
Digitale arbeidsmåter: Nettmøtene	Læringsgrupper på nett. Ta i bruk Adobe connect. (Inngår i prosjekt «Læringsgrupper på nett», støttet av KD).	<i>Målet er at under 10 % av studentene vurderer konferansene til lite faglig utbytte og flere enn 60 % at de er faglig inspirerende og nyttige</i>	NEI
Digitale arbeidsmåter: Diskusjonsforum	Studiekravene i forum kobles sammen med andre oppgaver og diskuteres i læringsgruppene på nett. Fagskolen innhenter mer kunnskap om bruk av forum.	<i>Målet er at 60 % mener diskusjonsforum er lærerik måte å diskutere faglige spørsmål.</i>	NEI
Bruk av digitale læringsverktøy	Øke kompetanse og prøve ut digitale verktøy og metoder; programmert pedagogisk interaksjon og omvendt klasserom. (Inngår i prosjekt «PPI og omvendt undervisning», støttet av KD). Delta på Spor2017, e-læringskonf	<i>Økt motivasjon og læring</i>	NEI
Administrative funksjoner og oppgaver	Digital løsning for opptak. Vurdere behov for faglig administrativ kompetanse	<i>Elektronisk søknadsskjema til bruk v/opptaket 2018</i>	JA
Etablering av nye studiesteder	Beskrive ulike modeller/måter for etablering og samarbeid Avklare videre strategi	<i>Diskutert og besluttet strategi for etablering av nye studiesteder</i>	JA

8. Utviklingsarbeid i Fagskolen Aldring og helse

8.1 Utvikling av nye studietilbud

Finnmark og Hallingdal

Det pågående samarbeid om fagskoletilbud med Fylkesmannen og Fylkeskommunen i Finnmark som startet i februar 2015 ble ytterligere utvidet våren 2017. En ny studentgruppe i Demensomsorg og alderspsykiatri med oppstart i Alta høsten 2017 har blitt planlagt. Dette er et særlig tilbud til ansatte som er bosatt i Finnmark, og Fylkesmannen dekker fagskolens utgifter til reise og opphold i forbindelse med samlingene, ellers finansieres driften som vanlig av tilskuddsmidler som er forvaltet av Finnmark fylkeskommune. I dette prosjektet vil Alta kommune være vår samarbeidspart og en lokal fagperson blir tilknyttet som lærerressurs og deltar i oppfølgingen av studentene.

En tilsvarende henvendelse og samarbeid fra Hallingdalkommunene har også kommet i stand dette året og med oppstart høsten 2017. Det er også et samarbeid med ledelsen i kommunal pleieomsorgstjeneste og her er den lokale lærerressursen hentet fra videregående skole og helse- og oppvekst.

Bergen

I samarbeid med Bergen kommune ble det satt i gang et opptak i mai 2017, men rekrutteringsarbeidet kom for sent i gang og prosessen ble besluttet utsatt med tanke på høsten 2018

Ålesund

På bakgrunn av henvendelse fra Ålesund kommune er det startet et samarbeid med tjenesteledere fra tjenester for Utviklingshemning i Ålesund kommune og Undervisningssenter for sykehjem i Møre og Romsdal.

På bakgrunn av flere henvendelser om samarbeid og lokale samlinger, kan det virke som det er en ny trend. Det kan være et resultat av at fagskoleutdanningen har blitt mer kjent og fokusert som aktuell videreutdanning i kommunehelsetjenesten, og da er det ikke overraskende at det etterspørres akkurat innen våre fagområder.



8.2 Utvikling av læringsressurser

I 2016-2017 har det vært utgitt nye rapporter og bøker fra Forlaget Aldring og helse, som også er kommet studentene til gode. En bok om innvandrerkvinner og depresjon har blitt omarbeidet og utgitt på forlaget som ett nytt hefte med oppgaver og spørsmål, på bakgrunn av etterspørsel fra Fagskolen Aldring og helse.

Informasjonsavdelingen Aldring og helse har gjort opptak av forelesninger og redigert de til videoforelesninger for fagskolen, 4 stk.

Lærebok i Alderspsykiatri for fagskoleutdanning var planlagt, men er utsatt.

9. Samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner

Det er ikke formelt samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner, men det er som i tidligere år vært mye kontakt og utveksling med fagfolk og administrasjon ved Fagskolen i Vestfold.

Fagskolen i Innlandet er den eneste fagskoletilbyder i Norge som har godkjent studietilbudet Demensomsorg og alderspsykiatri og er en naturlig samarbeidspart. Det er påbegynt en tettere kontakt vdr pensum og studieoppgaver dette året.

På bakgrunn av mange henvendelser om videreutdanningstilbud i Utviklingshemning og aldring fra ansatte i boligtjenester som er bachelorutdannet, har fagskolen og Aldring og helse meldt det som et behov til Høgskolen Sør Øst. Fagskolen har deltatt i et møte.

Fagskolen deltar i et lokalt nettverk i Vestfold som heter Helsetankesmie. Her deltar ansatte i helseutdanninger og 1.- og 2. linjehelsetjenester for å utveksle, bygge nettverk og gode løsninger med fokus på blant annet kompetansespredning og bruk av kompetanse.

10. Kompetanseheving ansatte Fagskolen Aldring og helse

Av fem ansatte har fire startet med deltidsutdanning høsten 2016; to tar praktisk pedagogisk utdanning og to tar masterutdanning i yrkespedagogikk.

Utdanningsoppleggene med prosjektarbeider bidrar i stor grad til økt kunnskap om utdanningene i Fagskolen Aldring og helse og et mer solid grunnlag for utprøving og vurdering av nye tiltak.

Studentene får tilgang til sammenfatning av evalueringene og årsrapporten på Helsekompetanse.no

ÅRSRAPPORT 2016 2017

Fagskolen Aldring og helse



- Demensomsorg og alderspsykiatri, Tønsberg
- Demensomsorg og alderspsykiatri, Lakselv
- Utviklingshemning og aldring, Tønsberg
- Utviklingshemning og aldring, Lakselv



Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning	3
1.1 Målsetting og kvalitetsarbeid	3
1.2 Studietilbud, studentgrupper og studiested.....	4
2. Metoder for innsamling av informasjon.....	5
3. Overordnet vurdering av utdanningskvaliteten	5
3.1 Kvantitative kvalitetsindikatorer	5
1) Tilstrømning og studenttall	6
2) Gjennomstrømning.....	8
3) Eksamenskarakterer	9
3.2 Kvalitative kvalitetsindikatorer	10
4) Utdanningenes relevans for arbeidslivet.....	11
5) Samarbeid med arbeidslivet.....	13
6) Arbeidsmåter i studiet.....	14
7) Tilbakemeldinger og veiledning for studentene.....	18
8) Informasjonsflyten.....	19
4. Vurdering av om studietilbudene fyller kravene for godkjenning i lov og forskrifter	21
4.1 Fagskoleloven	21
4.2 Fagskoleforskriften	21
5. Gjennomgang og vurdering av innkomne klager og klagebehandling	23
6. Vurdering og systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet.....	23
7. Konklusjon og plan for videre tiltak.....	24
8. Utviklingsarbeid i Fagskolen Aldring og helse.....	25
8.1 Utvikling av nye studietilbud	25
8.2 Utvikling av læringsressurser.....	26
9. Samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner	26
10. Kompetanseheving ansatte Fagskolen Aldring og helse	26



Sammendrag

- Det har vært rekordmange studenter i utdanningene skoleåret 2016 2017, og det har vært preget av høy aktivitet i både drift og utviklingsarbeid. Men det er fortsatt lav innsøking til studietilbudet Utviklingshemning og aldring.
- Studentene har fått lovfestet nye rettigheter innen klagebehandlingen og ny lokal klagenemnd er blitt oppnevnt av styringsgruppen ved Fagskolen Aldring og helse.
- Studentrepresentantene er organisert i studentråd.
- Det er kommet på plass en ny forskrift for opptak, studier og eksamen, i tråd med endringene i fagskoleloven.
- Det har vært en økning i henvendelser fra kommuner som etterspør utdanningene og samlingene lokalt for sine ansatte. Dialogmøter med kommunene og søknadsarbeid om godkjenning for nye studiesteder har vært en større aktivitet dette året sammenlignet med tidligere.
- Et nytt opplegg med samarbeidsavtaler og tettere kontakt med studentenes leder og arbeidsplasser har hatt fokus dette skoleåret.
- Det er behov for å utvikle bruk av digitale læringsverktøy og nettmøter i Fagskolen Aldring og helse.

1. Innledning

1.1 Målsetting og kvalitetsarbeid

Fagskoleutdanningene ved Fagskolen Aldring og helse skal inneha høy kvalitet som fremmer at studentene får læringsutbytte, slik studieplanen beskriver det. Det handler om at utdanningene er relevante for behovene i helsetjenestene og der studentene arbeider, og om et godt læringsmiljø der arbeids- og vurderingsformer og faglig innhold har høy kvalitet.

De overordnede målene for fagskoleutdanningene er styrende for kvalitetsarbeidet:

- Fagskolen Aldring og helse skal være spydspiss i utviklingen av fagskoleutdanning i demensomsorg og alderspsykiatri og Utviklingshemning og aldring i Norge. Gjennom drift av egne NOKUT-godkjente fagskoletilbud skal Aldring og helse utvikle en fagskoleutdanning innen sine fagområder som har gode, nettbaserte læringsarenaer og høy faglig kvalitet.
- Fagskolen Aldring og helse skal gjennom fagskoleutdanningene utdanne velkvalifiserte og reflekterte yrkesutøvere med høy yrkesetisk forståelse som bidrar til en kvalitativt bedre eldreomsorg

I årsrapportens kap. 2 beskrives hvor og hvordan kunnskapen som ligger til grunn for vurderingsarbeidet er innhentet.

I kap. 3 er det en overordnet vurdering av kvaliteten i utdanningene, inndelt i sentrale målområder for utdanningskvaliteten og i tråd med de overordnede målene for Fagskolen Aldring og helse. I de tre første målområdene brukes de valgte kvantitative indikatorene for utdanningen. Hvert målområde presenteres i tabellform. Det er styrker, svakheter og mulige årsakssammenhenger på bakgrunn av innsamlet informasjon fra studentadministrative systemet og fra evalueringene som blir lagt fram, og tiltak som er igangsatt.

I Kap 4 gjøres vurdering av om utdanningene ved Fagskolen Aldring og helse oppfyller lover og forskrifter.

Kap. 5 omhandler vurdering av innkomne klager og klagebehandlingen, og kap 6 er en vurdering og systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet.

I Kap 7 kommer konklusjonen på den overordnet vurderingen av kvaliteten i utdanningen og forslag til tiltak for å sikre eller heve utdanningskvaliteten.

Siste kapittel, Kap 8 omhandler utviklingsarbeidet i fagskolen skoleåret 2016-2017.

En bredere sammenfatning av evalueringer finnes i eget vedlegg til årsrapporten, «Sammenfatning 2016 2017».

1.2 Studietilbud, studentgrupper og studiested

Det er to studietilbud ved fagskolen; Demensomsorg og alderspsykiatri (DA) og Utviklingshemning og aldring (UA).

I tillegg til studiested i Tønsberg er Lakselv brukt som eget samlingsted for studenter som er hjemmehørende i Finnmark, for begge utdanningstilbudene. I 2017 har fagskolen søkt og fått godkjenninger for utdanningstilbud som har samlinger andre steder enn Tønsberg.

Det er fire utdanninger og tre studentgrupper eller kull innenfor hvert tilbud, til sammen seks kull.



2. Metoder for innsamling av informasjon

Informasjonen som legges til grunn for vurderingen er samlet inn i på grunn av fagskolens rutiner og kvalitetssystemet:

- Studieadministrativt system (studentdata)
- Evalueringsskjemaer og andre evalueringer fra
 - o Arbeidsgivere (66 % svarte i questback)
 - o Studenter (85 % svarte i questback)
 - o Studieleidere/lærere (100 % deltagelse, muntlig i evalueringsmøte)
 - o interne sensorer (100 % deltagelse, skjema)
- Innkomne og behandlede klager og avvik

3. Overordnet vurdering av utdanningskvaliteten

3.1 Kvantitative kvalitetsindikatorer

Disse kvantitative indikatorer, valgt av styringsgruppen, er lagt til grunn for vurderingen av utdanningskvaliteten skoleåret 2016 2017:

1) Tilstrømning og studenttall

2) Gjennomstrømning

3) Eksamenskarakterer

De er satt opp i tabellform og det er tatt med delmål, måltall/kritiske verdier, tiltak som har blitt gjort siden forrige årsrapport og hovedfunn/avvik. Det er videre gjort vurderinger om delmålene for hver kvalitetsindikator, hvorvidt de er nådd / i hvilken grad de er nådd, og det er pekt på mulige årsakssammenhenger. Effekt av igangsatte tiltak fra foregående år er også vurdert med tanke på ønsket effekt.

Se side 6-9

Indikator 1: Tilstrømning og studenttall

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskoletilbudet Demensomsorg og alderspsykiatri				
Studiested Tønsberg , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart	annonse tidsskrifter stand kurs/konf. web, FB via tidligere stud epost til kommuner tilgang til relevante kontakter Aldring og helse	25 ved oppstart	Tidligere studenter og studentenes arbeidsgivere peker seg ut som markedsførere. Søkertallet er langt lavere enn i fjor (46), men omtrent som for to år siden. Det kan være en naturlig svingning, og planlagt tilbud i Bergen, Hallingdal og Finnmark kan forklare nedgangen fra i fjor. Totalt antall studenter er langt høyere enn noen gang tidligere.
Studiested Alta , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart		28 ved oppstart	Her er det satsning fra arbeidslivet som kan forklare det høye måltall og måloppnåelsen- på tross av kort tid til rekruttering. Også tidligere samarbeid gir positiv uttelling.
Studiested Hallingdal , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart		22 ved oppstart	Her er det satsning fra arbeidslivet som kan forklare det høye måltall og måloppnåelsen - på tross av kort tid til rekruttering
Studiested Bergen , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart		8 søkere	Det var ikke grunnlag for oppstart av klasse i Bergen. Det var satsning fra arbeidslivet, det var kort tid til rekruttering. Det fungerte ikke i en stor bykommune og kanskje må rekrutteringen foregå på en annen måte

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskoletilbudet Utviklingshemning og aldring				
Studiested Tønsberg , er kjent og foretrukket	20 ved oppstart	annonse tidsskrifter stand kurs/konf. web, FB via tidligere stud epost til kommuner tilgang til relevante kontakter Aldring og helse	13 ved oppstart	Måltallet ble økt fra i fjor, med tanke på at fjorårets antall (22), men nå er det som i 2015 (15) Studentenes ledere som peker seg ut som markedsførere (46,2%) Mindre tilstrømning til UA kan forklares med at studietilbudet fortsatt er nytt og ukjent, det er uteksaminert langt færre «ambassadører» enn i studietilbudet DA. Det kan også ha sammenheng med at fagfeltet er smalere. Det vises også til erfaringer fra andre prosjekter i regi av Aldring og helse at det kan være problematisk å nå ut med informasjon til de riktige personene og tjenestestedene.

Indikator 2: Gjennomstrømning

Frafall for kull 2015: 65 startet og 57 ble uteksaminerte juni 2017 Frafall: 88%. (Til sammenligning var det 80% forrige år)

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
På studiested Tønsberg Fagskoletilbudet Utviklingshennring og aldring fullfører studentene	80%	Tydelig informasjon i søksfasen og ved oppstart om arbeidsmengden i studiet Fokus på arbeidsmengde i revideringsarbeid av studiekrav	88%	Ingen avvik og resultatet sees i sammenheng med igangsatte tiltak.
På studiested Tønsberg, Demensomsorg og alderspsykiatri fullfører studentene	80%	For studenter som velger å avslutte vurderes tilrettelegginger som utsettelse på innleveringer, permisjon, hjelp til å søke stipend/støtte, osv.	79% (23 av 29)	Det foreligger omtrent samme forklaring på frafallet fra alle seks; personlige årsaker (sykdom, graviditet) og stress pga samlet for stor belastning. I evalueringene krysser bare 5,6 % av studentene for at arbeidsbelastningen er for stor. Siden studentene samlet anslår sin tidsbruk noe lavere enn det som står i informasjonsbrosjyren kan det se ut til at hovedårsakene ligger utenfor det fagskolen kan gjøre noe med. Det kan tenkes at de også stiller med manglende informasjon om arbeidsmengde. Det er mange studenter som har store stillingsbrøker, så det er ikke så overraskende at det oppleves krevende.
På studiested Lakselv Demensomsorg og alderspsykiatri fullfører studentene			100%	Studentenes deltagelse og gjennomføring er del av et prosjekt og satsning i et fylke. En felles innsats fra arbeidsliv og studieledere om at dette prosjektet skulle lykkes kan ha medvirket til 100 % måloppnåelse.

Indikator 3: Eksamenskarakterer

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskolen Aldring og helse uteksaminerer kandidater med høy kompetanse og høyt læringsutbytte	Ingen stryk, maks 20 % får D ca halvparten får C og resten får A og B	Planarbeidet i praksisoppgaver og avsluttende eksamen har økt fokus. Økt antall obligatorisk veiledninger , både tidlig, underveis og mot slutt i prosjektperioden. Studentene veiledes i større grad til bruk av kartleggingsverktøy , nyttige hjelpemidler i analysearbeidet. Reviderte læringsutbytte-beskrivelser Innspill til eksamensoppgavene i lærermøter referansegruppemøter, sensormøter Utviklet nye og gjenkjennende maler for alle studiekravene Utviklet nye sensorveiledninger	Samlet resultat: 56 uteksaminerte studenter A: 11 (19,6%) B: 20 (35,7%) C: 19 (33,9%) D: 6 (10,7%) UA Tønsberg 15 uteksaminerte studenter A: 7% B: 33 % C: 40 % D: 20 % Ingen stryk DA Tønsberg 22 uteksaminerte studenter A: 18% B: 32% C: 36% D: 14% Ingen stryk DA Finnmark 19 uteksaminerte studenter A: 32 % B: 42% C : 26 % Ingen stryk	Sammenlignet med foregående kull er det liten endring. Bruk av flere og andre eksterne sensorer enn tidligere bekrefter vurderes som en medvirkende årsak. Gjennomgående gode resultater og ingen stryk kan også forklares ved at det rekrutteres særlig faglig interesserte og målbevisste kandidater til studietilbudene våre. I DA Finnmark er de beste resultatene, og det er overraskende på bakgrunn av at alle som startet opp gjennomførte. Den store satsningen på denne studentgruppen og fokuset på prosjektet i Finnmark kan ha påvirket både studentenes og studieleders innsats.



3.2 Kvalitative kvalitetsindikatorer

Disse fem kvalitative indikatorer, er lagt til grunn for vurderingen av utdanningskvaliteten skoleåret 2016 2017:

4) Utdanningenes relevans for arbeidslivet

5) Samarbeid med arbeidslivet

6) Arbeidsmåter i studiet

7) Tilbakemeldinger og veiledning for studentene

8) Informasjonsflyten

Vurderingen av de kvalitative områdene er også satt inn i tabell og viser til delmål, måltall/kritiske verdier der det er aktuelt, tiltak som har blitt gjort siden forrige årsrapport og hovedfunn/avvik. Det er gjort vurderinger om delmålene for hver kvalitetsindikator, hvorvidt de er nådd / i hvilken grad de er nådd, og det er pekt på mulige årsakssammenhenger. Effekt av igangsatte tiltak fra foregående år er også vurdert med tanke på ønsket effekt.

Se side 11-20

Indikator 4: Praksisrelevans

Samtlige studenter har sitt daglige arbeid med målgruppen for valgt studietilbud.

De fleste jobber i sykehjem og boligjeneste, men flere har sitt arbeid i hjemmebaserte tjenester. I DA Finnmark var det 37,5 %, men blant de øvrige DA-studentene var det 16,9 % dette året. Blant UA studentene var det bare 2 som jobbet i hjemmebaserte tjenester og de var også fra Finnmark.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Resultat av evaluering/hovedfunn/Avvik	Igangsatte/pågående tiltak	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskoleutdanningen har høy grad av relevans for praksis	100%	100 % av ledere/praksiskontakter i alle utdanningene svarer «ja, absolutt» og «i stor grad» på spørsmål om fagskoleutdanningen gir nyttig kompetanse for avdelingen Både studenter og arbeidsgivere opplever fagskolens temaer og studiekrav som praksisnær og relevante i arbeidshverdagen. Studentens arbeidsgivere mener ordningen med praksis på egen arbeidsplass er relevant og mener at dette bidrar til økt kompetanse på arbeidsplassen. Ingen av ledere/praksiskontakter har krysset for at praksisoppgavene har dårlig relevans.	Fagskolen har tatt i bruk mal for studiekrav, der det er en definert praksisdel og refleksjonsdel i alle studiekravene.	Som tidligere år har praksisrelevansen høy score for begge utdanningene. Det viser at studietilbudet er godt tilpasset arbeidslivets behov for kompetanse. Årsaken til høy scoring av refleksjon og drøfting av faglige spørsmål ser vi blant annet i sammenheng med oppgavetypen, som i stor grad er praksisrelaterte.

Kap 3.2. Kvalitative kvalitetsindikatorer. Indikator 4: Praksisrelevans

Mål	Kritiske verdier /måltall	Resultat av evaluering/hovedfunn/Avvik	Igangsatte/pågående tiltak	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskolen utdanner reflekterte yrkesutøvere	80 %	<u>DA:</u> 100 % av ledere/praksiskontakter i DA mener at det å ha en fagskoleutdannet kollega har bidratt til flere etiske refleksjoner og faglige drøftinger på arbeidsplassen.	Fagskolen har tatt i bruk mal for studiekrav, der det er en definert praksisdel og refleksjonsdel i alle studiekravene.	For lav måloppnåelsen i utdanningen UA skyldes dels at en leder svarer at han/hun ikke vet. Andre årsaker kan være knyttet til arbeidsmiljø og kultur for hvem i faggruppen som leder drøftinger og diskusjoner. Det kan også være slik at etisk refleksjon er et fokusområde på arbeidsplassen og det er vanskelig å koble det direkte til den som er fagskoleutdannete.
	80 %	<u>UA:</u> I UA er resultatet på 73 % når det gjelder etiske refleksjoner og 82% for drøfting av faglige spørsmål på arbeidsplassen.		

Indikator 5: Samarbeid med praksis

Samtlige studenter har sitt daglige arbeid med målgruppen for valgt studietilbud. De fleste jobber i sykehjem og boligjeneste, men flere har sitt arbeid i hjemmebaserte tjenester. I DA Finnmark var det 37,5 %, men blant de øvrige DA-studentene var det 16,9 % dette året. Blant UA studentene var det bare 2 som jobbet i hjemmebaserte tjenester og de var også fra Finnmark.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fagskolen sam-arbeider med praksis		Informasjon og samarbeidsmøter med studentens leder er utvidet og videreutviklet i DA.	Selv om arbeidsgiverne stort sett er fornøyd med informasjon (se indikator 8) så er det sendt inn kommentarer med ønske om mer informasjon og dialog med skolen. Studentene som ble uteksaminert dette året har scoret leders interesse for studiet og for det de har lært, til å være litt høyere enn fjoråret: 55 % mente de var interessert i år og 44 % i fjor. 29 % mente at de ikke var interessert, 23 % i år. 69 % i DA og 83 % av ledere/praksiskontakter i UA har krysset for at fagskolestudenten får endringer i ansvar og ansvarsoppgaver pga utdanningen	Ansvaret for praksisgjennomføringen har fra oppstarten av fagskolen i stor grad vært definert som studentens ansvar, men endringer i krav til samarbeid skole-arbeidsplass har bidratt til en kursendring og mer fokus på samarbeid skole-praksisfelt. Informasjon og dialog skole - arbeidsliv kan bli enda bedre. Studentenes oppfatning av ledernes interesse kan skyldes mange forhold. Det kan skyldes økonomisk støtte /tilrettelegging, det å få nye oppgaver, om ledelsen er nær studenten i det daglige eller relasjonelle gode/dårlige forhold. Det er derfor heller ikke satt noe måltall for dette målområde. Studentene opplever en svak økning når det gjelder interesse fra ledere, og det kan muligens sees i sammenheng med at fagskolen har systematisk fokusert mer på kontakt med leder/praksiskontakt. På en annen side er det blitt et generelt større fokus på fagskoleutdanningene. KS har blant annet gjennomført en storstilt undersøkelse på vårparten 2017 vdr samarbeid kommuner og fagskoler

Indikator 6: Arbeidsmåter i studiet

Utdanningen har et bredt utvalg av arbeidsformer og det er særlig studentevalueringene som gir informasjon om hvorvidt disse fremmer læring og læringsutbytte.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Fellessamlingene bidrar til sosial tilhørighet og gir læringsutbytte for studentene		Utvidet første samlingsuke med en dag	90 % mener at fellessamlingene er nyttig for arbeidet med studiekravene Studentene evaluerer foreleserne og studieledernes engasjement høyt. Timeplanen, temaene og faglige kvalitet vurderes også høyt. Forhold knyttet til temperatur og luftkvalitet i Tønsberg er ikke alltid like god.	Fellessamlingene fungerer godt i sin nåværende form når det gjelder omfang, sosialt og faglig. Studielederne mener at utvidelse av første samling fra 4 til 5 dager har bidratt til mindre stress og mulighet til å ha «normalt» antall timer i skoledagene Forhold knyttet til temperatur og luftkvalitet er viktige faktorer, men det er mulig å lufte/ sette inn ekstra varmeovner for å oppfylle nødvendige krav til skolelokaler.

Kap 3.2. Kvalitative kvalitetsindikatorer. Indikator 6: Arbejdsmåter

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Det er et mål at studieledere og studenter har det digitale klasserommet som et informasjonssted og «treffsted»	<i>Målet er at mer enn halvparten av studentene er oftere enn 1 gang pr uke inne i klasserommet</i>	studielederne bruker klasserommet som eneste informasjonskanal, ikke epost. Ukentlige triggere, faglige tips/henvisninger etc legges ut i klasserommet.	68 % er inne oftere enn én gang pr uke. Dette er en klar forbedring fra i forrige år, da det var 48 %. 93 % mener at klasserommet er greit og funksjonelt å bruke.	Studentene er inne i klasserommet hyppigere nå og det sees i sammenheng med pågående tiltak; at all informasjon legges i klasserommet og ikke sendes på epost.
	<i>85 % av mener det er lett å finne informasjonen</i>		74 % mener at det er lett å finne informasjonen fra lærerne	Årsaken til at informasjonen er vanskelig å finne for noen, kan skyldes at informasjonen legges ut på noen ulike steder. Men det er en sammenheng med studenter som ikke er så ofte inne i klasserommet som ikke finner lett fram .

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Nettmøtene bidrar til læring for studentene	<i>Målet er at under 10 % av studentene vurderer konferansene til lite faglig utbytte og flere enn 60 % at de er faglig inspirerende og nyttige</i>		83 % av studentene mente at det var passe mange konferanser 52 % har krysset for at det er faglig inspirerende og nyttig 13 % har krysset for at konferansene på nett gir lite faglig utbytte. Studentene har lagt inn mange kommentarer som beskriver utfordringer og problemer.	På bakgrunn av resultatene kan vi konkludere med at det er en nyttig arbeidsmåte. Det vurderes som en måte for faglige diskusjoner, forelesning og som et møtested mellom samlingene. Men det er flere tekniske og pedagogiske uløste problemer som studentene og studielederne har kommentert og utdypet: Lyd uten bilde (telefon) og evt støy påvirker konsentrasjonen negativt. For mange studenter i nettmøte gir lite rom for delaktighet og det blir venting. For lange nettsamlinger og gjentakelser er lite inspirerende. Dersom det må gjennomføres oppdateringer på utstyr blir det mye «fram og tilbake». Hvorvidt temaene er interessante betyr også noe.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Diskusjonsforum er en lærerik arbeidsform	60 % mener diskusjonsforum er lærerik måte å diskutere faglige spørsmål.		43 % av alle studentene mener diskusjonsforum er en fin og lærerik måte å diskutere faglige spørsmål. I Finnmark DA krysset 56 % av for at det var lærerikt. Samlet resultat for i fjor viste 33 % Det er 25 % som krysser for at forumet gir dem en nytteverdi i praksis. Det er flest fra DA som mener det, det er dobbelt så mange som hos UA-studentene.	Resultatene har en veldig svak økning, men måloppnåelsen er lav. Det kan ha sammenheng med at FB fungerer på en tilsvarende måte, så forumet er bare i aktivitet knyttet til det obligatoriske. Studentens aktivitet var større før FB. Studielederne vurderer noen av oppgavene i forum til å gi mange gode faglige drøftinger. Fagskolen har muligens for lite kunnskap om hvordan det best kan fungere som en god læringsmetode

Indikator 7: Tilbakemeldinger og veiledning

Utdanningen har et bredt utvalg av arbeidsformer og det er særlig studentevalueringene som gir informasjon om hvorvidt disse fremmer læring og læringsutbytte.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Studentene nyttiggjør seg tilbakemeldinger og veiledning	90 % bruker tilbakemeldingene aktivt 80% forstår godt rammene for oppgaveskriving		89 % svarer at de bruker tilbakemeldingene aktivt i arbeid med videre studiekrav. Det er en økning fra fjoråret, som også viste økning og var på 70 %. Det er 50-50 hvorvidt studentene bruker muligheten for endringer via mappevurderingen. Studentene mener at den informasjonen de får vdr retningslinjer og referansebruk i oppgaveskriving er lett å finne, men når det gjelder forståelsen av rammene for oppgaveskriving mener 58,4 % at den er god og 40,4 % middels. Dette var for øvrig helt nye spørsmål i evalueringen dette året. 80,3 % mente veiledningen i forbindelse med fordypningsoppgave/eksamen var godt tilpasset deres behov	Evalueringen viser at studentene nyttiggjør seg tilbakemeldinger på studiekrav stadig bedre og det sees i sammenheng med mappevurderingen. Ikke bruke muligheten som mappevurderingen gir, kan skyldes usikkerhet med hvordan mappevurderingen fungerer, men også på bakgrunn av vurdering og et valg. Studentene har nytte av veiledningene fordi : «veiledningen jeg fikk var veldig nyttig», «veldig oppløftende og inspirerende», «god veiledning, og trygt å vite at lærer bare er en telefon unna».

Indikator 8: Informasjonsflyten

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Studentene får tilstrekkelig informasjon og får kontakt med studieleder ved behov	100%	• Oppdatert informasjon på nettsidene • Gjentakende invitasjon til å ta kontakt på nett/sms/tlf	100 % mente at de hadde fått tilstrekkelig informasjon underveis i studiet og at de hadde fått kontakt med studieleder når de har hatt behov for det.	Det er nedskrevet forventet responstid (innen dagen etter henvendelsen, minus helg/høytider). Studielederne sier at de har stor forståelse for situasjonen til voksne studenter som er i arbeid, og ønsker å svare når som helst, bare de kan styre det selv.
Svarprosent fra ledere og praksiskontakter på questback	75%	• Kvalitetsikre epostadresser • Tidspunkt må ikke kolliderer med ferietid	Svarprosenten på questback er 66 % Det er mange detaljerte spørsmål vdr informasjonsflyten i questback	Svarprosenten er som i fjor, men fortsatt lavere enn måltallet, som er satt til 75%. Ledere har mange forhold å evaluere i sin virksomhet og det er ikke forventet at alle velger å svare på questback. I avsluttende samtale praksis- skole-student vil leder også gi sin tilbakemelding vdr samarbeidet og informasjonen som er gitt underveis, og gi oss ytterligere informasjon om dette forholdet. Fagskolen må vurdere en reduksjon og forenkling av spørsmålene på questback, det kan muligens bidra til at flere deltar i evalueringen.

Mål	Kritiske verdier /måltall	Igangsatte/ pågående tiltak	Resultat av evaluering/ hovedfunn/ avvik	Vurdering måloppnåelse, mulige årsakssammenhenger
Ledere/praksiskontakter får god informasjon fra fagskolen før start og underveis	80%	Utsendelsestidspunkt for første utsendelse unngår ferietiden Det brukes bare epost pga info fra tidligere evalueringer	Ledere/praksiskontakter har kryssset for «ja, absolutt» og «i stor grad» på spørsmål om fått informasjon før (71,5%) og underveis (59%). En mer detaljert gjennomgang av dataene viser at 43 % fra UA har kryssset for at de «i noen grad» har fått tilstrekkelig informasjon om praksisgjennomføring og tilrettelegging for studie før oppstart og underveis I DA er det 43% som har markert for «i noen grad» på spørsmålet om de har fått tilstrekkelig informasjon om faglige temaer, praksis og fellessamlinger underveis.	Informasjonen til praksisfeltet før studiestart har vært videreutviklet hvert år. F.eks. har tidspunkt for første informasjon vært mye diskutert, prøvd ut ulike tidspunkter og vurdert. Det at 43 % av lederne mener informasjonen dekker behovet i «noen grad» tror vi viser til et behov for mer kontakt både ved oppstart og underveis, og kan ha skyldes en økt interesse for samarbeid. Det er interessant i sammen med måleindikator 5, om samarbeid med arbeidslivet. Hvorvidt informasjon kommer direkte fra skolen eller via studenten er også et forhold som kan ha betydning for både forventningene og kvaliteten. I forbindelse med praksisoppgaver forventer fagskolen at studenten informerer og er den aktive. I DA er praksissamtalene og praksispermene på plass allerede 3-4 uker etter oppstart, og det kan forklare at etableringen og første informasjonen er mye bedre dekket hos DA enn hos UA. Tilbakemeldingene fra både ledere i UA og DA viser at det er behov for noe ulik informasjon underveis. Det kan være at dette behovet også er et uttrykk for behov for mer kontakt/møtepunkter, jfr måleindikator 5.



4. Vurdering av om studietilbudene fyller kravene for godkjenning i lov og forskrifter

4.1 Fagskoleloven

Lokal klagenemd

Revideringer i fagskoleloven 01.07.2016 har vært grunnlag for revideringer av sentrale dokumenter og ordninger dette skoleåret.

I fagskoleloven §13 stilles det krav om at det skal opprettes lokal klagenemnd og fagskolens særskilte klagenemd er dermed blitt erstattet av en ny lokal klagenemd og med nye krav til sammensetning. Leder og vara til nestleder må begge være jurister. De er begge rekruttert hos Fylkeskommunen i Vestfold. Det er også gjort avklaring på hvilke saker som behandles av styringsgruppen og av klagenemnden.

Ny forskrift om opptak, studier og eksamen for Fagskolen Aldring og helse

Jfr Fagskoleloven §§ 4 og 6 må det lages en forskrift om opptak og eksamen. I tråd med anbefalinger fra NOKUT ble den nye forskriften utarbeidet slik at den inkluderer klagemuligheter og andre bestemmelser som var i det tidligere studentreglementet, og den er erstatter dermed fagskolens tidligere studentreglement. Forskriften ble utarbeidet med juridisk bistand. Forskriften er kunngjort på Lovdata.

4.2 Fagskoleforskriften

Årsrapporten

I fagskoletilsynsforskriften stilles det krav til systembeskrivelsen og til beskrivelsen av målsetting for kvaliteten i utdanningen og hvordan det blir håndtert i årsrapporten. På bakgrunn av NOKUTs vurdering av innsendte årsrapport for 2015-2016 er det blitt utarbeidet og tatt i bruk en ny mal for årsrapporten til Styringsgruppen 2016-2017, som bedre skal kunne svare til kravene i Fagskoletilsynsforskriften og inngå i systembeskrivelsen.

Vurdering av hvorvidt utdanningene oppfyller krav til godkjenning er med som et eget vurderingspunkt i årsrapporten.

Politiattest ved opptak til fagskoleutdanning

I tråd med endringene i Fagskoleforskriften inneholder den nye Forskriften bestemmelser om at studenter må framvise politiattest ved oppstart.

Nytt organisasjonsnummer

I tråd med fagskoletilsynsforordningen har det blitt opprettet eget organisasjonsnummer i Enhetsregisteret for Fagskolen Aldring og helse

Godkjenninger NOKUT

Ved årsskifte ble Fagskolens administrasjon klar over at det manglet godkjenninger for de to utdanningene i Lakselv. Det skulle vært søkt egen godkjenning for tilbud som gjennomføres med samlinger på et nytt sted. Godkjenningen vi hadde gjaldt kun for samlinger i Tønsberg. Begge tilbudene med samlinger i Lakselv som startet i februar og oktober 2015 hadde ikke nødvendige godkjenninger hos NOKUT. Søknadsprosessen ble omfattende på bakgrunn at den nye Fagskoleforordningen var en del av denne godkjenningsprosessen.

20.03.2017 ble Demensomsorg og alderspsykiatri, studiested Lakselv og Utviklingshemning og aldring, studiested Lakselv godkjent. I tett dialog med både Lånekassen og NOKUT fikk den manglende godkjenningen ingen negative konsekvenser for studentene med studiested Lakselv.

Begge utdanningstilbudene i Tønsberg er også vurdert til å oppfylle krav til godkjenning jfr nye bestemmelser i lover og retningslinjer.

Studentorgan

Jfr Fagskoleloven § 4 skal tilbyder legge til rette for opprettelse av studentorgan for å ivareta studentenes interesser og samarbeid med ledelsen. Studentråd ble opprettet skoleåret 2016-2017. Det består av studentrepresentantene med hver sin vara, valgt i hvert sitt kull.

Leder har deltatt på Årsmøte 2016 for Organisasjon for norske fagskolestudenter. Studentene bruker samlingene og Face book som kommunikasjonsarena.

Ledelsen og studentråd har dialogmøter på telefon/nett.

5. Gjennomgang og vurdering av innkomne klager og klagebehandling

Det har vært klage på feil i utskrift av vitnemål. Det skyldes utfordringer med det student administrative systemet. Det administrative systemet er egenutviklet og basert på excel. Kvalitetssikringen på dataene som er lagt inn har blitt utvidet ytterligere. Det har ikke vært noen innkomne klagesaker fra studenter eller andre jfr klageordningen.

Bruk av klageordningen

Rutiner for klagebehandlingen er revidert dette året og skjemaer er oppdatert, i tråd med fagskoleloven og ny rutinebeskrivelse.

Ordningen og skjemaer til bruk for melding av avvik og klager er beskrevet på studentenes plattform og i fagskolens mappestruktur (for studieledere).

Studentene blir gjort oppmerksom av studieledelsen på fagskolens klageordning, så det er ingen grunn til å tro at manglende innkomne klager skyldes manglende informasjon. Det er også kontakt student og studieleder utenom de halvårige samlingsukene, noe som gir god mulighet til å etterspørre klageordningen. En annen side er at alle studentene er i et arbeidsforhold hvor de også forholder seg til kvalitetssystem og avviksrapportering. Det kan forklare at de har en trøtthet og ikke prioriterer denne aktiviteten i sin deltidsutdanning. Det er uheldig for fagskolen og det blir særlig viktig å informere og oppfordre til å melde fra skriftlig eller muntlig om det er saker, slik at vi får mulighet til å vurdere kvaliteten på bakgrunn av denne ordningen.

6. Vurdering og systematisk gjennomgang av kvalitetssystemet

Rutinebeskrivelser og styrende dokumenter er oppdatert i tråd med endringer Fagskoleloven og Fagskoletilsynsforskriften.

- Ny mal for årsrapport er utviklet
- Rutinebeskrivelse for klagebehandling er revidert dette året.
- Rutine for etablering av studentorgan er godkjent og iverksatt.

7. Konklusjon og plan for videre tiltak

Dette kapitelet er en oppsummering i tabellform av punktene/kapitlene foran og beskriver hvilke tiltak som er planlagt for å sikre og heve kvaliteten for kommende år.

Helt til høyre er det bemerket hva som må føles opp av styringsgruppen.

Område for forbedring	Tiltak	Kritiske verdier / målsetning	Følges opp styringsgruppen (JA / NEI)
Tilstrømning til studietilbudet Utviklingshemning og aldring	Samarbeid med opplærings-ansvarlig og fagfolk i UA (møter x 2 pr år). Delta med stands på konferanser Samarbeid med Ålesund kommune.	<i>25 nye studenter ved neste opptak</i>	JA
Samarbeid med arbeidsplassen	Fortsette med strukturerte møter og tidlig kontakt med ledere/praksiskontakter. Utbedre og videreutvikle informasjon, slik at den også kommer underveis.	<i>80 % av ledere/praksiskontakter krysser for at de får god informasjon fra fagskolen før start og underveis</i>	NEI
Digitale arbeidsmåter: Nettmøtene	Læringsgrupper på nett. Ta i bruk Adobe connect. (Inngår i prosjekt «Læringsgrupper på nett», støttet av KD).	<i>Målet er at under 10 % av studentene vurderer konferansene til lite faglig utbytte og flere enn 60 % at de er faglig inspirerende og nyttige</i>	NEI
Digitale arbeidsmåter: Diskusjonsforum	Studiekravene i forum kobles sammen med andre oppgaver og diskuteres i læringsgruppene på nett. Fagskolen innhenter mer kunnskap om bruk av forum.	<i>Målet er at 60 % mener diskusjonsforum er lærerik måte å diskutere faglige spørsmål.</i>	NEI
Bruk av digitale læringsverktøy	Øke kompetanse og prøve ut digitale verktøy og metoder; programmert pedagogisk interaksjon og omvendt klasserom. (Inngår i prosjekt «PPI og omvendt undervisning», støttet av KD). Delta på Spor2017, e-læringskonf	<i>Økt motivasjon og læring</i>	NEI
Administrative funksjoner og oppgaver	Digital løsning for opptak. Vurdere behov for faglig administrativ kompetanse	<i>Elektronisk søknadsskjema til bruk v/opptaket 2018</i>	JA
Etablering av nye studiesteder	Beskrive ulike modeller/måter for etablering og samarbeid Avklare videre strategi	<i>Diskutert og besluttet strategi for etablering av nye studiesteder</i>	JA

8. Utviklingsarbeid i Fagskolen Aldring og helse

8.1 Utvikling av nye studietilbud

Finnmark og Hallingdal

Det pågående samarbeid om fagskoletilbud med Fylkesmannen og Fylkeskommunen i Finnmark som startet i februar 2015 ble ytterligere utvidet våren 2017. En ny studentgruppe i Demensomsorg og alderspsykiatri med oppstart i Alta høsten 2017 har blitt planlagt. Dette er et særlig tilbud til ansatte som er bosatt i Finnmark, og Fylkesmannen dekker fagskolens utgifter til reise og opphold i forbindelse med samlingene, ellers finansieres driften som vanlig av tilskuddsmidler som er forvaltet av Finnmark fylkeskommune. I dette prosjektet vil Alta kommune være vår samarbeidspart og en lokal fagperson blir tilknyttet som lærerressurs og deltar i oppfølgingen av studentene.

En tilsvarende henvendelse og samarbeid fra Hallingdalkommunene har også kommet i stand dette året og med oppstart høsten 2017. Det er også et samarbeid med ledelsen i kommunal pleieomsorgstjeneste og her er den lokale lærerressursen hentet fra videregående skole og helse- og oppvekst.

Bergen

I samarbeid med Bergen kommune ble det satt i gang et opptak i mai 2017, men rekrutteringsarbeidet kom for sent i gang og prosessen ble besluttet utsatt med tanke på høsten 2018

Ålesund

På bakgrunn av henvendelse fra Ålesund kommune er det startet et samarbeid med tjenesteledere fra tjenester for Utviklingshemning i Ålesund kommune og Undervisningssenter for sykehjem i Møre og Romsdal.

På bakgrunn av flere henvendelser om samarbeid og lokale samlinger, kan det virke som det er en ny trend. Det kan være et resultat av at fagskoleutdanningen har blitt mer kjent og fokusert som aktuell videreutdanning i kommunehelsetjenesten, og da er det ikke overraskende at det etterspørres akkurat innen våre fagområder.



8.2 Utvikling av læringsressurser

I 2016-2017 har det vært utgitt nye rapporter og bøker fra Forlaget Aldring og helse, som også er kommet studentene til gode. En bok om innvandrerkvinner og depresjon har blitt omarbeidet og utgitt på forlaget som ett nytt hefte med oppgaver og spørsmål, på bakgrunn av etterspørsel fra Fagskolen Aldring og helse.

Informasjonsavdelingen Aldring og helse har gjort opptak av forelesninger og redigert de til videoforelesninger for fagskolen, 4 stk.

Lærebok i Alderspsykiatri for fagskoleutdanning var planlagt, men er utsatt.

9. Samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner

Det er ikke formelt samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner, men det er som i tidligere år vært mye kontakt og utveksling med fagfolk og administrasjon ved Fagskolen i Vestfold.

Fagskolen i Innlandet er den eneste fagskoletilbyder i Norge som har godkjent studietilbudet Demensomsorg og alderspsykiatri og er en naturlig samarbeidspart. Det er påbegynt en tettere kontakt vdr pensum og studieoppgaver dette året.

På bakgrunn av mange henvendelser om videreutdanningstilbud i Utviklingshemning og aldring fra ansatte i boligtjenester som er bachelorutdannet, har fagskolen og Aldring og helse meldt det som et behov til Høgskolen Sør Øst. Fagskolen har deltatt i et møte.

Fagskolen deltar i et lokalt nettverk i Vestfold som heter Helsetankesmie. Her deltar ansatte i helseutdanninger og 1.- og 2. linjehelsetjenester for å utveksle, bygge nettverk og gode løsninger med fokus på blant annet kompetansespredning og bruk av kompetanse.

10. Kompetanseheving ansatte Fagskolen Aldring og helse

Av fem ansatte har fire startet med deltidsutdanning høsten 2016; to tar praktisk pedagogisk utdanning og to tar masterutdanning i yrkespedagogikk.

Utdanningsoppleggene med prosjektarbeider bidrar i stor grad til økt kunnskap om utdanningene i Fagskolen Aldring og helse og et mer solid grunnlag for utprøving og vurdering av nye tiltak.

Studentene får tilgang til sammenfatning av evalueringene og årsrapporten på Helsekompetanse.no

ÅRSRAPPORT 2017

Tittel på tiltak/prosjekt:

Bistand i utviklingsprosjekter og utviklingstiltak i Demensplan 2020

Ref: 17/3509-5

Budsjettår: 2017

Frist: 01.03.18

Rapport skrevet av: Guro H. Bjørkløf

Prosjektansvarlig: Guro H. Bjørkløf

Kort beskrivelse av prosjektet:

Aldring og helse viser til rammeavtale signert 7.4.17 og oppdragsbrev for 2017 datert 19.7.17.

Helsedirektoratet har bedt Aldring og helse om bistand inn i utviklingsprosjekter og utviklingstiltak i demensplan 2020. Oppdraget omfatter:

1. Delta i arbeidsgruppen i Helsedirektoratet for utviklingsprosjektet *Systematisk oppfølging etter demensdiagnose*.
2. Delta i arbeidsgruppen i Helsedirektoratet for utviklingsprosjektet *Tjenester til hjemmeboende personer med demens*.
3. Bistå Helsedirektoratet i arbeidet med slutføring og implementering av Nasjonal faglig retningslinje om demens.

Målgrupper for prosjektet er kommuner som yter tjenester for personer med demens og deres familier.

Rapportering for oppdraget i 2017

Ut fra spesifisering av oppdraget for 2017, vil vi her gi en kort beskrivelse av status for oppdraget.

1. *Deltagelse i arbeidsgruppen i Helsedirektoratet for utviklingsprosjektet Systematisk oppfølging etter demensdiagnose.*

Status: Aldring og helse (AH) har deltatt i arbeidsgruppen oppnevnt av Helsedirektoratet for prosjektet. AH har deltatt på prosjektmøter i Helsedirektoratet og bidratt i planlegging av samlinger med prosjektkommunene. AH har bidratt med faglig innhold, praktisk gjennomføring og evaluering av samlingene. Videre har AH gitt råd og veiledning til kommuner i utviklingsprosjektene gjennom deltakelse på videomøter, telefonveiledninger og mail. AH har også gjennomført generell veiledning av andre kommuner som har hatt spørsmål innenfor områdene for utviklingsprosjektene, samt opprettet et Forum for prosjektkommunene for gjensidig utveksling av informasjon og erfaringer i prosjektperioden. AH har utarbeidet tekst om «Utredning, behandling og oppfølging etter diagnose» som ligger på Aldring og helses hjemmeside. Prosjektleder: Mona Michelet. Prosjektmedarbeider: Thea Skarpengland

Ekstern evaluering

Arbeidet med å planlegge og starte med ekstern evaluering av kommunenes prosjekter er i gang. På samlingene har prosjektkommunene fått generell innføring i prosjektevaluering av AH. De har også mottatt innledende informasjon knyttet til noen pålagte fellesfaktorer (spørsmål) i kommunenes individuelle brukerundersøkelser som skal være en del av kommunenes individuelle prosjektevaluering, og videre skal anvendes inn i grunnlaget for den eksterne evalueringen.

Prosjektleder: Øyvind Kirkevold

2. *Deltagelse i arbeidsgruppen i Helsedirektoratet for utviklingsprosjektet Tjenester til hjemmeboende med demens.*

Status: Aldring og helse (AH) har deltatt i arbeidsgruppen oppnevnt av Helsedirektoratet for prosjektet. AH som del av prosjektgruppen har gjennom møter, telefoner og mail vært i løpende dialog med Helsedirektoratet i hele prosjektperioden 2017. AH har sammen med arbeidsgruppen bistått kommuner med veiledning knyttet til planlegging og gjennomføring av deres individuelle prosjekter. I tillegg har AH bidratt i planleggingen, gjennomføring og evaluering av fellessamling i september, samt planlegging av samling i januar 2018. AH har arbeidet med en tekst om «Tjenester i hjemmet» som er publisert på Aldring og helses hjemmeside.

Prosjektleder: Signe Tretteteig. Prosjektmedarbeidere: Thea Skarpengland og Mona Michelet

Ekstern evaluering

På samlingene har prosjektkommunene fått generell innføring i prosjektevaluering av AH. De har også mottatt innledende informasjon knyttet til noen pålagte fellesfaktorer (spørsmål) i kommunenes individuelle brukerundersøkelser som skal være en del av kommunenes individuelle prosjektevaluering, og videre skal anvendes inn i grunnlaget for den eksterne evalueringen.

Prosjektleder: Øyvind Kirkevold

3. *Bistå Helsedirektoratet i arbeidet med slutføring og implementering av Nasjonal faglig retningslinje om demens. Delprosjekt 3 gjennomføres i form av åtte underprosjekter med hver sin prosjektleder:*

a. *Ferdigstille demensretningslinjen i samarbeid med Helsedirektoratet.*

Status: De siste to kapitlene i Nasjonal faglig retningslinje om demens; «Utvidet utredning» og «Lindrende behandling», ble ferdigstilt høsten 2017 og hele retningslinjen ble lansert på Demensdagene desember 2017. Gjennom året ble det avholdt presentasjoner om demensretningslinjen i ulike fylker (i fylkesmannsregi).

Prosjektleder: Hilde Heimli

b. *Digitalisering av fagstoff demens ihht demensretningslinjen.*

Status: Fagstoff publisert på AHs nye hjemmesider 2017.

Prosjektleder: Guro H. Bjørkløf

c. Håndbok om demens og arbeidsliv

Status: Litteratursøk er foretatt og referansegruppe er opprettet. Utkast sent til Helsedirektoratet 22.12.17. Prosjektmøte i Helsedirektoratet om innhold til manus 4. januar, 2018. Planlagt ferdigstilling manus før sommer 2018. Grafisk arbeid og trykk høst 2018.
Prosjektleder: Per Kristian Haugen.

d. Håndbok for utvidet utredning av kognitiv svikt og demens.

Status: Det er satt ned en redaksjonskomité og bekreftelser på bidrag fra forfattere innhentet. Dummykapittel er under arbeid. Boken skal ferdigstilles i løpet av 2018.
Prosjektleder: Thale Kinne Rønqvist.

e. Oversettelse av Lancet Commission rapport.

Status: Ferdig oversatt rapport til norsk fra engelsk språk. Rapport presentert på Demensdagene 2017.
Prosjektleder: Geir Selbæk

f. MMSE-Nr.3. Oversettelse fra norsk til nordsamisk språk og kultur.

Status: Oversettelser ferdig 2017. Kulturtilpasning og grafisk arbeid, trykk 2018, etter avtale med Helsedirektoratet.
Prosjektleder: Guro H. Bjørkløf

g. Revidering av kartleggingsverktøy for kognitiv svikt og demens.

Status: Det er satt ned en arbeidsgruppe som jobber med revideringen for å sikre at skjemaene er oppdatert for basisutredning i tråd med demensretningslinjen. Oppdraget vil etter planen ferdigstilles i 2018 og blir tilgjengelig på våre nettsider. Prosjektleder: Thale Kinne Rønqvist (2017)

h. Oversettelse av Rudas-manual fra engelsk språk til norsk.

Status: Ferdig oversatt manual 2017 fra engelsk til norsk språk. Methodenotat skrevet og vedlagt materiell innsendt Helsedirektoratet.
Prosjektleder: Guro H. Bjørkløf

Merknader: Tiltak under implementering av retningslinjen; oversettelse av MMSE-NR3 til nordsamisk er ikke ferdig som avtalt innen fristen 2017. Helsedirektoratet er løpende orientert og oversettelse av testen er planlagt ferdigstilt i 2018.

Øvrige punkter i prosjektgjennomføringen har gått som planlagt.

Økonomi:

Prosjektet hadde en økonomisk ramme på to millioner kroner i 2017. Budsjettet ble benyttet i sin helhet og fakturert Helsedirektoratet i desember 2017.

I fakturaen for siste kvartal ble utgifter for desember estimert og tatt med i fakturaen. Endelig årsregnskap fremkommer i regnskapet under.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse

Årsregnskap Bistand i utviklingsprosjekter og utviklingstiltak i Demensplan 2020

	Budsjett 2017	Årregnskap 2017
Lønn	1 259 581	1 114 211
Digitale ressurser	122 419	263 349
Diverse reise og møteutgifter	50 000	44 676
Administrative kostnader	358 000	358 000
Eksterne tjenester og utvikling av materiell	210 000	219 764
Sum utgifter	2 000 000	2 000 000

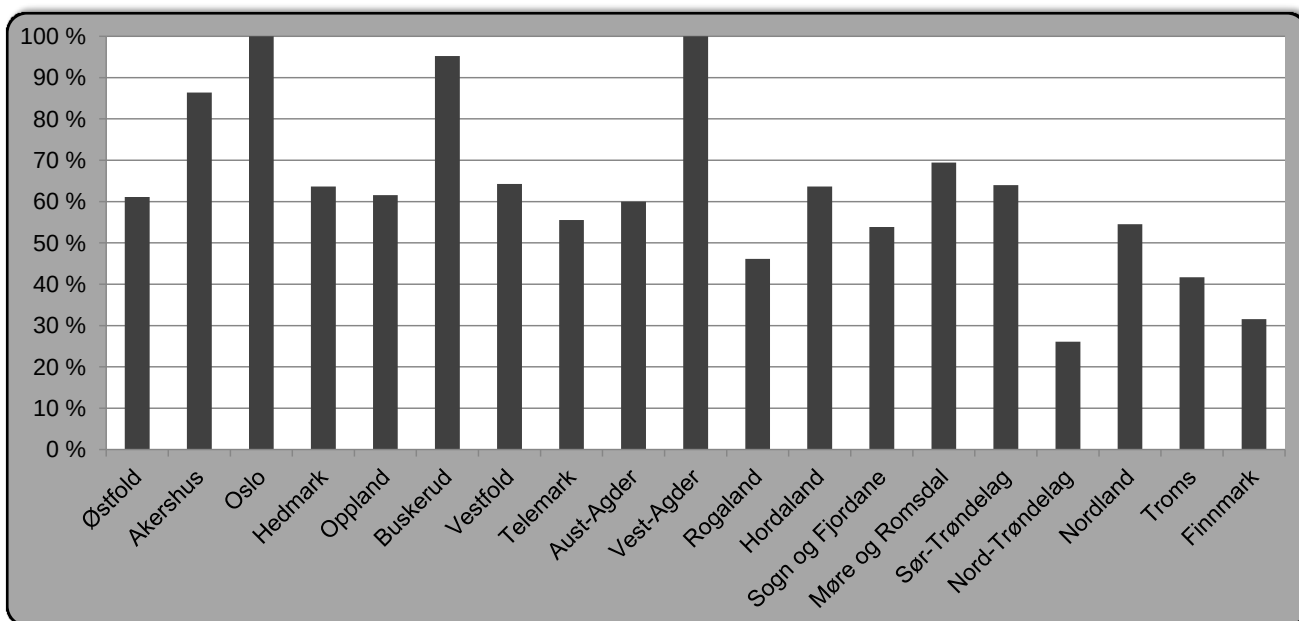
Lønnsutgifter gjelder lønn for arbeid i forbindelse med koordinering, utvikling av skriftlig materiell, generell veiledning, kompetanseutvikling, samt arbeid med evaluering innen de ulike delprosjektene.

Digitale ressurser gjelder kostnader som er benyttet til å utvikle digitale plattformer som nettsider og forum.

Eksterne tjenester og utvikling av materiell omfatter kostnader til eksterne forfattere, språkvask, oversettelser og design.

Brukermedvirkning i planlegging og/eller gjennomføring av prosjekter

1. Utarbeidelse av *Håndbok for utvidet utredning av kognitiv svikt og demens*.
Det er opprettet en referansegruppe med personer som skal lese gjennom og kommentere heftet på to tidspunkt i prosessen. Medlemmene i referansegruppa er:
 1. Charity van Delft, psykologspesialist i NAV
 2. Wencke Størseth, pårørende
 3. Kurt Danielsen, rektor
 4. Rolf Møller, bedriftslege
2. I arbeidet med oversettelsen av *MMSE-NR3 til nord-samisk* er Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester til den samiske befolkningen i Finnmark representert ved Kristine Gaup. I tillegg er demenssykepleier fra Kautokeino kommune representert ved Britt-Kirsti Johansen.



SKJEMA FOR STATUSRAPPORT

Budsjettår: 2017

Tittel på tiltak/prosjekt: Forekomst av demens i Norge

Budsjettkapittel og –post: Rammeavtale

Frist: 1.mars 2018

Rapporten sendes til: Helsedirektoratet

Prosjektansvarlig kontaktperson ved Aldring og helse: Geir Selbæk

Kort beskrivelse av prosjektet:

Per i dag finnes det ingen gyldige estimater for forekomsten av demens i Norge. Anslagene varierer fra 70 000 til 104 000. Det høyeste anslaget er dermed 50 prosent større enn det laveste. Dette vanskeliggjør planlegging av tjenestetilbudet til personer med demens i riktig omfang i dagens situasjon, samt å lage pålitelige estimater for tjenestebehov i fremtiden. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse gjennomfører på oppdrag fra Helsedirektoratet i perioden 2016-2020 en undersøkelse av forekomsten av demens i Norge.

Formålet med prosjektet er å lage valide estimater ut fra kjønn og alder for forekomst av demens i Norge. Videre skal prosjektet gi mulighet for synergier innen utviklingsarbeid og forskning.

Datainnsamlingen i *Forekomst av demens i Norge* gjennomføres sammen med den fjerde datainnsamlingen i befolkningsundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 2017-2019 (HUNT4). I tillegg vil forekomsttallene testes i andre utvalg, fortrinnsvis i et storbyutvalg. Vi vil i samarbeid med Trondheim kommune og sykepleierutdanningen ved NTNU inkludere et utvalg fra Trondheim i forekomstprosjektet.

Alle voksne i tidligere Nord-Trøndelag (23 kommuner) vil få invitasjon til å delta i HUNT4 på en teststasjon i sin kommune. Alle over 70 år vil samtidig få tilbud om å delta på HUNT 70+. Der tilbys de undersøkelse med et veletablert kartleggings skjema for kognitiv svikt og demenssykdom, Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA) og Ten-Word-Recall test. I tillegg vil det bli innhentet informasjon om subjektiv kognitiv svikt og beskrivelse av eventuell symptomutvikling. Deltagere der resultatene tyder på kognitiv svikt av en slik grad at det er mistanke om demenssykdom, vil bli spurt om vi kan kontakte komparent for å gjennomføre pårørendeintervju. Komparent intervjuer med standardiserte skjema som benyttes i demensutredning for innhenting av informasjon om observerte kognitive og atferdsmessige endringer og om dagens funksjonsnivå hos deltageren. Hjemmeboende skrapelige eldre som ønsker å delta vil bli kartlagt i hjemmet med tilsvarende undersøkelse som de som møter på teststasjon og med eventuelt oppfølgingsintervju av pårørende. Eldre som bor på sykehjem vil bli kartlagt med egen protokoll, tilpasset deres funksjonsnivå. Her vil pårørendeintervju gjennomføres på hele utvalget.

Forekomstundersøkelsen vil ha samarbeid med de 23 kommunene i tidligere Nord-Trøndelag i gjennomføringen. Tredjeårs sykepleiestudenter ved Nord universitet (Levanger og Namsos) får opplæring i datainnsamlingen og bistår med kartlegging mens de er i kommunal praksis.

I samarbeid med flere hukommelsesklinikker og kommunale hukommelsesteam gjennomføres det en valideringsstudie av MoCA. Valideringsstudien bidrar med informasjon om hvilke terskelverdier for demens som skal benyttes for denne testen i Forekomst av demens i Norge.

Informasjon om personer med demens som er under 70 år innhentes i samarbeid med prosjektet Ung-Demens ved Sigrid Sando og Linda White NTNU med stipendiat Marte Kvello-Alme. De gjennomfører en prevalensstudie av demens hos personer under 65 år i Trøndelag. Data fra denne undersøkelsen vil tilpasses til å inngå i prevalenstillene på forekomst av demens i Norge. Ung-Demens skal innhente informasjon fra alle kommunene i tidligere Nord-Trøndelag om personer i gruppa 65-70 etter samme metode som benyttes i Ung-Demens for øvrig.

Framdrift:

Prosjektleder for Forekomst av demens ble ansatt fra september 2016. Prosjektmedarbeider, med ansvar for gjennomføring av MoCA-validering, ble ansatt fra august 2016. Utgifter i valideringsstudien MoCA er i sin helhet personalutgifter.

Arbeidet med videre utforming av Forekomstundersøkelsen og skriving av prosjektbeskrivelse ble gjort i samarbeid med prosjektledelse i HUNT4 70+. Prosjektbeskrivelsen for Forekomst av demens i Norge (Trønderhusk) ble sendt sammen med 70+ til REK i november 2016. Godkjenning fra REK ble mottatt 19.01.2017, referanse 2016/1880/REK midt. Forekomstprosjektet ble lagt frem for Etikkgruppa i HUNT sammen med 70+ høst 2016.

Ung-Demens i Trøndelag, som samler informasjon om personer med demens under 70 år, ferdigstilles i 2018.

Design av valideringsstudien for MoCA og prosjektbeskrivelse ble laget høsten 2016. Godkjenning fra REK for Valideringsstudien av MoCA ble mottatt 21.11.2016 med referanse 2016/1747/REK sør-øst C. Informasjonsskriv og invitasjon til å delta i valideringen ble sendt til Hukommelsesklinikker og hukommelsesteam i desember 2016. Seks Hukommelsesklinikker og 11 kommuner deltar i studien.

MoCA er del av datainnsamlingen i Norsk eldrestudie i Oppland, der omkring 500 tilfeldig utvalgte personer over 60 år er inkludert. Datainnsamlingen var fullført våren 2017, og resultatene derfra vil bidra til å fastsette terskelverdier for MoCA i Forekomst av demens i Norge.

Datainnsamling i HUNT startet i de fire første kommunene høsten 2017, én kommune er ferdig med datainnsamling. Det ble gjennomført planleggingsmøter med de seks kommunene som starter datainnsamling våren 2018.

Gjennomføring:

Validering av MoCA

- Hukommelsesklinner og kommunale team gjennomførte datainnsamling frem til utgangen av 2017.

Datainnsamling i tidligere Nord-Trøndelag (HUNT)

- Sammen med HUNT 70+ ble det utarbeidet felles testprotokoll for forekomstundersøkelsen og 70+. Det ble innledet samarbeid med IT-avdelingen på HUNT forskningssenter for å planlegge layout og dataløsninger for elektronisk gjennomføring av datainnsamlingen. Kartlegging lot seg ikke gjennomføre elektronisk grunnet manglende ressurser til å lage en så omfattende protokoll elektronisk. Skjema i papirform ble utarbeidet på våren, ferdigstilt og trykket i sommer.
- Opplæring av helsepersonell i de første fire kommunene (Stjørdal, Levanger, Frosta og Inderøy) og sykepleiestudenter på NORD (Levanger) gjennomført høst 2017.
- Datainnsamlingen er i gang i fire av 23 kommuner i tidligere Nord-Trøndelag, den første (Frosta) ble ferdig med datainnsamling 7.12.17. De andre tre fortsetter med datainnsamling i 2018. Seks nye kommuner (Steinkjer, Verdal, Leksvik, Meråker, Snåsa og Verran) starter datainnsamling vår 2018. Planlegging og samarbeid med disse kommunene er i gang.

Pårørendeintervju

- Det er gjennomført 300 pårørendeintervju i etterkant av deltagelse i HUNT 70+ i 2017. Intervju er gjort av fagpersonell hos Aldring og helse.

Planlegging datainnsamling Trondheim

- Planleggingsfase for Trondheimskohort i samarbeid med NTNU og Trondheim kommune. Målsetningen er å gjennomføre datainnsamling høst 2018 og vår 2019. Datainnsamling i storbyutvalg vil trolig kreve noe ekstra ressurser utover prosjektets totalbudsjett.

Ung-Demens i Trøndelag

- Datainnsamling i Ung-Demens forløper gjennom hele 2017, og skal ferdigstilles i 2018.

Avvik med konsekvenser for prosjektet:

- Det er gjennomført en god del færre hjemmebesøk og kartlegginger på sykehjem enn estimert for i 2017. Datainnsamling som skulle vært avsluttet i 2017 må derfor fortsette i 2018. Utfordringene har bestått i rekruttering av deltagere og personell til å samle data. Det er behov for at vi tar over datainnsamling i kommuner der de ikke klarer å gjennomføre på egen hånd. Det ansettes personell til dette i januar 2018. Siden rekruttering av deltakere fra kommunene var stykkprisfinansiert, vil midlene i prosjektet bli omfordelt.
- Andelen deltagere som har blitt forespurt om pårørendeintervju er høyere enn estimert og det har ikke vært ressurser til å ringe pårørende innen 4 uker etter innhentet tillatelse til å ringe dem. Det settes inn ekstra ressurser til å ta igjen dette i januar 2018.

Brukermedvirkning

Nasjonalforeningen har vært involvert og har gitt råd om utviklingen av prosjektet. Kontaktperson er Anne-Rita Øksengaard. Aldring og helse ansatte leder for internt brukerråd våren 2017. Vedkommende er informert om Forekomst av Demens i Norge, og vil knytte prosjektet opp mot aktuell(e) brukerrådsmedlem(mer) når brukerrådet er etablert våren 2018. Brukerrådet vil da bli involvert i videre planlegging og gjennomføring av prosjektet.

Resultatrapportering og -vurdering:

Prosjektet fortsetter som planlagt med datainnsamling i kommunene. I noen kommuner er det behov for å forlenge datainnsamlingen grunnet for få inkluderte deltagere i planlagt tidsperiode. Der vil det i samråd med den enkelte kommune avklares hvordan datainnsamlingen skal fortsette. Per nå har prosjektmedarbeidere i Aldring og helse tatt over, og vil videreføre datainnsamling i to kommuner våren 2018. Det er foreløpig ingen resultater å rapportere.

Anvendte ressurser:

Jamfør bilag 5 i rammeavtalen ble utgiftene for 2017 fakturert etterskuddsvis 1.12.17, totalt 1 366 000 kr i henhold til revidert budsjett.

Årsregnskap: Undersøkelse av forekomst av demens i Norge 2017

	Revidert budsjett 2017	Årsregnskap 2017
Valideringsstudie MoCA	155 000	155 000
Prosjektleder	525 000	525 000
Reise, diett, møter	100 000	93 568
Undersøkelser, intervjuer og koordinering i kommunene, inklusive kvalitetssikring av data	520 500	526 932
Utgifter til administrasjon av datainnsamlingen	65 500	65 500
Total	1 366 000	1 366 000

Kunnskapsgrunnlag om brukerbehov ved demens - Demensplan 2020

Årsmelding 2017

Tittel på tiltak/prosjekt: Kunnskapsgrunnlag om brukerbehov ved demens
- Demensplan 2020

Budsjettår: 2017

Budsjettkapittel og – post: Ref. 16/16156-4

Frist: 1. mars 2018

Rapport utfyllt av: Prosjektleder Anne Marie Mork Rokstad

Kort beskrivelse av tiltaket/prosjektet:

Det overordnede målet med prosjektet er å innhente bred kunnskap om behovene til personer med demens sett fra deres eget og pårørende sitt ståsted for på dette grunnlaget å kunne gi tilrådninger om utvikling av tjenestetilbudene i demensomsorgen. Dette vil kunne gi retning for hvordan ressursene bør prioriteres og styres og hvilke områder det bør fokuseres på i opplæring og utdanning. Erfaringene fra prosjektet skal bidra til å utvikle verktøy for å involvere personer med demens og deres pårørende i utviklingen av og utføringen av helse- og omsorgstjenestene. For en mer detaljert beskrivelse, se Bilag 2 Leverandørens tilbud.

Kunnskapsinnhenting vil skje i form av:

1. En systematisk litteraturgjennomgang av studier som beskriver behov hos personer med demens
2. Kvalitative intervjuer med personen med demens og pårørende på to stadier i demensforløpet; ved utredning og diagnostisering og når det søkes om flytting til heldøgnsomsorg
3. Spørreundersøkelse med bruk av ulike skjemaer for selvutfylling til personer med demens og til pårørende

Framdrift:

Kontrakten fra Helsedirektoratet med konkretisering av oppdraget som ligger i anskaffelsen av dette prosjektet ble mottatt av Aldring og helse i slutten av oktober 2016. Det ble avholdt et formelt oppstartsmøte i Aldring og helse 30.november der innholdet i kontrakten fra Helsedirektoratet ble gjennomgått og prosjektorganiseringen formelt fastsatt.

Prosjektgruppen består av prosjektansvarlig, fagsjef demens/spesialist i gerontopsykologi Guro Hanevold Bjørkløf. Prosjektleder og daglig ansvarlig er post doc/sykepleier Anne Marie Mork Rokstad. De tre delene som inngår i prosjektet ledes henholdsvis av post doc/sykepleier Siren Eriksen hva gjelder litteraturgjennomgang, PhD/fysioterapeut Elisabeth Wiken Telenius har ansvar for gjennomføringen av kvalitative intervjuer av brukere og pårørende, post doc/sykepleier Anne Marie Mork Rokstad har ansvar for fokusgruppeintervjuer av tjenesteytere og professor/sykepleier Øyvind Kirkevold står ansvarlig for utvikling av spørreskjema og gjennomføring av spørreskjemaundersøkelsen. Forskningssjef/psykiater Geir Selbæk inngår i prosjektgruppen og andre ressurser ved Aldring og helse trekkes inn ved behov.

Det er krav om brukerinvolvering i prosjektet. Aldring og helse har ansatt en erfaringskonsulent i deltidsstilling som knyttes opp mot prosjektgruppen. Videre plan for organisering av brukerinvolvering vil bli drøftet med erfaringskonsulenten. Nasjonalforeningen for folkehelsen inviteres til å delta i utvikling av og gjennomføringen av spørreskjemaundersøkelsen.

Gjennomføring:

Litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgangen startet i 2016 og første artikkel med oppsummering av personer med demens sine erfaringer med relasjoner til andre er publisert i tidsskriftet *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* under tittelen: *The Experience of Relations in Persons with Dementia: A Systematic Meta-Synthesis*. Forfattere er Siren Eriksen, Anne-Sofie Helvik, Lene Kristin Juvet, Kirsti Skovdahl, Linn Hege Førsum og Ellen Karine Grov. Artikkel nummer to med tittel: *The experience of lived space in persons with dementia: a systematic meta-synthesis* (Førsum et al.) er sendt inn til *Ageing and Mental Health*.

Arbeidet med den tredje meta syntesen er påbegynt. I denne studien vil en utforske coping-perspektivet det vil si hva personene med demens beskriver om coping og hva slags mekanismer de bruker.

Kvalitative intervjuer

I løpet av 2017 er gjennomført intervjuer med til sammen 47 personer med demens og 49 pårørende. Alle faser av sykdomsforløpet er dekket. Intervjuene blir transkribert fortløpende og analyse av innhold er startet opp.

Høsten 2017 ble det gjort omdisponering av midler for også å kunne gjennomføre intervjuer med tjenesteytere om deres synspunkter på personer med

demens sine behov i løpet av demensforløpet. Det er gjort avtaler om intervjuer med fire fokusgrupper i januar 2018.

Spørreskjemaundersøkelse

Arbeidet med utvikling av spørreskjema vil starte våren 2018 basert på erfaringer og oppsummeringer fra intervjuene som er foretatt med brukere, pårørende og tjenesteytere så langt samt funn i de litteraturgjennomgangene som er gjort. Funn fra intervjuer i Actif Care prosjektet vil også lagt til grunn for utarbeidelse av spørreundersøkelsen. Erfaringskonsulent ansatt ved Aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen inviteres til å delta i utvikling av og gjennomføringen av spørreskjemaundersøkelsen.

Resultatrapportering og -vurdering:

Som beskrevet over er prosjektet i tråd med framdriftsplan. Det er etter avtale med Berit Grønnestad avklart at leveranse knyttet til Joint Action ikke er relevant for prosjektet.

Anvendte ressurser

Jamfør kontrakt og avtale bilag 3 om prisbestemmelse og budsjett ble utgiftene i 2017 fakturert kvartalsvis og årsregnskapet er i henhold til budsjett. Oversikten nedenfor viser fakturagrunnlaget i 2017.

Kostnader	Revidert Budsjett 2017	Regnskap 2017
Faktura	- 1 355 000	1 355 000
Lønn	940 000	913 187
Reise- og møteutgifter	85 000	61 174
Datainnsamling	10 000	10 857
Transkribering	70 000	50 886
Diverse	250 000	318 896
Sum utgifter	1 355 000	1 355 000
SUM	0	0

Prosjektplan for 2018 er i henhold til inngått avtale, og budsjettet er periodisert som vist under:

Budsjett	1 kvartal	2 kvartal	3 kvartal	4 kvartal	SUM
Lønn	400 000,00	540 000,00	100 000,00	100 000,00	1 140 000,00
Reise- og møteutgifter	15 000,00	10 000,00	10 000,00	15 000,00	50 000,00
Datainnsamling	15 000,00	5 000,00	5 000,00		25 000,00
Transkribering	5 000,00	10 000,00			15 000,00
Utvikling og distribuering av infomateriell	5 000,00	10 000,00	10 000,00	5 000,00	30 000,00
Diverse		30 000,00		40 000,00	70 000,00
SUM	440 000,00	605 000,00	125 000,00	160 000,00	1 330 000,00

Linda GjØra, Arnfinn Eek og Øyvind Kirkevold

Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens

2014

Demensplan 2015

RAPPORT



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

RAPPORT

Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014

Demensplan 2015

*Linda GjØra
Arnfinn Eek
Øyvind Kirkevold*

© Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2015
Layout/trykk: BK Grafisk

ISBN 978-82-8061-247-2



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Forord

Denne undersøkelsen er gjennomført på oppdrag av og i nært samarbeid med, Helsedirektoratet som en del av satsingen under *Demensplan 2015*. Målet er å gi en oversikt over tilrettelagte tilbud for personer med demens i norske kommuner i siste del av denne planperioden. Undersøkelsen er den sjette i en serie kartlegginger, den første ble gjennomført ved årsskiftet 1996-1997, deretter tilsvarende i 2000-2001 og 2004-2005. I forbindelse med oppstart av Demensplan 2015 i 2007, ble det gjennomført en mer detaljert kartlegging, men avgrenset til satsingsområdene som ble omfattet av utviklingsprogrammene om *pårørendeskoler og samtalegrupper*, om *dagtilbud og avlastningsordninger* og om *diagnostikk og utredning av demens*. Den undersøkelsen dekket ikke tilrettelagte botilbud, men dette var tema for en egen undersøkelse i 2008.

En ny undersøkelse ved årsskiftet 2010-2011, dekket hele spekteret av tilbud og oppsummerte situasjonen når en del av utviklingsprogrammene i Demensplan 2015 var gjennomført. Denne kartleggingen, som gir status per 1. oktober 2014, er noe utvidet for å kunne gå enda mer i detalj på en del områder som har vært satsinger i demensplanen.

Datainnsamling er gjennomført i samarbeid med landets fylkesmannsembeter som har bistått med å sende ut spørreskjema og følge opp for å få best mulig opplysninger inn fra kommunene. Vi takker for god innsats og godt samarbeid.

Ved alle undersøkelser basert på spørreskjema, vil det komme inn mangelfullt utfylte skjema, så også ved denne. Det har vært behov for en betydelig innsats for å supplere opplysninger og avklare uklarheter. Takk til Linda Gjøre som har stått for dette arbeidet i tillegg til registrering og behandling av data. Hun har også hatt hovedansvar for å skrive rapporten, med innspill fra Arnfinn Eek og Øyvind Kirkevold. Takk til Arnfinn Eek og Øyvind Kirkevold som videreutviklet spørreskjema sammen med prosjektleder for demensplanen i Helsedirektoratet, Berit Kvalvaag Grønnestad. En takk også til Oslo kommune som har bistått i arbeidet med å utvikle og tilpasse skjemaet for å gi et sikrere bilde av tilbudet i Oslo.

Til sist, en stor takk til ansatte i norske kommuner som i en travel hverdag har satt av tid til å fylle ut spørreskjema og svare på oppfølgingsspørsmål per telefon og mail. Vi håper rapporten vil være til nytte for planleggere, politikere og helsepersonell i kommuner over hele landet og gi et grunnlag for videre arbeid for å bedre tilbudet til personer med demens og deres pårørende.

Tønsberg/Oslo, juni 2015

Kari Midtbø Kristiansen

Daglig leder

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse



Innhold

KAPITTEL 1	
Innledning	7
KAPITTEL 2	
Metode	9
KAPITTEL 3	
Kommunenes planarbeid og informasjon	11
Kommunale demensplaner	11
Systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens	11
Nasjonal informasjonskampanje om demens 2013	12
Oppsummering	12
KAPITTEL 4	
Utredning og diagnostisering	13
Demensteam og demenskoordinator	13
Fylkesvise forskjeller	14
Interkommunale tilbud	15
Yrkesgrupper	15
Organisatorisk plassering av utredningstilbudet	16
Avsatt fast tid til demensteamet	17
Tilgjengelighet	17
Bruk av utredningsverktøy	17
Oppgaver	17
Vurdering av samtykkekompetanse fra demensteam	18
Oppsummering	18
KAPITTEL 5	
Dagaktivitetstilbud, støttekontakt og samtalegrupper for personer med demens	20
Økning i dagaktivitetstilbud	20
Antall dagaktivitetstilbud per kommune	23
Transport	23

Tilbud til yngre personer med demens	24
Åpningstider	24
Tildeling av plass	25
Vedtak	25
Lokalisering	26
Antall plasser i dagtilbudet	26
Antall ansatte	27
Kompetanse	27
Frivillige hjelpere	28
Opplæring i dagaktivitetstilbud	28
Egenandeler	28
Støttekontakter til personer med demens	29
Opplæring til støttekontakter	30
Samtalegrupper for personer med demens	30
Oppsummering	30

KAPITTEL 6

Tilbud til pårørende	32
Pårørendeskoler og andre kurstilbud	32
Tilbud drevet av frivillige	32
Drift av pårørendeskoler og andre kurs	34
Samtalegrupper for pårørende	34
Andre tilbud til pårørende	34
Oppsummering	34

KAPITTEL 7

Tilrettelagt botilbud for personer med demens	35
Sykehjemsplasser	35
Om tallmaterialet	35
Samlet botilbud tilrettelagt for personer med demens	36
Skjermede enheter	37
Forsterkede skjermede enheter	39
Fylkesvis oversikt	39

Størrelse på skjermede enheter	40
Bemanning i skjermede enheter	41
Legetjenester ved skjermet enhet	41
Vurdering av samtykkekompetanse i skjermet enhet	41
Prosedyrer for vurdering av verge i skjermet enhet	41
Tilrettelagt uteareal ved skjermet enhet	41
Bemanning i forsterkede skjermede enheter	42
Legetjenester ved forsterket skjermet enhet	42
Vurdering av samtykkekompetanse i forsterket skjermet enhet	42
Prosedyrer for vurdering av verge i forsterket skjermet enhet	42
Tilrettelagt uteareal ved forsterket skjermet enhet	42
Kompetanse	43
Bokollektiv tilrettelagt for personer med demens	44
Fylkesvis oversikt	44
Størrelse	45
Bemanning	46
Legetjenester ved bokollektiv i omsorgsboliger	46
Kompetanse i bokollektivene	46
Organisering av bokollektivene	47
Vurdering av samtykkekompetanse i bokollektivene	48
Prosedyre for vurdering av verge i bokollektivene	48
Tilrettelagt uteareal ved bokollektivene	48
Oppsummering	48
KAPITTEL 8	
Eldre med utviklingshemning	50
Eldre med utviklingshemning på sykehjem	50
Oppsummering	51
Referanser	52



KAPITTEL 1

Innledning

Den nasjonale kartleggingen er en del av satsingen i *Demensplan 2015* (Helse- og omsorgsdepartementet 2007) og målet er å få oversikt over omfanget av tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens i kommunene. Kartleggingen er gjennomført i samarbeid mellom Helsedirektoratet, fylkesmannsembetene og Aldring og helse.

Hensikten med kartleggingen er å få oversikt over hvor langt arbeidet med å tilrettelegge tjenestetilbudene har kommet i kommunene, og hvor det er behov for videre satsning. Kartleggingen omfatter opplysninger og detaljer som ikke kan hentes fra kommunenes Kostra-rapportering.

Dette er den sjette nasjonale kartleggingen av tilrettelagte tilbud til personer med demens i kommunene. Den første ble gjennomført ved årsskiftet 1996-1997 (Eek og Nygård 1999), deretter tilsvarende i 2000-2001 (Eek og Nygård 2003) og 2004-2005 (Eek og Nygård 2006). I forbindelse med oppstart av Demensplan 2015 ble det i 2007 gjennomført en mer detaljert kartlegging, men avgrenset til satsningsområdene som ble omfattet av utviklingsprogrammene om *utredning av demens, dagaktivitetstilbud og avlastningsordninger og pårørendeskoler og samtalegrupper* (Westerberg 2009). Undersøkelsen fra 2007 dekket ikke tilrettelagte botilbud, dette ble

omfattet av en egen undersøkelse i 2008 (Westerberg 2010). Den femte nasjonale kartleggingen ble gjennomført ved årsskiftet 2010-2011 (Eek og Kirkevold 2011).

Alle kartleggingene har etterspurt informasjon på de samme hovedområdene, men etter hvert har det blitt innhentet utdypende informasjon spesielt knyttet til satsingsområdene i Demensplan 2015. Denne kartleggingen, og foregående, har spesielt sett på områdene *diagnostikk og utredning av demens, pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens og dagaktivitetstilbud til personer med demens*.

I perioden 2007-2010 var det egne utviklingsprogram på disse tre områdene og det ble satset på oppbygging av denne typen tilbud i kommunene. I etterkant av utviklingsprogrammene har satsningen fortsatt innen alle områdene. Årlig har det vært gjennomført kurs innen disse områdene, rettet mot kommunehelsetjenesten. I tillegg har det vært rådgivning og veiledning til kommuner i oppstartsfase av tilbud og til kommuner med eksisterende tilbud som har hatt behov for veiledning.

En viktig del av Demensplan 2015 har vært å øke kompetanse om demens og behandling, blant

personell som yter tjenester til eldre med kognitiv svikt og demens. Denne delen av satsingen har også blitt støttet fra *Kompetanseløftet 2015*. Hovedsatsingen på dette område har vært utviklingen av *Demensomsorgens ABC* og implementeringen av denne opplæringen i kommunene. En tilsvarende opplæring, *Eldreomsorgens ABC*, var i gang da demensplanen startet, og har blitt videreført sammen med Demensomsorgens ABC, men i betydelig mindre målestokk.

Satsingen har vært ledet av Aldring og helse på oppdrag av Helsedirektoratet, og vært gjennomført i nært samarbeid med fylkesmannsembetene over hele landet. Implementeringen har vært et samarbeidsprosjekt mellom Aldring og helse, spesialisthelsetjenesten innen alderspsykiatri og geriatri, utviklingssenter for sykehjem og hjemme-tjenester, og flere andre kompetansemiljø. Opp-læringen er virksomhetsintern og basert på selvdrevne studiegrupper. Det er utviklet et omfattende studiemateriale og det gjennomføres seminarer for studiegruppene hvert halvår.

Ved utgangen av planperioden er over 20 000 personer registrert i forbindelse med opplæringen. For nærmere informasjon om ABC-opplæringen henvises til en egen rapport (Døble og Eek 2015).

Denne kartleggingsundersøkelsen beskriver situasjonen per 1. oktober 2014, de første inn-sendte besvarelsene ble registrert i oktober i 2014 og de siste ble mottatt i februar 2015.

Fylkesmannsembetene hadde ansvar for utsendelse, innhenting og kvalitetssikring av spørreskjema fra sine kommuner. Innhenting av skjema fra alle landets kommuner er en tidkrevende oppgave og har krevd stor innsats fra mange. For å kvalitets-sikre data har det, både fra fylkesmannsembetene og Aldring og helse, vært mange telefoner og eposter til kommuner der skjemaene har manglet informasjon eller vært feilaktig utfyllt. Denne rapporten bygger i sin helhet på kommunenes opplysninger og informasjon er innhentet fra alle landets 428 kommuner. Siden undersøkelsen er en av en rekke kartlegginger, sammenlignes data med informasjon fra tidligere kartlegginger der dette lar seg gjøre.

I Oslo er informasjon om tjenestetilbudet til personer med demens innhentet både fra bydelnivå og fra bydelsovergripende instanser. De 15 bydelene i Oslo har fylt ut egne skjema med informasjon om sine tjenestetilbud. Sykehjemmene i Oslo er bydelsovergripende og informasjon om disse er innhentet fra Sykehjemsetaten og fra hvert av sykehjemmene. I tillegg har byrådsavdelingen gitt informasjon om andre bydelsovergripende tjenester i Oslo. Oslo regnes som en kommune der data presenteres på kommunenivå, det er da tatt utgangspunkt i det majoriteten av bydelene i Oslo har svart. I tillegg vil situasjonen i Oslo beskrives i teksten. Noe informasjon vedrørende Oslo blir presentert på bydelnivå.



KAPITTEL 2

Metode

Ved utarbeidelse av spørreskjema til denne kartleggingen ble det tatt utgangspunkt i skjemaene fra de foregående undersøkelsene. På en del områder ble det tilført utdypende spørsmål. Spørsmål som ikke var like relevante lengre, eller hadde vist seg vanskelig å få klare svar på ved tidligere kartlegginger, ble tatt bort. Endringene ble gjort i samarbeid med ansatte ved Aldring og helse som arbeider med satsningsområdene i demensplanen og prosjektleder for Demensplan 2015 i Helsedirektoratet.

Tema som ble utvidet i denne kartleggingen var kommunenes informasjons- og planarbeid og utredning, diagnostisering og oppfølging av personer med demens. Likeledes dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens, støttekontakter til personer med demens og tilbud til pårørende. Det ble spurt om ulike botilbud tilrettelagt for personer med demens og bedt om informasjon om antall eldre med utviklingshemning i kommunene.

Våren 2014 sendte Helsedirektoratet det foreløpige spørreskjemaet på høring til alle landets fylkesmannsembeter, og det ble gjort endringer i spørsmålsformuleringer der disse opplevdes uklare og nye spørsmål kom til etter innspill fra denne høringen.

Spørreskjema ble ferdig kvalitetssikret og produsert hos Aldring og helse i september 2014. Skjema med følgebrev fra Helsedirektoratet, ble sendt til fylkesmannsembetene for utsendelse til kommunene medio september. Underveis i kartleggingen var ansvarlige for undersøkelsen fra Aldring og helse tilgjengelig for spørsmål fra fylkesmannsembetene og kommunene.

Vi mottok en rekke henvendelser og i stor grad dreide det seg om avklaringer på spørsmål fra kommuner om hvordan de skulle krysse på skjema med tanke på sine tilbud. For eksempel spørsmål der kommunen beskrev sitt dagaktivitetstilbud og lurte på om dette kunne defineres som et tilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens.

Kartleggingen ble gjennomført i papirformat. Årsak til dette var behovet vi har sett ved tidligere kartlegginger. Skjema har måttet inngå flere ulike enheter og personer for å innhente informasjon før det har blitt sendt inn. I noen kommuner der all innkommende post nå skannes og lagres/sendes videre i digital form, har dette ført til en del problemer. Skjema som var produsert som et hefte i A4-format, blir ikke alltid godt leselig ved utskrift av skannet dokument. En del skjema ble også borte i prosessen og måtte sendes på nytt.

Fylkesmannsembetene har også rutiner for skanning av innkommet post og har noen steder måtte ordne egne løsninger for innhenting av spørreskjemaene slik at de kunne sendes videre til Aldring og helse i opprinnelig form. Erfaringene fra gjennomføringen har vist at papirversjonen ikke lenger passer med alle eksisterende systemer og at det nok hadde vært ønskelig med et digitalt spørreskjema der det hadde vært mulighet for midlertidig lagring fra kommunens side, mens datainnhenting pågikk.

Fylkesmannsembetene var mottakere av spørreskjemaene fra kommunene og purret kommuner som ikke hadde sendt inn skjema. Før skjemaene ble sendt videre til Aldring og helse hadde fylkesmannsembetene mange steder foretatt kontroll av besvarelsene og tatt kontakt med kommuner der det var mangler i utfyllingene. Det var behov for en del purringer før alle skjema kom inn. Alle kommuner hadde besvart kartleggingen i februar 2015.

Etter at skjemaene ble levert hos Aldring og helse, ble alle opplysninger lagt inn i statistikkprogrammet SPSS. Parallelt med dette, ble kommuner der det var uklarheter eller ubesvarte spørsmål, kontaktet. Selv om de fleste fylkesmannsembetene hadde foretatt en del avklaringer, var det behov for å ta direkte kontakt med en god del kommuner. For å få utdypende informasjon ble det mange steder tatt telefonkontakt med kommuneansatte og i tillegg ble det benyttet mail. I noen få tilfeller ble informasjon på kommunenes nettsider benyttet for å kunne fylle inn manglende informasjon.



KAPITTEL 3

Kommunenes planarbeid og informasjon

Kommunale demensplaner

I kartleggingen ble det spurt om tjenester til personer med demens var spesielt omtalt i kommunens handlings- og økonomiplan, til sammen 257 kommuner (60,0 prosent) oppga at tjenestene var tatt med i dette planverket.

Kommunene fikk spørsmål om de hadde utarbeidet en egen demensplan og om denne eventuelt var politisk behandlet. Hvis det ikke forelå en egen demensplan, ble det spurt om tjenester til personer med demens var beskrevet i kommuneplanens samfunnsdel eller i en plan for helse- og omsorgstjenesten.

I alt 116 kommuner (27,1 prosent) hadde en demensplan og i 88 av disse kommunene var planen politisk behandlet. I 190 kommuner (44,4 prosent) som ikke hadde egen demensplan, var tjenestene beskrevet i kommuneplanens samfunnsdel eller plan for helse- og omsorgstjenesten. I alt 71,5 prosent av kommunene hadde dermed tjenester til personer med demens nedfelt enten i en egen demensplan, i kommuneplanens samfunnsdel eller i en plan for helse- og omsorgstjenesten.

I Oslo oppga 14 av de 15 bydelene at tjenester til personer med demens var spesielt omtalt i byde-

lens handlings- og økonomiplan. Oslo har demensplan på overordnet nivå og i tillegg hadde åtte bydeler egen demensplan, fem av disse var politisk behandlet. I tre bydeler som ikke hadde egen demensplan, var tjenestene beskrevet i bydelsplanens samfunnsdel eller plan for helse- og omsorgstjenesten. Til sammen hadde 14 av de 15 bydelene beskrevet tjenester til personer med demens i minst ett av de nevnte planverkene.

Systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens

Det var 254 kommuner (59,3 prosent) som oppga at de hadde systematisk informasjons- og opplysningsarbeid til sine innbyggere, om demens og tilbudet til personer med demens og deres pårørende. Rett over 80 prosent av disse kommunene hadde informasjon om demens på kommunens nettside og 78,0 prosent hadde brosjyremateriale. I 33,0 prosent av kommunene beskrev de andre måter å spre informasjon om demens og tilbudene på. Flere brukte Facebook og lokalaviser og i tillegg ble informasjon ofte lagt ut på legekontorene. En del kommuner hadde foredrag og temadager om demens som var åpne for befolkningen.

I Oslo drev 11 av de 15 bydelene systematisk informasjonsarbeid. Ti av dem hadde informasjon om demens på bydelens nettside, ni hadde brosjyrer

med informasjon om demens. Fem bydeler benyttet andre former for informasjon, for eksempel informasjonsmøter og stands.

Nasjonal informasjonskampanje om demens 2013

I forbindelse med Nasjonal informasjonskampanje om demens i 2013 ble det iverksatt egne informasjonstiltak i 158 kommuner (36,9 prosent). Disse kommunene iverksatte flere tiltak, 133 kommuner hadde mediasaker med tema demens i lokalpresse, 99 kommuner oppdaterte sine nettsider med ny informasjon om demens og 70 kommuner arrangerte informasjonsmøter om demens for innbyggerne. I alt 39 kommuner hadde krysset av for andre tiltak. Av disse opplyste mange at de hadde hatt informasjonsstands på ulike steder i kommunen og en god del hadde gitt ut informasjonsmateriell. Det var 127 kommuner som både hadde systematisk informasjons- og opplysningsarbeid og iverksatte egne informasjonstiltak i forbindelse med informasjonskampanjen.

I Oslo hadde fire bydeler egne opplegg under informasjonskampanjen. Alle fire oppdaterte informasjonen om demens på sine nettsider og tre av dem hadde mediasaker om demens i lokalpresse.

Oppsummering

I alt 71,5 prosent av kommunene har tjenester til personer med demens nedfelt enten i en egen demensplan, i kommuneplanens samfunnsdel eller i en plan for helse- og omsorgstjenesten.

Nærmere 60 prosent av kommunene driver systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens og om tilbudene til personer med demens og deres pårørende.



KAPITTEL 4

Utredning og diagnostisering

Et mål i Demensplan 2015 er at når satsingen er gjennomført i 2015, «... skal den enkelte bruker være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens» (s. 19).

Under hele satsningen har organisering av demens-utredning i kommunene blitt viet mye oppmerksomhet. Det er gjennomført et 3-årig utviklingsprogram om *utredning og diagnostisering av demens* (2007-2009) (Gjører og Gausdal 2011).

I hele perioden, 2007-2015, har Aldring og helse holdt kurs og gitt veiledning om utredning av demens i kommunehelsetjenesten, og om etablering og drift av demensteam. Alle kurs er subsidiert fra Helsedirektoratet. Også andre kompetansemiljøer har gjennomført slike kurs med støtte fra Helsedirektoratet. Det er utviklet håndbøker og undervisningsfilmer om utredning i primærhelsetjenesten og om etablering og drift av demensteam (Helsedirektoratet., Gausdal og Gjører 2011, Gausdal og Gjører 2013, Gausdal og Haugen et al. 2013). Det er også samlet inn og rapportert erfaringer fra kommunenes oppbygging av demensteam (Gausdal og Michelet 2011). Et omfattende informasjonsmateriale om utredning ble sendt alle kommuner i 2013.

I de nasjonale kartleggingene, ved årsskiftet 2010–2011 og i 2014, har det vært viktig å se om demensplanens målsetting på dette området vil bli nådd.

Det ble derfor stilt spørsmål til kommunene om de hadde utredningstilbud ved demenskoordinator og/eller demensteam. De kommunene som hadde utredningstilbud svarte på spørsmål angående organisering og arbeidsoppgaver. I denne undersøkelsen som skulle dekke alle tilbudene, var det ikke mulig å gå i detalj. Spørsmålene her var i hovedsak begrenset til ja/nei, noe som gjorde at svarene ble lite nyansert. For mer utfyllende informasjon om demensteamenes og demenskoordinatorenes arbeid anbefales rapporten *Demensteam – godt i gang, fortsatt i utvikling* (Michelet 2015).

Demensteam og demenskoordinator

En del kommuner opplyste at de hadde både demensteam og demenskoordinator. I noen av disse kommunene var demenskoordinatoren en del av demensteamet. Tabell 4.1 presenterer antall kommuner med demensteam, kommuner med demenskoordinator og kommuner med begge tjenestene. I alt 332 kommuner (77,6 prosent) hadde demensteam og/eller demenskoordinator. I alt 289 kommuner hadde demensteam og 195 hadde demenskoordinator. I 152 kommuner hadde de begge tilbudene. Alle bydelene i Oslo hadde demenskoordinator og 12 av de 15 bydelene hadde i tillegg demensteam. I ni bydelar var demenskoordinatoren en del av demensteamet.

Det har vært en markant økning i antall kommuner med demensteam/demenskoordinator fra 25,1 prosent i 2007 til 56,7 prosent i kartleggingen i årsskiftet 2010-2011 og ytterligere til 77,6 prosent i 2014 (tabell 4.1).

Utredningstilbud etter kommunestørrelse

I tabell 4.2 presenteres antall kommuner med demensteam og/eller demenskoordinator etter kommunestørrelse. Vi har her valgt å sette små kommuner som de med mindre enn 4 000 innbyggere, mellomstore til de med 4 000 – 10 000 innbyggere og store kommuner som de med over 10 000 innbyggere. Av det som defineres her som små kommuner hadde 150 av 194 kommuner

(77,3 prosent) utredningstilbud, i de mellomstore kommunene hadde 86 av 120 kommuner (71,7 prosent) demensteam og/eller koordinator. I de 114 store kommunene hadde 96 av 114 kommuner (84,2 prosent) tilbud om demensutredning.

Fylkesvise forskjeller

I de tidligere undersøkelsene var det til dels store forskjeller mellom fylkene i hvor stor andel av kommunene som hadde etablert tilbud. Tabell 4.3 viser utviklingen i fylkene ved starten av satsningen i 2007, midtveis 2010-2011 og i 2014. I alle fylker, utenom Troms som allerede i 2010-2011 lå på 80 prosent, har det vært en betydelig økning i andel kommuner med demensteam og/eller demenskoordinator. I Oslo hadde alle bydelene etablert

Tabell 4.1. Kommuner med demensteam og/eller demenskoordinator. Antall (%)

	2007 (n=430)	2010-2011 (n=430)	2014 (n=428)
Demensteam	85 (19,8)	197 (45,8)	289 (67,5)
Demenskoordinator	52 (12,1)	156 (36,3)	195 (45,6)
Både demensteam og demenskoordinator	29 (6,7)	109 (25,3)	152 (35,5)
Demensteam og/eller demenskoordinator	108 (25,1)	244 (56,7)	332 (77,6)

Tabell 4.2. Antall kommuner med demensteam og/eller demenskoordinator etter kommunestørrelse

	Antall innbyggere	Antall (prosent)
Små kommuner	< 4 000	150 (77,3)
Mellomstore kommuner	4 000 – 10 000	86 (71,7)
Store kommuner	> 10 000	96 (84,2)

tilbud. I Akershus hadde over 90 prosent av kommunene tilbud og i åtte fylker hadde over 80 prosent av kommunene tilbud. Lavest dekning var det i Møre og Romsdal der bare 52,8 prosent av kommunene hadde et slikt tilbud. Siden kartleggingen i 2007 hadde Sør-Trøndelag økt sin andel fra 28,0 prosent til 80,0 og Akershus hadde økt fra 36,5 til 90,9 prosent.

I 2010-2011 var det 64 kommuner som hadde interkommunalt samarbeid, ved kartleggingen i 2007 var det ingen kommuner som hadde slikt samarbeid. Interkommunale tilbud innebærer både å arbeide direkte sammen i demensutredning og i oppfølging av brukere og pårørende og i noen tilfeller også å samarbeidet om kompetanseheving og erfaringsutveksling.

Interkommunale tilbud

I denne undersøkelsen hadde 70 kommuner etablert interkommunalt samarbeid om demensteam.

Yrkesgrupper

De yrkesgruppene som var representert i demensteam og demenskoordinatorstillinger var i stor

Tabell 4.3. Kommuner med demensteam og/eller demenskoordinator etter fylke

	2007		2010-2011		2014	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Østfold	3	16,7	10	55,6	13	72,2
Akershus	4	18,2	8	36,5	20	90,9
Oslo	1		1		1	100*
Hedmark	10	45,5	17	77,3	19	86,4
Oppland	6	23,1	15	55,7	17	65,4
Buskerud	9	42,9	14	66,7	18	85,7
Vestfold	4	28,6	5	35,7	9	64,3
Telemark	4	22,2	8	44,4	11	61,1
Aust-Agder	1	6,7	11	73,3	13	86,7
Vest-Agder	1	6,7	8	53,3	13	86,7
Rogaland	5	19,2	19	73,1	22	84,6
Hordaland	16	48,5	23	69,7	27	81,8
Sogn og Fjordane	4	15,4	15	53,8	22	84,6
Møre og Romsdal	5	13,9	11	30,6	19	52,8
Sør-Trøndelag	2	8,0	7	28,0	20	80,0
Nord-Trøndelag	2	8,3	11	45,8	17	73,9**
Nordland	16	36,4	33	75,0	38	86,4
Troms	11	44,0	20	80,0	20	83,3**
Finnmark	4	21,1	9	47,4	13	68,4
Hele landet	108	25,2	244	56,7	332	77,6

* Alle bydeler i Oslo oppga at de hadde demensteam og/eller koordinator i 2014.

** Sammenslåing av to kommuner i disse fylkene siden forrige kartlegging.

grad sammenfallende med tidligere kartlegginger. Sykepleiere var den yrkesgruppen som var hyppigst representert med deltagelse i 96,1 prosent av kommunenes demens-team eller koordinatorstillinger, helsefagarbeider (hjelpepleier/omsorgsarbeider) var representert i 37,3 prosent og ergoterapeut i 36,1 prosent av kommunene. Vernepleier og fysioterapeut var representert i henholdsvis 15,4 og 6,6 prosent av kommunene med utredningstilbud. I litt over fem prosent av kommunene med utredningstilbud deltok andre faggrupper i arbeidet, flere steder var dette sosionom, pedagog eller aktivtør (figur 4.1).

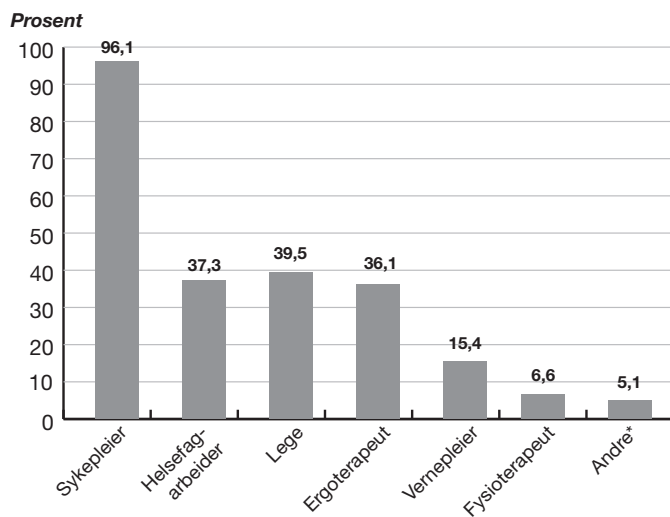
Fra 131 kommuner med utredningstilbud (39,5 prosent) opplyses det at lege er representert i demens-teamet. I 259 kommuner er det etablert samarbeid mellom demens-teamet eller demens-koordinatoren og fastlegene i kommunen. I alt 111

av disse kommunene inngikk i gruppa på 131 som svarte at de hadde lege representert i demens-teamet. Det vil si at 279 av de 332 kommunene med utredningstilbud (84,0 prosent), enten hadde lege representert i demens-teamet eller hadde lege i annen form for fast knytning til team eller koordinatorstilling.

Ved kartleggingen i 2010-2011 var lege representert i 119 kommuner (48,8 prosent) av de 244 kommunene med organisert demensutredning. I alt 100 kommuner opplyste at de hadde samarbeid med fastlegene i kommunen og 23 av disse hadde også lege i demens-teamet. Til sammen var det dermed 196 kommuner (80,3 prosent) av de 244 kommunene som hadde en eller annen form for legetilknytning til demens-team eller demens-koordinator.

Organisatorisk plassering av utredningstilbudet

Det var stor variasjon i organisatorisk plassering av demensutredningstilbudene i kommunene, og flere var tilknyttet flere tjenester. Av de 321 kommunene som besvarte spørsmålet var flest knyttet opp mot helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie), 195 kommuner (60,7 prosent). I 178 kommuner (55,5 prosent) var tilbudet knyttet opp mot sykehjem og i 54 kommuner (16,8 prosent) var de tilknyttet bestillerkontor. I tillegg var utredningstilbudet i 77 kommuner (24,0 prosent) tilknyttet andre tjenester, for flere var dette enhet helse, legekantor, dagsenter, ergoterapi og omsorgsboliger. I noen kommuner var utredningstilbudet definert som en egen tjeneste, i andre var det felles for hele kommunen og noen kommuner hadde en interkommunal løsning på organisering.



* Andre omfatter faggrupper som sosionom, pedagog og aktivtør

Figur 4.1
Faggrupper representert i demens-team og koordinatorstillinger. Prosent av kommunene med tilbud (n=332)

Avsatt fast tid til demensteamet

Av de 332 kommuner kommunene som hadde demensteam og/eller demenskoordinator, besvarte 314 spørsmålet om hvorvidt det var avsatt fast arbeidstid til oppgavene. I 171 kommuner (54,5 prosent) var det avsatt arbeidstid. Av disse var det 139 kommuner som oppga samlet stillingsstørrelse i prosent. Det var 23 kommuner som hadde ti prosent eller mindre avsatt tid i uka, i 40 kommuner var det en samlet stillingsprosent på mellom 10 og 20 prosent og i 26 kommuner var det en stillingsprosent på mellom 20 og 40 prosent. I 30 kommuner hadde teamet en samlet stilling på mellom 40 og 100 prosent, i 17 kommuner var det mellom 110 og 200 prosent stilling til demensteamet og i tre kommuner hadde teamet over 200 prosent stilling. Av de tjue kommunene med mer enn 100 prosent avsatt tid hadde en kommune omtrent 9 000 innbyggere, sju kommuner hadde over 20 000 innbyggere og ni av kommunene hadde over 40 000 innbyggere. De tre kommunene med mer enn 200 prosent stilling hadde rundt 60 000 innbyggere eller flere.

Tilgjengelighet

Demensteamets tilgjengelighet, spesielt i forhold til oppfølging av personer med demens og deres pårørende, er viktig med tanke på hvordan mot-takerne av tjenesten opplever tilbudet. Det ble derfor spurt om personer med demens og deres pårørende kunne ta direkte kontakt med demens-teamet/demenskoordinator ved behov. Av de 332 kommunene som hadde tilbudet, svarte 318 (95,8 prosent) at direkte kontakt var mulig.

Bruk av utredningsverktøy

Et standardisert utredningsverktøy til bruk ved demensutredning av hjemmeboende i kommune-helsetjenesten, er utarbeidet ved Aldring og helse med støtte fra Helsedirektoratet. Som en del av

satsingen i Demensplan 2015 har dette verktøyet blitt anbefalt for bruk i kommunal demensutredning. Av de 332 kommunene som hadde tilbud om organisert demensutredning, besvarte 328 spørsmålet om de benyttet dette utredningsverktøyet. I alt 311 (94,8 prosent) av disse brukte verktøyet.

Et tilsvarende verktøy beregnet på utredning og oppfølging i sykehjem er også utviklet og anbefalt. Kommuner med demensutredningstilbud ble også spurt om de benyttet dette verktøyet. Av de 328 som besvarte spørsmålet, svarte 242 (73,8 prosent) at skjemaet ble brukt.

Oppgaver

I kartleggingen er det stilt en rekke spørsmål om demensteamenes oppgaver. Av de 332 kommunene som opplyste at de hadde et slikt tilbud, var det 14 som svarte nei på spørsmålet om teamet eller koordinatoren deltok i utredning og diagnostikk. Ser vi nærmere på hva disse gjør av andre oppgaver, går det fram at de vurderer behov for hjelp og sørger for at hensiktsmessig hjelp blir satt i gang. Flere deltar i vurdering av behovet for tekniske hjelpemidler og kartlegger pårørendes belastning. De fleste gir veiledning til annet personell.

Demensteamene og demenskoordinatorene har i de fleste kommunene flere oppgaver, se tabell 4.4. De bidrar i stor utstrekning både med opplæring (62,7 prosent) og veiledning (81,0 prosent) av helse- og sosialpersonell. Det var en økning på disse områdene fra forrige kartlegging da 56 prosent av kommunene oppga at tilbudet omfattet opplæring og 73,7 prosent bidro med veiledning til helse- og omsorgspersonell.

Ved kartleggingen i 2010-2011 var det 74,1 prosent av demensteamene og koordinatorene som oppga at de ga veiledning til pårørende, i denne kartleggingen har dette tallet steget til hele 92,2 prosent.

Tabell 4.4. Demensteam/koordinator med andre oppgaver utover utredning, etter type oppgave. Antall (%)

	2007 (n=108)	2010-2011 (n=243)	2014 (n=332)
Opplæring av helse- og sosialpersonell	57 (52,8)	136 (56,0)	208 (62,7)
Veiledning av helse- og sosialpersonell	82 (75,9)	179 (73,7)	269 (81,0)
Veiledning av pårørende *		180 (74,1)	306 (92,2)
Rutiner for oppfølging etter utredning **		138 (56,8)	187 (56,3)

* Her var spørsmålene formulert annerledes i 2007.

** Ikke spurt om i 2007.

På spørsmål om de ga halvårlig oppfølging til personer med demens og pårørende etter demens-utredning, svarte 187 kommuner (56,3 prosent) at de hadde rutiner for dette. Dette var omtrent likt med det som ble rapportert i 2010-2011 (54,3 prosent).

I 63 kommuner (19 prosent) hadde demensteamene og koordinatorene også andre oppgaver, flere arrangerte pårørendeskole, hadde ansvar for ABC-opplæringen i kommunen og en del bidro i arbeidet med kommunens demensplan.

Det ble i denne kartleggingen også spurt om demensteamene tilbød oppfølging av eldre med psykiske lidelser som ikke hadde demenssykdom. I alt 42 (12,7 prosent) av kommunene svarte at dette var en oppgave demensteamet tilbød.

Vurdering av samtykkekompetanse fra demensteam

Det ble spurt om demensteamene hadde ordninger for å sikre vurdering av samtykkekompetanse. 329 kommuner besvarte dette spørsmålet. I 98 kom-

muner (29,8 prosent) lå dette inne som fast rutine ved utredning, 69 (21,0 prosent) gjorde det regelmessig ved oppfølging og 231 (70,2 prosent) tok tak i dette ved behov, noen kommuner svarte ja på flere av disse spørsmålene. I 31 kommuner (9,4 prosent) ble det krysset av for «annet» og kommentert at dette ble tatt vare på for eksempel i samarbeid med fastlege. En del av dem som krysset av for at de *ikke* vurderer samtykkekompetanse, kommenterte at det var lege som gjorde denne jobben.

Oppsummering

Satsningen på kommunal demensutredning i planperioden har bidratt til at flere kommuner nå har tilbud, og dette har skjedd relativt raskt. I 332 kommuner er det demensteam og/eller demenskoordinator og andel med tilbud synes uavhengig av kommunestørrelse. Flere kommuner velger interkommunalt samarbeid på dette området.

Målet i Demensplan 2015, om at den enkelte skal være sikret utredning og diagnostikk ved mistanke om demens, krever fortsatt satsing. I 22 prosent av

kommunene er det fortsatt ikke et organisert tilbud om demensutredning.

Det er heller ikke tilstrekkelig for å nå målsettingen at kommunen har etablert demensteam eller koordinatorstilling. Mange av teamene har lite eller ingen fast avsatt tid til å arbeide med demensutredning og heller ikke til oppfølging av personer med demens og pårørende.

I demensplanen legges det vekt på at «... *demensteam som gir tett oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet kan ha stor betydning for personer med demens og deres pårørende...*». Fra arbeidet med utviklingsprogrammet om diagnostikk og utredning av demens (Gausdal og Michelet 2011, GjØra og Gausdal 2011), vet vi at demensteamets oppgaver ofte må vike på grunn av arbeidsoppgaver som blir ansett å haste mer i det daglige arbeidet.

Denne kartleggingen viser at demensteamene og koordinatorene bistår med en rekke oppgaver i tillegg til utredning. Oppfølging og veiledning av pårørende, organisering av og deltakelse i pårørendeskoler og kurs, er viktige oppgaver for å lette situasjonen for de nærmeste. Veiledning og undervisning til personell som gir tjenester til personer med demens er vesentlige oppgaver. Det samme er oppfølging av personen med demens for å sikre at tilbudet stemmer overens med de behovene tjenestemottakeren har etter hvert som funksjonssvikten øker. Det vil derfor være sentralt at det settes av tilstrekkelig arbeidstid til å dekke de ulike oppgavene.

Ved økt informasjon om demens i samfunnet må en forvente at etterspørsel etter tidlig diagnostikk øker. Ved tidlig diagnostikk vil også behovet for veiledning og rådgivning rettet mot pasienten selv i større grad være til stede før det blir behov for andre kommunale tjenester. Det blir viktig å se utviklingen av og innholdet i demensteam- og demenskoordinatortilbudet i lys av en slik utvikling. Det er rimelig å tro at behovet for denne type tjenester vil øke og at behovet for økt tverrfaglighet i tilbudet også vil øke. Ved at det legges større vekt på velferdsteknologi som hjelpemidler for personer med demens, blir det viktig at også denne type kunnskap gjøres tilgjengelig.



KAPITTEL 5

Dagaktivitetstilbud, støttekontakt og samtalegrupper for personer med demens

Studier viser at spesielt tilrettelagte dagaktivitetstilbud fungerer godt for personer med demens og gir hensiktsmessig avlastning for pårørende (Engedal 1989, Tretteteig, Vatne og Rokstad 2015). Å prøve ut gode modeller for dagaktivitetstilbud til personer med demens har vært et av satsingsområdene i Demensplan 2015. Resultatene fra *Utviklingsprogram om dagaktivitetstilbud og avlastningsordninger for personer med demens* (2007-2009), viste at dagaktivitetstilbud gir en reell avlastning for pårørende og letter deres livssituasjon. Spesielt gjelder dette for pårørende der personen med demens får et tilbud på tre eller flere dager per uke (Taranrød 2011). Målsettingen i Demensplan 2015 er at alle kommunene bør kunne tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens innen 2015. I 2012 ble det opprettet et nytt tilskudd øremerket til etablering av nye dagaktivitetsplasser. Tilskuddet dekker i gjennomsnitt ca. 30 prosent av kostnadene for etablering og drift av en dagaktivitetsplass. Per 1.10.2014 hadde om lag 270 kommuner søkt Helsedirektoratet om tilskudd.

Det ble spurt om kommunene hadde dagaktivitetstilbud spesielt øremerket og tilrettelagt for personer med demens. Resultatene fra kartleggingen presen-

teres på noen områder for kommunene samlet for å kunne sammenligne med situasjonen i de tidligere kartleggingene. I denne kartlegging ble det spurt om antall dagaktivitetstilbud i hver kommune, og det ble innhentet informasjon om hvert av tilbudene. En del informasjon blir derfor presentert med utgangspunkt i enkelttilbudene. Det betyr at man fra enkelte kommuner kan ha informasjon om flere tilbud og disse kan ha ulik utforming.

Økning i dagaktivitetstilbud

Antall kommuner med øremerkede dagaktivitetstilbud til personer med demens, har økt jevnt siden den første kartleggingen i 1996-1997. Ved første kartlegging hadde 79 kommuner (18,2 prosent) slike tilbud og antall brukere som fikk tilbud var 671. Ved denne kartleggingen hadde 305 kommuner (71,3 prosent) tilrettelagte dagaktivitetstilbud. Antallet brukere som får tilbud har økt til 6318 (tabell 5.1).

I kartleggingen ble det ikke spurt om kommuner uten dagaktivitetstilbud hadde planer om å starte slikt tilbud, men i alt 23 kommuner kommenterte

Tabell 5.1. Tilrettelagte dagaktivitetsplasser for personer med demens

	1996-1997	2000-2001	2004-2005	2007	2010-2011	2014
Andel kommuner med dagaktivitetstilbud	18,2 %	23,0 %	24,0 %	30,2 %	43,7 %	71,3 %
Antall kommuner med dagaktivitetstilbud	79	100	104	130	188	305
Antall brukere totalt	671*	1377*	1540*	2351**	3257***	6318

* Tallene er beheftet med noe usikkerhet, spesielt er rapporteringen fra de store byene usikre.

** Tallene er beheftet med noe usikkerhet, mangelfull informasjon fra 11 kommuner.

*** Tallene fra Oslo er beheftet med noe usikkerhet.

i spørreskjema at de hadde konkrete planer om dette. Siden dette ikke var et spørsmål i undersøkelsen kan det tenkes at flere kommuner hadde slike planer uten at det ble nevnt.

Fra kartleggingen ved årsskiftet 2004-2005, til kartleggingen som ble foretatt i forbindelse med oppstart av Demensplan 2015 i 2007, økte andelen kommuner med dagaktivitetstilbud med 25 prosent. Fra oppstart av planen har dagaktivitetstilbud, som nevnt over, vært et satsingsområde, først med et eget utviklingsprogram, deretter med øremerkede midler til kommunene fra 2012.

Fra 2007 til kartleggingen ved årsskiftet 2010-2011 økte andelen kommuner med tilbud med 45 prosent. I perioden der det ble åpnet for å søke øremerkede midler fram til denne kartleggingen, økte andelen kommuner med tilbud med 62 prosent. I samme periode økte antall personer som fikk tilbud med 94 prosent.

Kommunene oppga i denne kartleggingen at 6318 personer med demens fikk et tilrettelagt dagaktivitetstilbud hver uke. Til sammen hadde tilbudene 3443 daglige brukere. Settes antall plasser likt med

antall daglige brukere, var det i gjennomsnitt 1,8 brukere per plass, i 2010-2011 var dette tallet 1,7. Her regnes en plass uavhengig av hvor mange dager i uka tilbudet har åpent.

Ved de tidligere kartleggingene er det gjort forsøkt på å beregne en dekningsgrad for tilbudet med utgangspunkt i forekomstberegninger av demens i befolkningen. Med en antakelse om at fordelingen mellom de som bor i eget hjem og de som bor i heldøgns omsorg og pleie, er på om lag 50 prosent i hver gruppe. Dette er beregninger som nødvendigvis er, og var, beheftet med usikkerhet. For det første mangler gode forekomstundersøkelser fra de senere årene, dernest er det grunn til å anta at andelen personer med demens som bor i eget hjem har steget i perioden. Ved tidligere anslag har en kun benyttet forekomsttall for personer over 65 år. På grunn av usikkerheten har vi i denne kartleggingen valgt ikke å legge vesentlig vekt på slike beregninger.

Hvis vi legger til grunn de prevalenstillene som er benyttet i Demensplan 2015 (Ott et al. 1995), vil antall personer med demens over 65 år her i landet være noe over 72 000 ved utgangen av 2014.

Forutsetter en at om lag halvparten av disse bor i eget hjem, vil noe over 17 prosent ha et dagaktivitetstilbud. Legger en til grunn at andelen som bor hjemme er om lag 60 prosent, vil dekningsgraden være redusert til noe over 14 prosent. Legger man i tillegg til personer med demens under 65 år, vil dekningsgraden falle ytterligere.

Slike anslag viser at til tross for en meget positiv utvikling av dagaktivitetstilbud, vil det fortsatt være behov for en betydelig satsing i årene som kommer for å møte behovet for tilbud hos personer med demens og deres pårørende.

Det har vært en økning i antall kommuner med dagaktivitetstilbud for personer med demens i alle fylker siden kartleggingen i 2010-2011 (tabell 5.2).

Ser en på økningen i andel kommuner som hadde dagaktivitetstilbud i forhold til kommunestørrelse, har det vært en positiv utvikling i alle grupper. Ved kartleggingen i 2010-2011 var økningen mest markant i kommuner med mellom 5 000 og 25 000 innbyggere. I 2014 kartleggingen hadde flere av de mindre kommunene opprettet dagaktivitetstilbud og den største økningen har vært i kommuner med færre enn 5 000 innbyggere (figur 5.1).

Tabell 5.2. Kommuner med dagaktivitetstilbud etter fylke. Antall (%)

	2007 Kommuner (%)	2010-2011 Kommuner (%)	2014 Kommuner (%)	2014 Antall tilbud
Østfold	8 (44)	12 (67)	13 (72)	15
Akershus	13 (59)	14 (64)	21 (96)	33
Oslo	1*	1*	1	35
Hedmark	10 (46)	12 (55)	19 (86)	23
Oppland	8 (31)	14 (54)	21 (81)	24
Buskerud	11 (52)	12 (57)	16 (76)	29
Vestfold	7 (50)	8 (57)	13 (93)	25
Telemark	6 (33)	3 (19)	8 (44)	11
Aust-Agder	4 (27)	6 (40)	9 (60)	14
Vest-Agder	6 (40)	9 (60)	12 (80)	15
Rogaland	11 (42)	15 (58)	17 (65)	19
Hordaland	8 (24)	14 (42)	25 (76)	46
Sogn og Fjordane	4 (15)	10 (39)	17 (65)	18
Møre og Romsdal	10 (27)	17 (47)	25 (69)	32
Sør-Trøndelag	11 (44)	9 (36)	19 (76)	24
Nord-Trøndelag	3 (13)	10 (42)	12 (52)	14
Nordland	4 (9)	9 (21)	28 (63)	39
Troms	2 (8)	7 (28)	17 (71)	19
Finnmark	3 (16)	6 (32)	12 (63)	16
Hele landet	130 (30)	188 (44)	305 (71)	451

* Det mangler informasjon om Oslo på bydelsnivå ved disse kartleggingen. Oslo telles derfor i denne tabellen som en kommune.

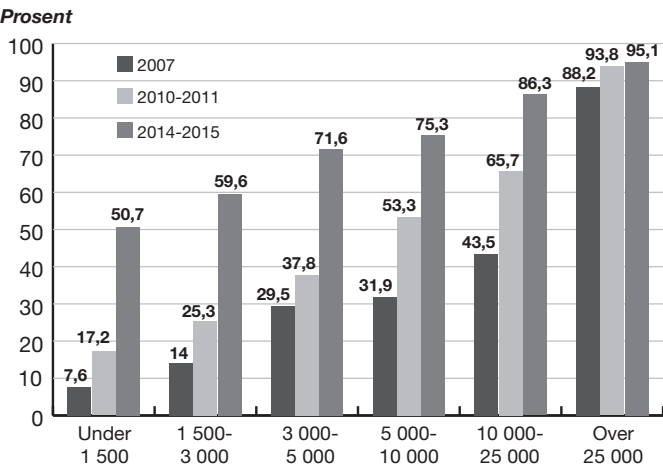
Antall dagaktivitetstilbud per kommune

I de 305 kommunene med tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens, ble det gitt opplysninger om til sammen 451 tilbud. Ved kartleggingen i 2010-2011 var det i alt 275 tilbud fordelt på 188 kommuner. Som ved forrige kartlegging hadde opp mot 80 prosent av kommunene kun ett tilbud, nå hadde 13 kommuner fire eller flere tilbud, mot seks kommuner i 2010-2011 (tabell 5.3).

Flest dagaktivitetstilbud finner vi i Oslo med 35, 19 av disse ble organisert fra bydelene og 16 fra Sykehjemsetaten. Bergen hadde 12 dagaktivitets-tilbud og i Bærum var det sju.

Transport

En del dagaktivitetstilbud hadde flere alternative løsninger på transport til og fra tilbudet. I noen kommuner med flere dagaktivitetstilbud, hadde de ulike transportløsninger til de ulike tilbudene. I 249 tilbud (55,2 prosent) benyttet de kommunal transport der personal fra dagaktivitetstilbudet var med. Til sammen 51 tilbud (11,3 prosent) hadde kommunal transport uten personale fra tilbudet. Til sammen 133 (29,5 prosent) benyttet drosje. Ved 83 tilbud (18,4 prosent) stod pårørende for transporten. Det var 64 tilbud (14,2 prosent) som hadde annen transportordning. Flere kommenterte at de brukte drosje og at personale var med i drosjen. Tilbud organisert som *inn på tunet / grønn omsorg*, der gården hadde egen bil og hentet brukerne, ble her regnet med under annen transportløsning.



Figur 5.1.
Andel kommuner med dagaktivitetstilbud etter folketall.

Tabell 5.3. Antall dagaktivitetstilbud per kommune med tilbud, 2020-2022 og 2014

Antall tilbud	2010-2011 Antall kommuner (%)	2014 Antall kommuner (%)
1	149 (79,3)	240 (78,7)
2	28 (14,9)	42 (13,8)
3	5 (2,7)	10 (3,3)
4	1 (0,5)	7 (2,3)
5	-	3 (1,0)
6	2 (1,1)	-
7	1 (0,5)	1 (0,3)
8	1 (0,5)	-
12	-	1 (0,3)
24	1 (0,5)	-
35	-	1 (0,3)*
Totalt	188	305

* Oslo telles her med dagaktivitetstilbud både organisert fra bydelene og fra Sykehjemsetaten (i sykehjemmene) som bydelsovergrepene tilbud.

Tilbud til yngre personer med demens

Kommunene ble spurt om det enkelte dagaktivitetstilbudet eller deler av tilbudet, var øremerket yngre personer med demens (<65 år). Til sammen 54 tilbud var øremerket for denne gruppen. Disse tilbudene var lokalisert i 44 ulike kommuner. Ved 43 av tilbudene oppga de antall plasser som var øremerket, i alt 238.

Kartleggingen viste at det i hovedsak var befolkningsrike kommuner som hadde egne dagaktivitetstilbud spesielt for yngre personer med demens. Om lag tre firedeler av tilbudene (41 av 54) var lokalisert i 32 kommuner med over 10 000 innbyggere. Her telles Oslo med syv dagaktivitetstilbud hvor hele eller deler av tilbudet, var øremerket yngre personer med demens. Tre andre kommuner hadde øremerking på to av sine tilbud. I kommuner med mellom 3 000 og 10 000 innbyggere var det fem kommuner som hadde ett tilbud med øremerking for yngre personer med demens. Sju kommuner med under 3 000 innbyggere hadde til sammen åtte tilbud.

Elleve av tilbudene som var øremerket yngre personer, hadde organisert tilbudet under modellen *inn på tunet / grønn omsorg*.

Åpningstider

Ved 435 av de 451 tilbudene ble det oppgitt hvor mange uker i året tilbudet holdt åpent. I alt 395 tilbud (90,6 prosent av de som svarte) hadde åpent 46 uker eller mer i året og 174 tilbud (39,9 prosent) hadde i praksis åpent hele året (51 eller 52 uker). Kun seks tilbud hadde åpent mindre enn 40 uker i året.

Det ble spurt om hvor mange dager per uke tilbudene var åpne. For å kunne sammenligne dette med de tidligere kartleggingene, ble dette beregnet for hver kommune og ikke for de enkelte tilbudene. For kommuner med flere tilbud var det tilbudet som hadde åpent flest dager i uka som ble lagt til grunn. Opp mot halvparten av kommunene med dagaktivitetstilbud (48,5 prosent) hadde åpent fire eller flere dager per uke (tabell 5.4). Gjennomsnittlig antall dager per uke kommunene hadde åpent dagaktivitetstilbud, var 3,6.

Tabell 5.4. Antall dager i uken dagaktivitetstilbudet var åpent etter kommune

<i>Antall dager åpent per uke</i>	<i>2004-2005 Antall kommuner (%)</i>	<i>2007 Antall kommuner (%)</i>	<i>2010-2011 Antall kommuner (%)</i>	<i>2014 Antall kommuner (%)</i>
1	15 (15,3)	12 (9,4)	26 (13,9)	27 (8,9)
2	17 (17,4)	21 (16,4)	42 (22,5)	72 (23,6)
3	13 (13,3)	25 (19,5)	21 (11,2)	58 (19,0)
4	12 (12,2)	14 (10,9)	15 (8,0)	18 (5,9)
5	40 (40,8)	49 (38,3)	74 (39,6)	116 (38,0)
6	0 (0)	1 (0,8)	2 (1,1)	4 (1,3)
7	1 (1,0)	6 (4,7)	7 (3,7)	10 (3,3)
Totalt*	98 (100)*	128 (100)*	187 (100)*	305 (100)**

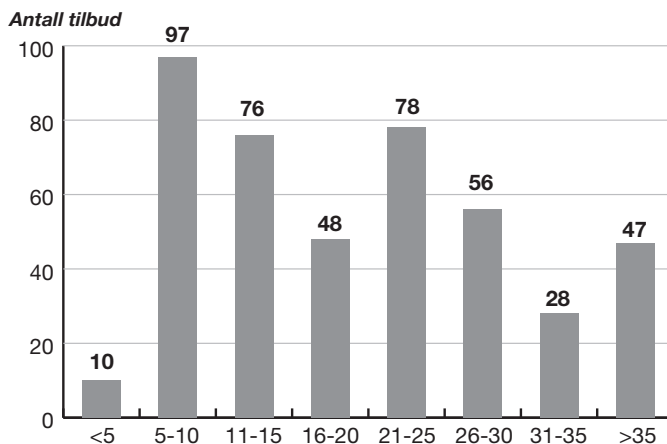
* Ikke alle kommunene besvarte spørsmålet. Andelen er beregnet ut fra dem som svarte.

** I kommuner med flere tilbud er tilbudet med flest dager telt med.

Det er relativt små forskjeller i antall dager tilbudene holder åpent per uke når en ser på andel kommuner med tilbud i 2004-2005, 2007, 2010-2011 og 2014. Antall kommuner med tilbud har imidlertid økt betydelig. I denne kartleggingen opplyste 38,0 prosent av kommunene med tilbud at det var åpent fem dager i uka. I 2010-2011 var andelen 39,6, men det var likevel 42 flere kommuner som hadde åpent fem dager per uke. Andelen kommuner som har åpent tre dager per uke, har økt fra kartleggingen i 2010-2011. Andelen kommuner med tilbud som bare har åpent en dag per uke, har gått noe ned, og det er en liten økning i antall kommuner med tilbud som holder åpent lørdag og søndag.

De fleste dagaktivitetstilbudene hadde åpent på formiddagen i ukedagene, dette gjaldt 448 av de 451 tilbudene (99,3 prosent) og 78 tilbud (17,3 prosent) hadde åpent på ettermiddagstid. I spørreskjema var det ikke definert klokkeslett ved avkryssing om de hadde åpent på ettermiddagstid, slik at i denne andelen kan det og være noen tilbud som har åpent på formiddagen og tidlig på ettermiddagen. Men flere av dem som trolig hadde åpent utover ettermiddagen (etter klokka 17:00), kommenterte at de ikke hadde åpent alle ettermiddagene, men gjerne to ettermiddager per uke. Noen tilbud hadde åpent i helgene. Det var lørdagsåpent ved 15 tilbud (3,3 prosent) og 12 tilbud (2,7 prosent) hadde åpent på søndager. Også her var det flere som ikke hadde åpent hver helg.

Figur 5.2 viser en oversikt over antall timer dagaktivitetstilbudene for personer med demens var åpne per uke. Av de 451 tilbudene var det 440 som besvarte spørsmålet. Åpningstiden var i gjennomsnitt 20,5 timer per uke.



Figur 5.2.
Åpningstid. Antall timer i uken etter antall tilbud
(n=440)

Tildeling av plass

To tredeler (204) av kommunene som har tilbud, hadde demensdiagnose som kriterium for tildeling av plass i dagaktivitetstilbudet. På spørsmål om dagaktivitetstilbudene ble brukt til observasjon ved mistanke om demens svarte 84 av kommunene der demensdiagnose var et kriterium, bekreftende på dette. I de kommunene som ikke hadde diagnose som inntakskrav, var det 74 som brukte tilbudet til observasjon ved mistanke om demens.

Vedtak

Det ble spurt om hvorvidt det ble fattet vedtak om tildeling av plass i dagaktivitetstilbudet. I alt 254 kommuner (83,6 prosent) svarte bekreftende på dette. I 50 kommuner (16,4 prosent) ble det ikke fattet vedtak. En kommune besvarte ikke spørsmålet. I 208 kommuner (69,3 prosent) ble dagaktivitetstilbudet gitt både som *aktivitetstilbud* og som *avlastning*. I 72 kommuner (24,0 prosent) ble tilbudet kun gitt som aktivisering. I sju kommuner (2,3 prosent) ble tilbudet kun gitt som avlastning, 13 kommuner oppga at de verken ga tilbudet som

avlastning eller aktivitetstilbud og fem kommuner svarte ikke på spørsmålet.

Lokalisering

Halvparten av dagaktivitetstilbudene (229) var lokalisert i tilknytning til sykehjem og 49 var tilknyttet skjermet enhet. I alt 85 tilbud (18,8 prosent) var lokalisert til bokollektiv og omsorgsboliger, 23 (5,0 prosent) til eldrecenter. Det var 40 tilbud (8,9 prosent) som var organisert som *inn på tunet / grønn omsorg* og fire dagaktivitetstilbud (0,9 prosent) var drevet som dagaktivitetstilbud i eget hjem. Ved 70 tilbud (15,5 prosent) var det ført opp annen plassering, en stor andel av disse hadde egne frittliggende lokaler (tabell 5.5).

Noen dagaktivitetstilbud førte opp flere plasseringer på tilbudet sitt. For eksempel var tilbudet plassert i sykehjem og i tillegg hadde en ansatt ansvar for dagaktivitetstilbud i eget hjem, en annen organisering var der de en dag i uka hadde tilbud i *inn på tunet / grønn omsorg* og resten av uka var knyttet til omsorgsboliger. Ved 17 tilbud var dagsenter i eget hjem en del av driften selv om dette ikke var

deres hovedplassering. Det vil si at det i alt var 21 tilbud med dagsenter i eget hjem som en del av sin tjeneste. For sju tilbud ble det oppgitt at *inn på tunet / grønn omsorg* var en del av tilbudet. Til sammen var dermed 47 tilbud helt eller delvis gitt etter modellen *inn på tunet / grønn omsorg*, selv om bare 40 hadde dette som hovedlokalitet.

Antall plasser i dagtilbudet

Antall plasser i dagtilbudene varierte sterkt og vil kunne henge sammen med hvordan tilbudet var organisert. Av de 71 tilbudene som var oppgitt å ha fra en til tre brukere per dag, var 39 i sykehjem og 12 i bokollektiv i omsorgsbolig tilrettelagt for personer med demens. Av disse små tilbudene kan nok en del være organisert som dagplasser i avdelinger med et heldøgns tilbud.

I alt var 53 prosent av dagplassene lokalisert til sykehjem. Disse tilbudene varierte fra en til 47 plasser. Vi må anta, uten at vi har opplysninger om det fra denne kartleggingen, at de største tilbudene fordeler brukerne på mindre grupper innad i tilbudet. Hvis en regner gjennomsnitt for de 229 tilbudene som er lokalisert til sykehjem, var det litt i underkant av åtte plasser per enhet.

Som vist i tabell 5.5 var 18,8 prosent av tilbudene organisert i tilknytning til bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig. Antall plasser i disse tilbudene utgjorde litt under 20 prosent av det samlede antall plasser. Gjennomsnitt per tilbud var på 7,9 plasser.

De 40 dagaktivitetstilbudene som var organisert som *inn på tunet / grønn omsorg* sto for i underkant av seks prosent av plassene. I gjennomsnitt hadde hvert tilbud 5,1 plasser.

Tabell 5.5. Lokalisering av dagaktivitetstilbudet (n=451)

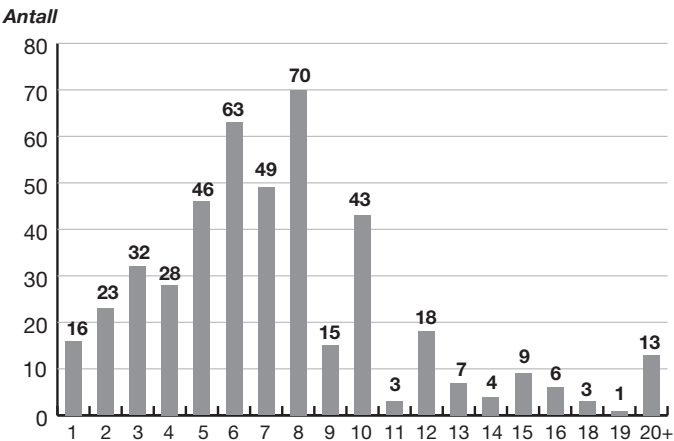
Sted	Antall (%)
Sykehjem	229 (50,8)*
Bokollektiv/omsorgsbolig	85 (18,8)
Inn på tunet/grønn omsorg	40 (8,9)
Eldrecenter	23 (5,0)
Dagaktivitetstilbud i eget hjem	4 (0,9)
Annet	70 (15,5)

* 49 av tilbudene i sykehjem var knyttet til skjermet enhet. For Oslo er det ikke opplyst annet enn at tilbudet er knyttet til sykehjem.

Om lag 4,5 prosent av plassene var organisert i tilknytning til eldresentra. Her var det i gjennomsnitt 6,7 plasser per tilbud.

Gruppen «annet» sto for 15,8 prosent av plassene og omfattet i alt 70 ulike tilbud med i gjennomsnitt noe under åtte plasser per enhet. De aller fleste tilbudene i denne gruppen holdt til i lokaler som ikke var knyttet til helse- eller omsorgsinstitusjon. En del ble beskrevet som selvstendige leiligheter, noen tilbud leide lokaler i grendehus eller i foreningslokaler. Andre tilbud holdt til i egne hus, noen nær kommunale virksomheter, men også lokalisert til for eksempel museumsområder. Denne gruppen synes å representere tilbud med mindre nærhet til tradisjonell omsorg. Aktivitetstilbud i slike miljøer kan kanskje være enklere å delta i for yngre personer med demens eller personer tidlig i en demensutvikling.

Samlet hadde over halvparten av tilbudene fra fem til åtte brukere per dag. Gjennomsnitt for alle tilbudene var 6,3 plasser. Se figur 5.3.



Figur 5.3.
Dagaktivitetstilbud etter størrelse.
Antall brukere per dag. (n=450)

Antall ansatte

Behovet for personell vil selvsagt variere med brukernes behov for hjelp og hvilket ambisjonsnivå tilbudet har med hensyn til aktivitet. I vurderingen vil man måtte ta hensyn til hva som er forsvarlig drift ut fra sikkerhetshensyn, men også ut fra hva som skal til for å gi et tilfredsstillende aktivitets-tilbud til den enkelte bruker.

Det ble i kartleggingen spurt om hvor mange ansatte som var til stede i dagaktivitetstilbudet. I de 451 tilbudene var det svært stor variasjon. I seks av tilbudene var det 10 eller flere brukere per ansatt på jobb, mens det i 23 tilbud var en ansatt per bruker. I 70 tilbud var det bare en ansatt til stede i tilbudet, 22 av disse hadde fra 5 til 10 brukere. Gjennomsnittet for alle tilbudene var 3,5 brukere per ansatt til stede i tilbudet.

Kompetanse

Ved 351 tilbud (77,8 prosent) var det ansatt helsefagarbeider (hjelpepleier/omsorgsarbeider) og 150 tilbud (33,3 prosent) hadde aktivitør. I 169 tilbud (37,5 prosent) var det sykepleier og henholdsvis 49 (10,9 prosent) og 31 tilbud (6,9 prosent) hadde vernepleier og ergoterapeut ansatt. I til sammen 140 tilbud (31,0 prosent) ble det krysset av på

Tabell 5.6. Ansattes kompetanse (n=451)

Ansattes kompetanse	Antall tilbud (%)
Helsefagarbeider*	351 (77,8)
Aktivitør	150 (33,3)
Sykepleier	169 (37,5)
Vernepleier	49 (10,9)
Ergoterapeut	31 (6,9)
Andre	140 (31,0)

* Inkludert hjelpepleier og omsorgsarbeider.

kategorien «andre» under yrkesbakgrunn. Her ble det gitt tilleggsopplysninger, og fysioterapeut, sosionom, lærer, kokk og gårdbruker var yrkesgrupper som ble beskrevet av flere. I tillegg hadde noen tilbud miljøarbeider og miljøterapeut. Flere hadde og ufaglærte, mange kommenterte at disse hadde fått opplæring om demens og flere av dem hadde gjennomført Demensomsorgens ABC (tabell 5.6).

Frivillige hjelpere

Det ble spurt om dagaktivitetstilbudene hadde tilknyttet seg frivillige hjelpere. Her svarte 163 tilbud (36,1 prosent) at de hadde frivillige tilknyttet virksomheten. Ved 128 tilbud oppga de antall frivillige. Ved 80 av disse var det en til to frivillige, 34 tilbud hadde fra tre til fem, og 14 tilbud hadde seks eller flere frivillige ved dagaktivitetstilbudet.

Opplæring i dagaktivitetstilbud

Kommunene ble spurt om ansatte i dagaktivitetstilbudene hadde fått opplæring i perioden 2011-2014. Spørsmålene ble besvart for i alt 447 tilbud. Ansatte ved 332 tilbud (74,3 prosent) hadde gjennomført opplæring med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC, og ansatte ved 291 tilbud (65,1 prosent) hadde mottatt annen opplæring i denne perioden. Ved 222 tilbud (49,7 prosent) hadde de ansatte mottatt begge typer

opplæring, mens det i 46 tilbud (10,3 prosent) ikke var gitt opplæring i perioden (tabell 5.7).

Egenandeler

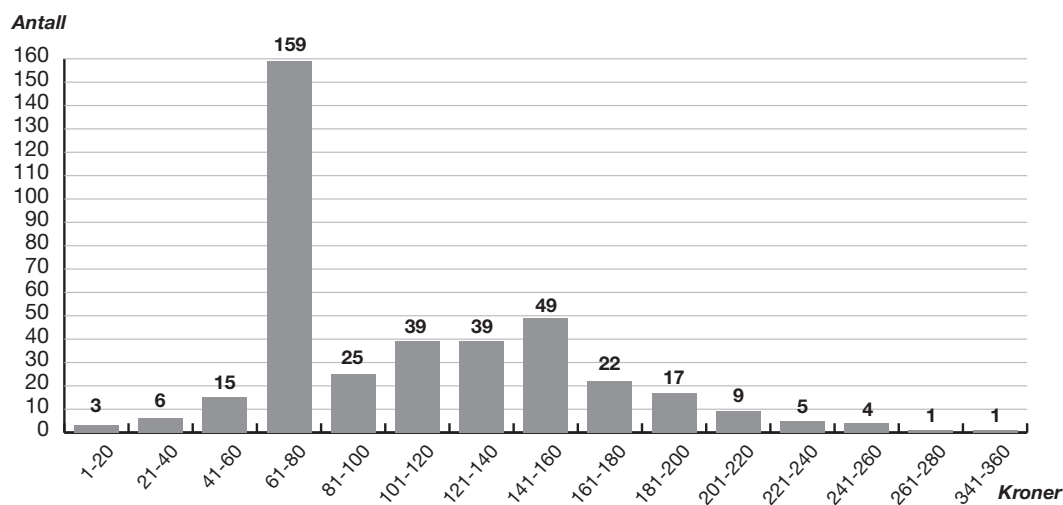
I alt 397 tilbud (88,0 prosent) krevde egenandel for dagaktivitetstilbudet og/eller betalt for transport og/eller betaling for mat. Ved 338 tilbud (74,9 prosent) ble det krevd egenandel, 71 tilbud (15,7 prosent) tok egenandel for transport og 103 tilbud (22,8 prosent) tok betalt for mat.

Det var 59 tilbud (13,1 prosent) som krevde egenandel og i tillegg tok ekstra betalt for transport, 45 tilbud (10,0 prosent) hadde egenandel og tok ekstra betaling for mat. Ved 15 tilbud (3,3 prosent) krevde de egenandel og tok ekstra betalt både for transport og mat.

Det var stor variasjon i størrelsen på egenandelene (figur 5.4). Til sammen 127 tilbud tok 74 kroner i egenandel er dag, i følge forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester var egenandelens størrelse ved dagopphold i institusjon på inntil 74 kroner i 2014. Ut fra de opplysninger som er innhentet er det vanskelig å få et klart bilde av hvordan man kommer frem til størrelsen på egenandelen. Det synes å være svært ulik praksis i de forskjellige kommunene. Noe av forskjellene vil henge sammen med hva tilbudet for den enkelte bruker er definert som. Dette understrekes i Helsedirektoratets brev til Fylkesmannen i Hedmark av 30.05.2014, som svar på en henvendelse om hva kommunene har anledning til å kreve. «... Når det gjelder kommunens adgang til å kreve egenandel for dagaktivitetstilbudet, vil dette avhenge av hva slags tilbud eller tjenester dagaktivitetstilbudet ytes i stedet for. Det må derfor komme klart frem av vedtaket hva som er formålet med dagaktivitetstilbudet ...»

Tabell 5.7. Dagaktivitetstilbud med gjennomført opplæring for ansatte. Antall (%) (n=447)

Opplæring	Antall (%)
ABC-opplæring	332 (74,3)
Annen opplæring	291 (65,1)
Begge typer opplæring	222 (49,7)
Ikke opplæring	46 (10,3)



Figur 5.4. Egenandel for dagaktivitetstilbud.

Figur 5.4 gir et bilde av variasjonen i størrelsen på de beløp kommunene krever i egenandel. Hvorvidt de ulike kravene ligger innenfor gjeldende regelverk og er i overensstemmelse med hva tilbudet er definert som, er ikke mulig å vurdere på bakgrunn av denne kartleggingen. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede mulige modeller for finansiering og egenbetalingsordninger i omsorgstjenesten, uavhengig av boform. Formålet med utredningen er å få et rettferdig og forutsigbart regelverk som er enkelt å forstå, både for brukere, pårørende og kommunene. Helsedirektoratet skal levere sin utredning innen 15. august 2015.

Støttekontakter til personer med demens

I alt 278 kommuner (65 prosent) oppga at det var fattet vedtak om støttekontakt til personer med demens i deres kommune. Av disse hadde 216 kommuner fattet vedtak om støttekontakt til

personer med demens i 2013 og dette omfattet totalt 812 personer. Av de 812 vedtakene om støttekontakt var til sammen 145 av dem fattet i to store kommuner. I de to foregående kartleggingene, både i 2007 og i 2010-2011, var det 258 kommuner (60 prosent) som hadde oppgitt at det var fattet vedtak om støttekontakt til personer med demens. I forbindelse med kartleggingen i 2007 ble det tatt ny kontakt med alle kommunene som hadde oppgitt at de hadde tilbud om støttekontakt. Ved den nye kontakten var det kun 145 kommuner som hadde støttekontakt til personer med demens på intervju-tidspunktet. Noe av forklaringen kan ligge i at kommuner hadde støttekontakt tidligere på året, men at tilbudet hadde opphørt på intervju-tidspunktet. Det ble også pekt på vanskeligheter med å skaffe egnede personer til å være støttekontakter. Dette kan fortsatt være tilfelle, men er ikke undersøkt i denne kartleggingen.

Opplæring til støttekontakter

I 55 (19,8 prosent) av de 278 kommunene som hadde vedtak om støttekontakt for personer med demens, ble det gitt spesiell opplæring om demens til støttekontaktene. Kommuner som oppga at støttekontaktene hadde deltatt på pårørendeskole eller Demensomsorgens ABC, ble regnet inn i gruppen med tilbud om spesiell opplæring om demens. I 114 kommuner (41,0 prosent) ble det gitt andre opplæringstilbud til støttekontaktene. Det var 22 kommuner som både ga spesiell opplæring om demens og annen opplæring til støttekontaktene for denne gruppen. Det betyr at det totalt var 147 kommuner (52,9 prosent) som hadde en eller annen form for opplæringstilbud til støttekontakter for personer med demens (tabell 5.8).

Tabell 5.8. Kommuner med gjennomført opplæring for støttekontakter til personer med demens. Antall (%) (n=278)

Opplæring	Antall (%)
Spesiell opplæring om demens	55 (19,8)
Annen opplæring	114 (41,0)
Begge typer opplæring	22 (7,9)
Ikke opplæring	131 (47,1)

Samtalegrupper for personer med demens

På spørsmål om kommunene hadde egne samtalegrupper for personer med demens svarte i alt 27 kommuner (6,3 prosent) bekreftende på dette. Dette er nedgang fra 2010-2011 da 35 kommuner oppga at de hadde dette tilbudet. Av de 27 var det 15 kommuner med over 10 000 innbyggere og 12 av tilbudene var i kommuner med 3 000 til 10 000 innbyggere. Denne kartleggingen dekker kun de

tilbud som kommunene har oppgitt at de har, antallet tilbud ville trolig steget noe om en hadde kartlagt denne typen tilbud som gis fra spesialisthelsetjeneste og frivillige organisasjoner i tillegg.

Oppsummering

«Når demensplanen er gjennomført i 2015 bør alle landets kommuner kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens, enten i eget hjem, i sykehjem eller som dagsenter-tilbud» (Demensplan 2015 s. 20). Satsningen på dagaktivitetstilbud, inkludert tilskuddsordningen, har bidratt til stor økning i andelen kommuner som har dagaktivitetstilbud. I 305 kommuner tilbys det nå dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens og antall personer som mottar tilbudet er nær doblet fra kartleggingen i 2010-2011.

Det er fortsatt en vei å gå for at alle kommuner kan tilby dagaktivitetstilbud før det, etter politiske føringer, vil bli lovfestet fra 1. januar 2020. Det er også behov for å øke antall plasser betydelig. Med kapasiteten i de tilbud som er i drift per i dag, får i beste fall bare hver sjetten hjemmeboende person med demens et tilbud om dagaktivitetstilbud selv om hver plass i gjennomsnitt gir tilbud til 1,8 brukere. Vi vet fra intervju av pårørende i forbindelse med utviklingsprogrammet om dagaktivitetstilbud i demensplanen, at antall dager personen med demens er i tilbudet per uke, er av stor betydning for pårørendes opplevelse av avlastning (Taranrød 2011). Når det ved denne kartleggingen i snitt er 1,8 brukere per plass og bare 38 prosent av de eksisterende plassene har åpent fem dager per uke, vil antall timer den enkelte brukeren får fra tilbudet være begrenset. For de 451 dagtilbudene som er registrert er gjennomsnittlig åpningstid 20,5 timer per uke.

Antall plasser per tilbud varierer betydelig. I større kommuner viser kartleggingen enkelttilbud med 20 til over 40 daglige brukere. Det er grunn til å anta at det her deles opp i mindre grupper i forbindelse med aktiviteter. Samlet er det i gjennomsnitt 6,3 plasser per tilbud.

Det er fortsatt slik at en stor andel av tilbudene er knyttet opp mot institusjoner. Over halvparten av plassene er organisert i tilknytning til sykehjem. I tillegg er nærmere 20 prosent knyttet til bokollektiv for personer med demens i omsorgsboliger. Det har vært en positiv økning i tilbud organisert under *inn på tunet / grønn omsorg*, men fortsatt er det under seks prosent av plassene som gis i slike tilbud. Nærmere 16 prosent av plassene er i tilbud som er organisert i lokaler uten tilknytning til helse- og omsorgsinstitusjoner. Dette antas å være hensiktsmessig for å rekruttere personer med demens som er i en tidlig fase av sykdomsutviklingen.

Bemanningen i dagaktivitetstilbudene varierer svært mye. Dette kan henge sammen med type tilbud og brukernes behov for bistand. Uansett vil tilbud med bare en ansatt til stede kunne være sårbare. I alt 70 av de tilbudene vi har opplysninger om, hadde bare en ansatt til stede i åpningstiden, en tredel av disse tilbudene hadde fra 5 til 10 brukere. Gjennomsnittet for alle tilbudene var 3,5 brukere per ansatt til stede i tilbudet.

Det synes som om kommunene har valgt å satse på opplæring av ansatte i dagaktivitetstilbudene. I nærmere 90 prosent av tilbudene er det gitt opplæring om demens i perioden 2011-2014. I nær tre firedeler av tilbudene har ansatte deltatt i virksomhetsintern opplæring med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC.

Det er til dels stor variasjon med hensyn til egenandeler som kreves fra brukerne. Selv om dette avhenger av hvordan tilbudet defineres ved tildeling, vil det nok fra brukernes side kunne oppleves merkelig, og en mer ensartet praksis kan med fordel tilstrebes.

Antall kommuner som tilbyr støttekontakt til personer med demens har bare økt med fem prosent siden forrige kartlegging. Bare 20 prosent av kommunene ga opplæring om demens til disse støttekontaktene.

Tilbud om samtalegrupper for personer med demens blir nå tilbudt fra 27 kommuner og dette er en nedgang fra forrige kartlegging. Her ville trolig antall tilbud steget en del dersom tilbud som gis fra spesialisthelsetjeneste og frivillige organisasjoner hadde vært kartlagt.



KAPITTEL 6

Tilbud til pårørende

I Demensplan 2015 er en av målsettingene at pårørendeskoler og samtalegrupper skal bli tilgjengelig i hele landet i løpet av planperioden. Som et ledd i denne satsingen ble det treårige utviklingsprogrammet «*Tilbud til pårørende – pårørendeskoler og samtalegrupper*» gjennomført i perioden 2007-2009. Målsettingen for en pårørendeskole er å gi pårørende støtte til å mestre de praktiske og følelsesmessige omstillingene og utfordringene som følger med omsorgen for en person med demens, og konseptet innebærer undervisning i kombinasjon med gruppesamtaler (Hotvedt 2010).

I 2011 bevilget Stortinget ekstra midler for å oppnå målsettingen i demensplanen. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre satsingen. Prosjektledelsen er lagt til Aldring og helse, som administrerer det øremerkede tilskuddet på vegne av Helsedirektoratet.

Pårørendeskoler og andre kurstilbud

I alt 289 kommuner (67,5 prosent) gjennomførte pårørendeskole i 2013 og/eller 2014, 167 kommuner gjennomførte pårørendeskole både i 2013 og i 2014. I 86 kommuner (20,1 prosent) hadde de andre kurstilbud (temakvelder og ulike kurs og

samlinger) for pårørende til personer med demens. I alt 61 kommuner hadde begge tilbudene. Dette betyr at til sammen 314 kommuner (73,4 prosent) enten hadde pårørendeskoler, andre kurs eller tilbud om begge deler (tabell 6.1). I disse tallene er Oslo tatt med som en kommune, Oslo hadde bydelsovergripende pårørendeskole både i 2013 og 2014 og i tillegg gjennomførte seks bydeler egne pårørendeskoler i 2013 og/eller 2014.

I 2007 var det 49 kommuner (11,4 prosent) som hadde pårørendeskole og/eller andre kurstilbud for pårørende til personer med demens. Fram til kartleggingen i 2010-2011 var det en markant økning i tilbudet. I alt 247 kommuner (57,4 prosent) opplyste da at de hadde pårørendeskole og/eller annet kurstilbud. Ved kartleggingen i 2014 hadde antallet økt med ytterligere 67 kommuner til 314.

Tilbud drevet av frivillige

Ved kartleggingene i 2007 og 2010-2011 ble det i tillegg til innsamling av informasjon fra kommunene, foretatt en undersøkelse der lokale demensforeninger ble forespurt om hva slags tilbud som ble drevet i deres regi. Det viste seg at noen av tilbudene som da ble drevet av de lokale demensforeningene, ikke ble fanget opp av kommunekartleggingen. I 2014 har det ikke blitt gjennomført en egen undersøkelse av tilbud gitt

fra de lokale demensforeningene. Det er derfor en mulighet for at tilbud ikke er fanget opp. Vi tror imidlertid at tilskuddsordningen, der det i hovedsak er kommunene som står som søkere selv om

arbeidet utføres i samarbeid med frivillige organisasjoner, har ført til at de fleste tilbud har blitt registrert.

Tabell 6.1. Kommuner med pårørendeskoler, andre kurstilbud og samtalegrupper for pårørende. Antall (%)

	2007 (n=430)	2010-2011 (n=430)	2014* (n=428)
Pårørendeskole	20 (4,7)	163 (37,9)	289 (67,5)
Andre kurstilbud	31 (7,2)	129 (30,0)	86 (20,1)
Har enten pårørendeskole, andre kurstilbud eller begge tilbud	49 (11,4)	247 (57,4)	314 (73,4)
Samtalegruppe	41 (9,5)**	85 (19,8)	133 (31,1)

* Denne undersøkelsen omfatter kun data fra undersøkelsen rettet til kommunene. I 2007 og 2011 ble det i tillegg gjennomført egne undersøkelser til demensforeninger om deres aktivitet. Dette er ikke gjort i 2014.

** Inkludert tre kommuner som hadde tilbud for pårørende og personer med demens sammen.

Tabell 6.2. Ansvarlige for opplæringstilbud til pårørende. Antall (%)

	Pårørendeskoler (n=289)	Andre kurstilbud (n=85)*
Kommunen alene	53 (18,3)	13 (15,3)
Interkommunalt samarbeid	69 (23,9)	6 (7,0)
Frivillige organisasjoner alene	13 (4,5)	20 (23,5)
Frivillige organisasjoner i samarbeid med kommune	43 (14,9)	14 (16,6)
Interkommunalt sammen med frivillige organisasjoner	51 (17,7)	12 (14,1)
Interkommunalt sammen med spesialisthelsetjenesten	3 (1,0)	0
Interkommunalt i samarbeid med frivillige organisasjoner og spesialisthelsetjenesten	29 (10,0)	3 (3,5)
Kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten	14 (4,8)	5 (5,9)
Kommunen i samarbeid med frivillige og spesialisthelsetjenesten	8 (2,8)	4 (4,7)
Andre	6 (2,1)	8 (9,4)

* En kommune besvarte ikke dette spørsmålet.

Drift av pårørendeskoler og andre kurs

Der var flere modeller med drift av pårørendeskoler der frivillige organisasjoner var medvirkende. Totalt omfattet dette nesten halvparten av pårørendeskolene. Frivillige organisasjoner hadde eneansvar for drift i 4,5 prosent av tilbudene. Kommunene hadde eneansvar for drift av 18,3 prosent av pårørendeskolene. Mange kommuner rapporterte om interkommunalt samarbeid om pårørendeskoler (52,6 prosent), noen av disse også i samarbeid med frivillige organisasjoner. I 18,6 prosent av kommunene med tilbud, hadde de samarbeid med spesialisthelsetjenesten, også dette ofte i samarbeid med andre kommuner og frivillige organisasjoner. Andre samarbeidspartnere var fylkesmannsembetene og den norske kirke (tabell 6.2).

I drift av *andre kurs* var frivillige organisasjoner den største aktøren. Mange hadde temakvelder eller kurs i regi av lokal demensforening. Andre samarbeidspartnere er beskrevet som tilbud fra spesialisthelsetjenesten eller landsdekkende tilbud. De landsdekkende tilbudene, som ble nevnt, var *Møteplass for mestring* og *Tid til å være ung?* Begge disse tilbudene, som retter seg mot yngre personer med demens og deres pårørende, er tiltak som omfattes av pårørendesatsingen og tilskuddsordningen under Demensplan 2015.

Samtalegrupper for pårørende

I 133 kommuner (31,1 prosent) var det egne samtalegrupper for pårørende til personer med demens (tabell 6.1). Kommunene hadde eneansvar for samtalegruppene i 36,7 prosent av tilbudene, frivillige organisasjoner var samarbeidspartner i halvparten av samtalegruppetilbudene (51,1 prosent) og hadde eneansvar for 17,3 prosent av tilbudene. I 21,1 prosent av tilbudene var det interkommunalt samarbeid, også her var det flere som hadde samarbeid med frivillige organisasjoner.

Ved kartleggingen i 2007 var det 41 kommuner (9,5 prosent) som hadde samtalegruppe for pårørende, siden da har det vært en jevn økning. I 2010-2011 hadde tallet økt med 44 kommuner til 85 (19,8 prosent) og frem til denne kartleggingen hadde det økt med ytterligere 48 kommuner til 133 (31,1 prosent). Av kommunene som hadde samtalegrupper for personer med demens var det 122 som også hadde pårørendeskole eller annet kurstilbud.

Andre tilbud til pårørende

Det var 72 kommuner (16,8 prosent) som hadde *andre tilbud til pårørende*. Mange steder var dette tilbud om *pårørendecafe* som er treffsted for personer med demens og deres pårørende. Noen steder var det et eget kulturtilbud på pårørendecafeen. I tillegg til å være et sted å møte andre i samme situasjon, er cafeen et sted å hente informasjon og kunnskap om demens og hjelpeordninger. Noen kommuner arrangerte turgrupper og noen få hadde egen demenstelefon og ressurscenter der pårørende kunne henvende seg.

Et annet tilbud som ble hyppig beskrevet under «andre tilbud til pårørende» var individuelle samtaler. Ansvar for slike samtaler var mange steder hos demenssteam, demenskoordinator eller ansatte ved dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Oppsummering

En målsetting i Demensplan 2015 er at pårørendeskoler og samtalegrupper skal bli tilgjengelig for pårørende i hele landet i løpet av planperioden. Satsingen på dette området og tilskuddsordningen har bidratt til at det har vært en stor økning i kommuner som tilbyr pårørendeskole. I alt 289 kommuner gjennomførte pårørendeskole i 2013 og/eller 2014. Samtalegrupper tilbys som en del av konseptet i pårørendeskolen og i tillegg oppga 133 kommuner at de hadde egne samtalegrupper for pårørende til personer med demens.



KAPITTEL 7

Tilrettelagte botilbud for personer med demens

Sykehjemsplasser

I denne som ved tidligere kartlegginger, er kommunene spurt om antall sykehjemsplasser. Kartleggingen viser en liten nedgang siden forrige kartlegging (2010-2011) i dekningsgrad beregnet i forhold til befolkningen 80 år og eldre. Det har vært lignende utvikling siden første kartlegging i 1996-1997 (tabell 7.1). I samme periode har det vært en stor utbygging av omsorgsboliger som frittstående leiligheter, men også som gruppeboliger til personer med demens.

Om tallmaterialet

Alle tallene i denne rapporten bygger på hva kommunene har svart. Når det gjelder plasser på sykehjem har kommunene i alle undersøkelsene, oppgitt et noe lavere tall enn det Statistisk sentralbyrå (SSB) oppgir. Dette avviket er større i denne undersøkelsen enn tidligere. Mens kommunene oppgir at de har 38 658 sykehjemsplasser oppgir SSB 40 337. Videre oppgir SSB at omtrent ti prosent av plassene er på private sykehjem (private plasser). Det er sannsynlig at noe av forskjellen

Tabell 7.1. Sykehjemsplasser og dekningsgrad for befolkningen 80 år og eldre.

	1996-1997	2000-2001	2004-2005	2008*	2010-2011**	2014***
Sykehjemsplasser	33 764	36 554	38 118	36 845	38 870	38 658
Befolkningen 80 +	180 322	196 901	211 741	203 094	221 153	220 760
Dekningsgrad	18,7 %	18,6 %	18,0 %	18,1 %	17,6 %	17,5 %

* Tallene er fra 397 kommuner som svarte på undersøkelsen i 2008. Statistisk sentralbyrå oppgir totalt antall sykehjemsplasser i 2008 i alle landets kommuner til 39 548 plasser. Samlet befolkning 80 år og eldre, i alle landets kommuner var i 2008 218 594 personer.

** Statistisk sentralbyrå oppgir at det i 2010 var totalt 39 065 sykehjemsplasser i alle landets kommuner. Det er et avvik mellom hva kommunene svarer og i denne undersøkelsen og hva SSB oppgir på 0,05 %. Dette påvirker ikke beregning av dekningsgraden.

*** Statistisk sentralbyrå oppgir at det i 2013 var 40 337 sykehjemsplasser i alle landets kommuner. Ved å legge dette tallet til grunn er det en dekningsgrad på 18,3 prosent i 2014.

mellom hva kommunene oppgir og de SSB oppgir, kan forklares i at kommunene ikke har helt oversikt over private plasser og at de kun oppgir de plassene de kjøper på tidspunktet for undersøkelsen.

Når det gjelder antall personer med demens, er det slik vi har beskrevet i kapitlet om dagaktivitets-tilbud, en viss usikkerhet. Forekomsttallene som er benyttet i Demensplan 2015 og i de tidligere rapportene, bygger på internasjonale undersøkelser som er relativt gamle (Ott, et al. 1995). Ved å benytte forekomsttallene sammen med SSBs oversikter over befolkningens sammensetning, har vi beregnet forekomst av demens i befolkningen. Ved utgangen av 2014 vil forekomst av demens, ut fra en slik beregning, være om lag 72 000 for personer 65 år og eldre. Ved tidligere kartlegginger har vi lagt til grunn at om lag halvparten av disse er i institusjon. Personer med demens under 65 år er ikke medregnet.

Norske studier (Selbæk et.al. 2007) viser at omtrent 80 prosent av pasientene på sykehjem har demens. Bruker vi tallene fra SSB over antall sykehjems-plasser 40 337, gir dette ca. 32 300 personer for 2013, i tillegg viser denne kartleggingen at det er

om lag 2 200 personer med demens i tilrettelagte bokollektiv for personer med demens i omsorgs-boliger. Dette gir til sammen 35 000.

Både antall sykehjems-plasser og antall personer med demens vil dermed være noe usikre. Vi har derfor valgt å legge mindre vekt på beregninger av dekningsgrad når det gjelder tilbud i denne rapporten.

Samlet botilbud tilrettelagt for personer med demens

Av landets 428 kommuner var det 396 (92,5 prosent) som hadde enten skjermet enhet for personer med demens eller tilrettelagte bokollektiv i omsorgs-bolig. I alt 80 kommuner hadde både skjermede enheter og tilrettelagte bokollektiv. I tillegg hadde ni kommuner andre botilbud tilrettelagt for personer med demens, disse kommunene hadde i tillegg skjermet enhet og/eller bofellesskap for personer med demens. De andre botilbudene besto av små sykehjems-avdelinger som ikke ble oppgitt som skjermet enhet, tilbud i egne leiligheter med heldøgns bemanning og tilbud om forsterket skjerming i tilknytning til en bolig for personer

Tabell 7.2. Tilrettelagte plasser for personer med demens samlet.

	1996-1997	2000-2001	2004-2005	2008*	2010-2011	2014
Plasser i skjermet enhet (SE)	4 478	5 977	7 884	8 204	9 002	9 298
Plasser i forsterket skjermet enhet (FSE)				338	384	548
Plasser i bokollektiv i omsorgsboliger	247	789	1 268	1 409	1 941	2 146
Annet tilrettelagt botilbud	609	728	304	277	65	52
Antall plasser samlet	5 334	7 494	9 456	10 228	11 392	12 044

* I 2008 var det 397 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for de 397 kommunene.

med utviklingshemning. Til sammen utgjorde dette 52 plasser som telles under «annet tilrettelagt botilbud», en svak tilbakegang fra 2010-2011 da 65 plasser ble oppgitt i denne kategorien.

Det kan også være at kommunene har tilbud som er tilpasset personer med demens som spørreskjemaene i disse undersøkelsene ikke har fanget opp. Eksempler på dette er døgntilbud til enkeltpersoner i egen bolig eller leilighet i omsorgsbolig der boligen ikke er en del av et tilrettelagt tilbud, men der tjenesten prøver å dekke personens spesielle behov. Det var 12 personer som fikk slikt tilbud i denne undersøkelsen, men det er mulig at spørsmålstillingen gjør at dette ikke fanges opp.

Tabell 7.2 viser at det samlet har vært en liten økning i antall plasser tilrettelagt for personer med demens. Det er registrert 652 (5,7 prosent) flere plasser enn ved kartleggingen 2010-2011. Dette er en betydelig mindre økning enn hva vi har sett i periodene mellom tidligere kartlegginger. Hvis vi legger til grunn samme måte å beregne dekningsgrad som ved tidligere kartlegginger og holder fast ved at 50 prosent av personer med demens bor i institusjon, tilsvarer dette en dekningsgrad på 33,5 prosent mot 32,5 ved kartleggingen i 2010-2011.

Skjermede enheter

I de tidligere kartleggingene har andelen kommuner med tilbud om skjermet enhet økt mellom hver undersøkelse, denne gangen var det en liten nedgang fra at 87,9 prosent av kommunene hadde tilbud i 2010-2011 til 87,4 prosent i 2014. En del kommuner som ikke hadde skjermet enhet, hadde bokollektiv i omsorgsbolig, dette utgjorde fem prosent av alle kommuner. Det vil si at til sammen 92,9 prosent av alle kommuner hadde et døgntilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens.

Skjermet enhet i sykehjem er den vanligste formen for tilrettelagte botilbud for denne pasientgruppen. I alt 81,8 prosent av tilrettelagte plasser er i skjermet og forsterket skjermet enhet i sykehjem.

Totalt antall plasser i skjermet enhet for personer med demens har økt jevnt fra kartlegging til kartlegging, men denne økningen er betydelig mindre nå enn ved tidligere undersøkelser. For skjermet og forsterket skjermet enhet samlet er økningen 4,9 prosent. Størst i prosent er økningen i antall plasser i forsterket skjermet enhet, 42,7 prosent eller 164 plasser. Økningen i plasser i vanlig skjermet enhet er 3,3 prosent eller 296 plasser (tabell 7.3).

Tabell 7.3. Skjermede enheter* for personer med demens.

	1996-1997	2000-2001	2004-2005	2008**	2010-2011	2014
Andel kommuner med SE	70,1 %	80,0 %	84,8 %	86,9 %	87,9 %	87,4 %
SE plasser i sykehjem	13,3	16,4 %	20,7 %	23,2 %	24,1 %	25,5 %
Antall plasser i skjermede enheter	4 478	5 977	7 884	8 542 **	9 386	9 846
Sykehjemsplasser	33 764	36 554	38 118	36 845	38 870	38 658

* I skjermede enheter (SE) i denne tabellen inngår både ordinære skjermede enheter og forsterkede skjermede enheter.

** I 2008 var det 397 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tall i denne kolonnen gjelder derfor for de 397 kommunene.

Det har og vært en jevn økning i andelen sykehjemsplasser som er definert som skjermet i de tidligere undersøkelsene, men i kartleggingen fra 2010-2011 og denne gangen var denne økningen mindre. Fra 2010-2011 til 2014 økte andelen bare fra 24,1 til 25,5 prosent.

To store kommuner oppga at de ikke hadde skjermede enheter, men at de hadde sykehjems-

plasser tilrettelagt for personer med demens, ut fra dette er det valgt å ta med de enhetene som kan passe inn etter sykehjemsforskriftene. Etter at spørreskjemaene var mottatt ble det tatt kontakt med flere av sykehjemmene i disse kommunene for å undersøke hvor mange beboere det var på de enkelte avdelingene og enheter med fire til 12 beboere ble inkludert.

Tabell 7.4. Andel kommuner med SE (inkludert FSE) etter fylke i perioden 1996/1997 til 2014. Prosent.

Fylke	1996-1997	2000-2001	2004-2005	2008*	2010-2011	2014
Østfold	50,0	77,8	83,3	88,9	100,0	100,0
Akershus	77,3	77,3	90,9	95,5	95,5	95,5
Oslo (bydeler)	84,0	96,0	96,3	93,3	93,3	100,0
Hedmark	81,8	90,9	100,0	100,0	100,0	95,5
Oppland	92,3	96,2	96,2	100,0	100,0	80,8
Buskerud	61,9	76,2	76,2	73,7	76,2	76,2
Vestfold	100,0	100,0	92,9	91,7	92,9	92,9
Telemark	72,2	83,3	72,2	78,6	83,3	94,4
Aust-Agder	80,0	66,7	86,7	92,9	100,0	93,3
Vest-Agder	80,0	86,7	93,3	78,6	80,0	100,0
Rogaland	76,9	65,4	85,2	82,6	80,8	80,8
Hordaland	55,9	79,4	84,8	79,3	78,8	78,8
Sogn og Fjordane	73,1	88,5	84,6	84,0	96,2	88,5
Møre og Romsdal	65,8	78,9	81,6	90,9	91,7	91,7
Sør-Trøndelag	76,0	84,0	96,0	100,0	96,0	92,0
Nord-Trøndelag	58,3	79,2	79,2	91,3	91,7	87,0
Nordland	68,9	80,0	84,4	75,6	75,0	81,8
Troms	76,0	76,0	76,0	91,7	96,0	87,5
Finnmark	31,6	52,6	68,4	70,6	68,4	73,7
Hele landet	70,1	80,0	85,0	86,9	87,9**	87,4**

* I 2008 var det 397 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for de 397 kommunene

** I summen telles Oslo som en kommune.

Forsterkede skjermede enheter

Stadig flere kommuner oppretter forsterkede skjermede enheter for personer med demens som har store atferdsmessige og psykologiske tilleggsp-problemer. Ved kartleggingen i 2010-2011 var det 48 kommuner som hadde et slikt tilbud, i 2014 kartleggingen har tallet steget til 71. Kommunene som hadde forsterkede skjermede enheter, bortsett fra to, hadde også tilbud om vanlig skjermet enhet. Totalt var det 114 forsterkede skjermede enheter i Norge fordelt på alle fylkene, Oslo inkludert. Samlet var det 548 plasser i disse enhetene. I Oslo var det forsterket skjermet enhet ved åtte sykehjem plassert i syv ulike bydeler. Oslo hadde 15 forsterkede skjermede enheter med til sammen 92 plasser. Utenom Oslo som oppga at de tar i mot pasienter fra andre bydeler, var det bare en kommune som hadde pasienter fra andre kommuner enn sin egen på den forsterkede enheten.

Fylkesvis oversikt

Ser en på skjermet enhet og forsterket skjermet enhet samlet etter fylke (tabell 7.4) var det tre fylker med skjermede enheter i alle kommunene. Dette var Østfold, Vest-Agder og Oslo. I Oslo hadde minst ett av sykehjemmene i hver bydel skjermet enhet. Hordaland, Buskerud og Finnmark hadde lavest andel kommuner med skjermede enheter.

Vest-Agder og Sør-Trøndelag hadde størst andel av sykehjemsplasser som skjermet enhet, begge fylkene med 38 prosent. Hordaland, Oslo og Telemark hadde lavest andel med under 20 prosent av sykehjemsplassene definert som skjermede enheter. På landsbasis var det 25,5 prosent av sykehjemsplassene som var ved skjermede enheter (tabell 7.5).

Tabell 7.5. Andel sykehjemsplasser som SE (inkludert FSE) etter fylke. Rangert etter 2014 tall. Prosent.

Fylke	2004-2005	2008*	2010-2011	2014
Vest-Agder	32,2	32,7	38,3	38,6
Sør-Trøndelag	21,8	30,8	32,7	38,1
Nordland	21,3	24,7	26,8	32,9
Aust-Agder	28,9	31,9	32,9	32,0
Vestfold	20,4	32,1	24,9	29,8
Rogaland	28,2	29,3	26,4	28,7
Troms	21,7	25,9	29,3	27,2
Hedmark	20,9	23,2	25,6	26,1
Buskerud	20,0	20,2	21,4	24,9
Sogn og Fjordane	25,7	25,7	27,8	24,4
Østfold	18,6	25,2	24,2	23,1
Nord-Trøndelag	18,5	21,5	21,9	23,0
Møre og Romsdal	20,9	20,4	21,2	22,9
Akershus	16,5	18,1	17,9	22,4
Finnmark	19,9	17,5	24,7	21,6
Oppland	21,3	24,5	25,2	21,5
Hordaland	20,2	26,3	22,5	21,5
Oslo	15,9	14,3	19,1	19,8
Telemark	16,2	17,2	16,2	18,1
Hele landet	20,7	23,2	24,1	25,5

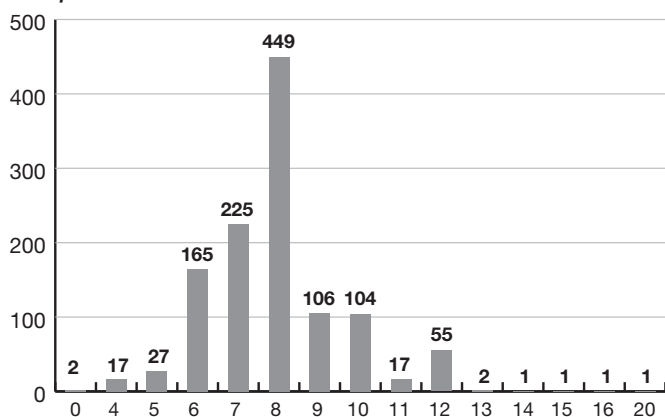
* I 2008 var det 397 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for de 397 kommunene.

Størrelse på skjermede enheter

Noen kommuner hadde oppgitt skjermede enheter som var større en de 12 plassene som sykehjemsforskriftene angir. Disse kommunene ble kontaktet og i de fleste tilfellene var dette avdelinger som var delt i flere mindre enheter.

Antall plasser i skjermet enhet varierte fra små enheter på fire beboere til større enheter med opp til 12 beboere. Som det vises i figur 7.1 var det to skjermede enheter med tre beboere, den ene tilhørte en kommune med under 1 000 innbyggere og den andre var en liten enhet med eget oppholdsrom samlokalisert med en somatisk avdeling. Det var også noen få enheter med opp til 20 plasser, dette var enheter som var delt mesteparten av tiden. Hvordan de ble delt inn i grupper varierte noe, og vi mangler sikre tall på gruppestørrelsen. Siden dette var så få enheter påvirker ikke disse tallene gjennomsnittsberegningen. Som hovedregel var det fire til 12 plasser i enhetene og godt over halvparten hadde sju eller åtte plasser. I gjennomsnitt hadde en skjermet enhet 7,9 plasser, dette tallet var nesten identisk med funn både i kartleggingen fra 2010-2011 og 2008.

Antall plasser i SE

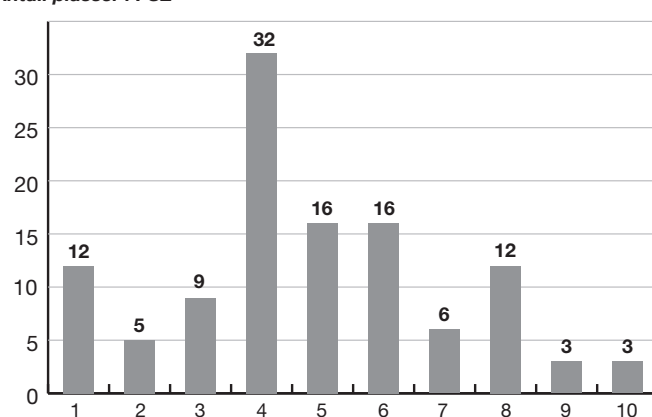


Figur 7.1.
Skjermede enheter etter størrelse. (n=1173)

Ved de 114 forsterkede skjermede enhetene var det fra en til 10 plasser. Det var 12 enheter som kun hadde en beboer, her kommenterer flere at dette tilbudet ble benyttet ved behov og det ble bemannet opp eller ned etter behov. Ved 32 enheter var det fire beboere, 16 enheter hadde fem og 16 hadde seks beboere. Det var 12 enheter med åtte beboere, tre enheter med ni beboere og tre enheter med ti beboere. Gjennomsnittlig størrelse på de forsterkede skjermede enhetene var 4,8 plasser. Figur 7.2.

For de større forsterkede skjermede enhetene oppga kommunene i ulik grad mulighet for videre inndeling. I denne kartleggingen ble avdelinger med åtte beboere der disse var delt i to grupper med adskilte oppholdsrom og adskilte kjøkken, telt som to enheter. Noen steder som enheter på 4 + 4 beboere og noen steder 3 + 5 beboere. De avdelingene som hadde liten mulighet for videre inndeling, eventuelt kunne skjerme en til to beboere på en liten stue eller ha en-til-en oppfølging av beboer på rommet, ble telt som en avdeling her. Slik det fremstår med bakgrunn i de tilleggsopplysninger som er hentet inn, legger kommunene både størrelse på avdeling, bemanningstetthet og

Antall plasser i FSE



Figur 7.2.
Forsterkede skjermede enheter etter størrelse. (n=114)

mulighetene for individuell skjerming til grunn når de kaller tilbudet for forsterket skjermet enhet.

Bemanning i skjermede enheter

Bemanningen ved de ulike skjermede enhetene varier og det kan være vanskelig å sammenligne bemanning fra sted til sted. Her ble det valgt å se på hvor mange pasienter det var per ansatt på de ulike vaktene. Informasjon om bemanning ble rapportert fra 1 169 av de 1 173 enhetene.

I gjennomsnitt var det 3,1 pasienter per ansatt på dagvakt i ukedagene. De tidligere kartleggingene fra 1996-1997 og frem til nå viser alle ca. tre pasienter per ansatt på dagvakt. På kveldsvakt i ukedagene var det 3,9 pasienter per ansatt. I helgene var det i gjennomsnitt 3,6 pasienter per ansatt på dagvakt og 4,0 på kveldsvakt. Dette er og likt med tidligere kartlegginger. Ved 1170 skjermede enheter opplyste de om organisering av nattevakt. Av disse hadde 994 (85,0 prosent) delt nattevakt med andre avdelinger og 176 (15,0 prosent) hadde egen nattevakt. Ved kartleggingen i 2010-2011 var det 22,1 prosent av avdelingene som hadde egen nattevakt.

Legetjenester ved skjermet enhet

Det var 1118 skjermede enheter som besvarte spørsmålet om legedekning. I gjennomsnitt var det 2,4 timer legedekning per avdeling per uke. Fordelt på alle pasientene i disse skjermede enhetene blir dette et snitt på litt over 18 minutter per pasient per uke. I kartleggingen fra 2010-2011 var legedekningen ganske lik denne kartleggingen med 2,4 timer legedekning per avdeling og 19 minutter per pasient per uke. I kartleggingen fra 2008 var det 1,9 legetimer per avdeling og 14 minutter per pasient per uke. Siden den markante økningen fra 2008 til 2010-2011 har legedekningen holdt seg på samme nivå mellom kartleggingene.

Vurdering av samtykkekompetanse i skjermet enhet

På spørsmål om det var ordninger for å sikre vurdering av samtykkekompetanse oppga 54,7 prosent av de skjermede enhetene at de hadde dette som fast rutine ved innflytting. Til sammen 55,1 prosent hadde regelmessige vurderinger av dette og 77,9 prosent vurderte det ved behov. Disse tallene er noe overlappende siden flere oppga at de både hadde vurdering av samtykkekompetanse ved innflytting og/eller regelmessig og ved behov.

Prosedyrer for vurdering av verge i skjermet enhet

For 1 157 skjermede enheter ble det svart på spørsmål om prosedyre for vurdering av verge til sine beboere. Ved 479 enheter (41,4 prosent) hadde de fast prosedyre for å vurdere behovet for verge ved innflytting, 692 enheter (59,8 prosent) hadde etablert verge for noen beboere uten at det var fast rutine. Ved 37 enheter (3,2 prosent) hadde ingen av beboerne verge. På dette spørsmålet hadde flere enheter krysset av på mer enn ett av svaralternativene og summen går derfor ikke opp i 100 prosent.

Tilrettelagt uteareal ved skjermet enhet

Kommunene ble spurt om det var tilrettelagt uteareal ved de skjermede enhetene. Med tilrettelagt uteareal menes hageanlegg tilrettelagt for fysisk og sosial aktivitet og sanseopplevelser. Det skal være avgrenset for å hindre at beboerne går seg bort, og det skal være tatt spesielt hensyn til personer med kognitiv svikt og demens. Ved 991 enheter (86,2 prosent) hadde de tilrettelagt uteareal og av disse var det 819 (82,6 prosent) som svarte at det var direkte utgang til utearealet fra enheten. Det er første gang dette spørsmålet er med i kartleggingen.

Bemanning i forsterkede skjermede enheter

Ved forsterket skjermet enhet har vi informasjon om bemanning fra 102 av de 114 enhetene. I gjennomsnitt var det to pasienter per ansatt på dagvakt i ukedagene, på kveldsvakt var det i snitt 2,2 pasienter per ansatt. På dagtid i helgene var det 2,1 pasienter per ansatt på dagtid og 2,3 på kveldstid.

Kartleggingen i 2010-2011 viste lik bemanning som i denne undersøkelsen på dagvakt, men noe lavere bemanning på kveld og helg, med snitt på 2,5 pasienter på kveld og 2,3 på dagtid i helg.

Kartleggingen i 2008 viste noe bedre bemanning med 1,9 pasienter per ansatt på dagvakt i ukedagene og tilsvarende tall som i denne kartleggingen på kveldsvakter og helg. Sammenlignet med skjermet enhet har forsterket skjermet enhet bedre bemanning per pasient og mye av forsterkningen ligger nettopp i høyere bemanning.

Alle de 114 enhetene ga informasjon om organisering av nattevaktene. Til sammen 41 enheter (36,0 prosent) hadde egen nattevakt og 73 (64,0 prosent) hadde delt nattevakt med annen avdeling. Ved forrige kartlegging (2010-2011) hadde 53,6 prosent egen nattevakt. I gjennomsnitt er det en pasient mindre per enhet i denne kartleggingen sammenlignet med forrige undersøkelse. Mindre enheter kan kanskje være noe av forklaringen på hvorfor andelen enheter som deler nattevakt med andre avdelinger ser ut til å ha økt.

Legetjenester ved forsterket skjermet enhet

Det ble oppgitt legedekning ved 107 av de 114 forsterkede skjermede enhetene. I gjennomsnitt hadde hver enhet 2,5 timer legedekning per uke.

Dette tilsvarer 30 minutter legedekning per pasient. Som ved skjermet enhet er tallene også her stabile fra forrige kartlegging, da hver enhet i gjennomsnitt hadde 2,6 timer legedekning mens dekning per pasient var noe lavere med 25 minutter. I kartleggingen fra 2008 var tilsvarende tall 2,2 timer per avdeling og 22 minutter per pasient.

Vurdering av samtykkekompetanse i forsterket skjermet enhet

På spørsmål om det var ordninger for å sikre vurdering av samtykkekompetanse oppga 59,6 prosent av de forsterkede skjermede enhetene at de hadde dette som fast rutine ved innflytting. Til sammen 69,3 prosent hadde regelmessige vurderinger av dette og 70,2 prosent vurderte det ved behov. Disse tallene er noe overlappende siden flere oppga at de både hadde vurdering ved innflytting og/eller regelmessig og ved behov.

Prosedyrer for vurdering av verge i forsterket skjermet enhet

For 111 forsterkede skjermede enheter ble det svart på spørsmål om de hadde prosedyre for vurdering av verge til sine beboere. Ved 37 enheter (33,3 prosent) hadde de fast prosedyre for å vurdere behovet for verge ved innflytting, 77 enheter (69,4 prosent) hadde etablert verge for noen beboere, men det var ingen fast rutine. Ved to enheter (1,8 prosent) hadde ingen av beboerne verge. På dette spørsmålet hadde flere enheter krysset av på mer enn ett av svaralternativene og summen går derfor ikke opp i 100 prosent.

Tilrettelagt uteareal ved forsterket skjermet enhet

Kommunene ble spurt om det var tilrettelagt uteareal ved de forsterkede skjermede enhetene. Ved 98 enheter (86,0 prosent) hadde de tilrettelagt

uteareal og av disse var det 70 (61,4 prosent) som hadde direkte utgang til utearealet fra enheten.

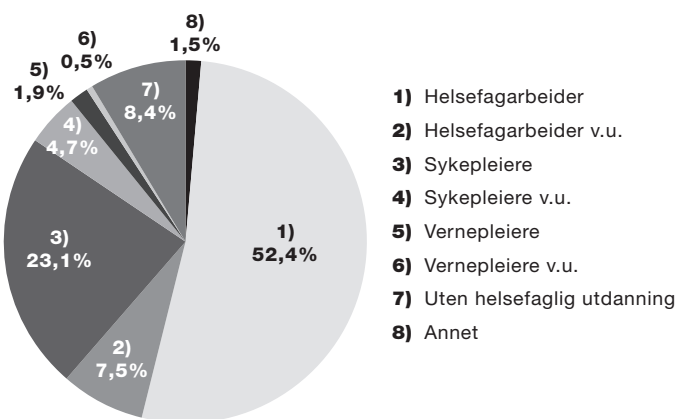
Kompetanse

Ansattes utdanningsbakgrunn ved skjermet og forsterket skjermet enhet presenteres i figur 7.3 og 7.4. Ved kartleggingen ble kommunene bedt om å angi bemanning i årsverk oppgitt i prosent. Oversikten viser dermed ikke antall personer, med aktuell utdanning, med hvor stor andel av samlede årsverk som innehar den aktuelle utdanningen.

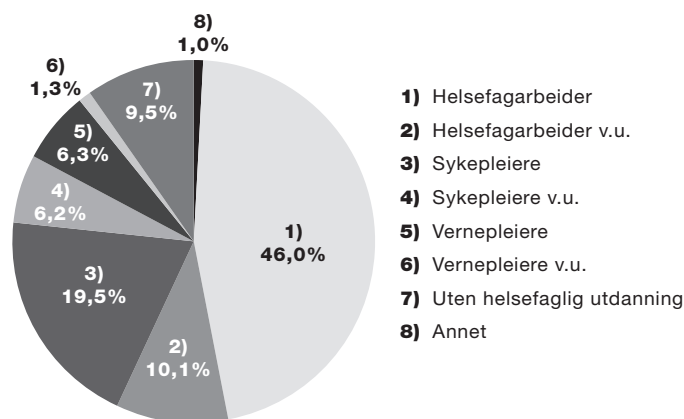
Ved både skjermet enhet og forsterket skjermet enhet er helsefagarbeidere (inkluder hjelpepleiere og omsorgsarbeider) og sykepleiere de største yrkesgruppene.

Ved skjermet enhet (figur 7.3) var 59,9 prosent av årsverkene dekket av personell med helsefagarbeiderutdanning, 12,5 prosent av disse med fagskole eller videreutdanning i demens, geriatri og/eller psykisk helsearbeid. I alt 27,8 prosent av årsverkene var dekket av personell med sykepleierutdanning, av disse 16,9 prosent med master eller videreutdanning innen demens, geriatri og/eller psykisk helsearbeid. I alt 2,4 prosent av årsverkene dekkes av vernepleierutdannet personell, 20,5 prosent av disse med master eller videreutdanning innen demens, geriatri og/eller psykisk helsearbeid. I alt 8,4 prosent av årsverkene dekkes av personell uten helsefaglig utdanning. Til sammen 1,5 prosent av årsverkene i skjermet enhet ble dekket av personer andre utdanninger. Disse kunne ha utdanning som blant annet aktivitør, ergoterapeut, fysioterapeut, kulturarbeider, musikkterapeut, psykolog, sosionom, miljøterapeut eller innen pedagogikk.

Ved forsterket skjermet enhet (figur 7.4) var 56,1 prosent av årsverkene dekket av personell med helsefagarbeiderutdanning, 17,9 prosent av disse med fagskole eller videreutdanning i demens,



Figur 7.3. Ansattes utdanning, skjermet enhet. Prosent av antall årsverk. Gjennomsnitt. (Opplysningene omfatter 1125 enheter)



Figur 7.4. Ansattes utdanning, forsterket skjermet enhet. Prosent av antall årsverk. Gjennomsnitt. (Opplysningene omfatter 102 enheter)

geriatri og/eller psykisk helsearbeid. I alt 25,7 prosent av årsverkene var dekket av personell med sykepleierutdanning, av disse 24,2 prosent med master eller videreutdanning innen demens, geriatri og/eller psykisk helsearbeid. I alt 7,6 prosent av årsverkene dekket av vernepleierutdannet personell, 17 prosent av disse med master eller videreutdanning innen demens, geriatri og/eller psykisk helsearbeid. Gruppen med annen utdanning i forsterket skjermet enhet utgjorde bare en prosent av samlede årsverk. Her nevnes ergoterapeut og miljøterapeut som yrkesbakgrunn. Andel uten helsefaglig utdanning var 9,5 prosent ved forsterket skjermet enhet.

Kommunene ble spurt om ansatte i skjermet og forsterket skjermet enhet hadde gjennomført opplæring i perioden 2011-2014. Informasjon ble innhentet fra 1139 skjermede enheter og alle de 114 forsterkede enhetene. Ansatte ved 993 (79,2 prosent) enheter hadde gjennomført opplæring med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC og ansatte ved 1 098 enheter (87,6 prosent) hadde mottatt annen opplæring i denne perioden. Ved 860 enheter (68,6 prosent) hadde de ansatte hatt begge typer opplæring. Ved 22 enheter (1,8 prosent) hadde det ikke vært tilbud om opplæring i denne perioden (tabell 7.6).

Tabell 7.6. Opplæring for ansatte i SE og FSE.

Opplæring	Antall enheter* (%)
ABC-opplæring	993 (79,2)
Annen opplæring	1098 (87,6)
Begge typer opplæring	860 (68,6)
Ikke opplæring	22 (1,8)

* Informasjon om opplæring er oppgitt for 1139 av 1149 SE og alle 114 FSE.

Bokollektiv tilrettelagt for personer med demens

I alt 102 kommuner (23,8 prosent) oppga at de hadde bokollektiv i omsorgsboliger tilrettelagt for personer med demens. Dette er samme antall kommuner som ved kartleggingen i 2010-2011.

Ni kommuner opplyste at de i tillegg hadde andre tilrettelagte botilbud for personer med demens, som ikke var skjermet enhet og/eller forsterket skjermet enhet. Dette utgjorde til sammen 52 plasser, ved forrige kartlegging var tilsvarende tall 65. I alle kartleggingene fra og med 2000-2001 har denne type tilbud blitt færre (tabell 7.7).

Fra kartleggingen i 2004-2005 og frem til 2014 har det totale antallet plasser tilrettelagte bokollektiver for personer med demens økt med 626 plasser (39,8 prosent). Økningen har vært i tilrettelagte tilbud organisert som bokollektiv i omsorgsboliger, der antall plasser fra 2004-2005 til 2014 har økt med 878 (69,2 prosent). Det ser ut til at de mer utradisjonelle tilbudene som ble bygget opp på slutten av 1990-tallet, etter hvert har blitt erstattet med nye tilbud som har kommet inn under tilskuddsordninger for nybygg.

Fylkesvis oversikt

Både i kartleggingen i 2010-2011 og 2014 oppga 102 kommuner at de hadde bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig. Det var endringer i noen fylker. Trolig skyldes dette at noen kommuner har lagt ned sitt tilbud mens andre har startet opp siden forrige kartlegging. Vi vet også at sykehjemsplasser i noen kommuner har blitt omgjort til omsorgsboliger, mens det i andre kommuner har gått motsatt. I 55 av de 102 kommunene (53,9 prosent) var det to eller flere bokollektiv for personer med demens, 40 av disse 55 kommunene (39,2 prosent) hadde tre eller flere bokollektiv.

Tabell 7.7. Tilrettelagte plasser for personer med demens i bokollektiv.

	1996-1997	2000-2001	2004-2005	2008*	2010-2011	2014
Plasser i bokollektiv i omsorgsboliger	247	789	1268	1409	1941	2146
Plasser i bokollektiv i aldershjem**	609	728	218	122		
Plasser i annet tilrettelagt botilbud			86	155	65	52
Sum	856	1 517	1 572	1 686	2 006	2198

* I 2008 var det 397 kommuner som svarte på undersøkelsen.

** I 2010-2011 og 2014 ble det ikke spurt om bokollektiv i aldershjem. Slike tilbud vil eventuelt fanges opp under annet tilrettelagt botilbud.

Alle fylker har kommuner med tilrettelagte bokollektiv for personer med demens, men antallet varierer, fra Troms med en kommune, til 12 kommuner i Buskerud (tabell 7.8). Oslo står oppført som fylke i tabell 7.8. Her har to bydeler denne type bokollektiv, til sammen fire enheter. Buskerud, Vestfold og Telemark har tilrettelagte bokollektiv i over halvparten av kommunene. Seks fylker hadde nedgang i andel kommuner med dette tilbudet. Nordland størst med fire kommuner sammenlignet med kartleggingen i 2010-2011. I dette fylket økte andelen kommuner med skjermet enhet i samme periode.

Størrelse

Det var stor spredning i antall beboere i bokollektiv for personer med demens. Det ble rapportert fra to til 34 plasser i de 259 bokollektivene. I alt 15 bokollektiv hadde 13 eller flere plasser. En del, men ikke alle, med over 12 beboere ble kontaktet for å høre om de var delt i mindre enheter. Det kan derfor tenkes at noen få av de store som ble rapportert, er delt i mindre enheter. Ved kartleggingen i 2008 ble alle bokollektiv med over 12 plasser oppringt for å høre om de var inndelt i mindre enheter, gjennomsnittlig størrelse på

Tabell 7.8. Kommuner med bokollektiv tilrettelagt for personer med demens etter fylke. Antall (%)

Fylke	2008 ¹	2010-2011	2014
Buskerud	12 (63,2)	12 (57,1)	12 (57,1)
Vestfold	3 (25,0)	8 (57,1)	8 (57,1)
Telemark	7 (50,0)	9 (50,0)	9 (50,0)
Østfold	9 (50,0)	7 (38,9)	8 (44,4)
Rogaland	8 (34,8)	9 (34,6)	9 (34,6)
Oppland	4 (16,7)	3 (11,5)	7 (26,9)
Akershus	1 (4,5)	2 (9,1)	5 (22,7)
Hedmark	4 (19,0)	4 (18,2)	5 (22,7)
Møre og Romsdal	10 (30,3)	10 (27,8)	8 (22,2)
Nord-Trøndelag	3 (13,0)	4 (16,7)	5 (21,7)
Finnmark	4 (23,5)	3 (15,8)	4 (21,1)
Aust-Agder	4 (28,6)	0 (0)	3 (20,0)
Sør-Trøndelag	1 (4,3)	4 (16,0)	4 (16,0)
Sogn og Fjordane	5 (20,0)	6 (23,1)	4 (15,4)
Vest-Agder	3 (21,4)	3 (20,0)	2 (13,3)
Hordaland	5 (17,2)	6 (18,2)	4 (12,1)
Nordland	5 (12,2)	7 (15,9)	3 (6,8)
Troms	1 (4,2)	4 (16,0)	1 (4,2)
Oslo ²	1	1	2 (13,3) ³
Hele landet	90 (22,7)	102 (23,7)	102 (23,8) ⁴

1) I 2008 var det bare 397 kommuner som svarte på undersøkelsen. 2) Det er ikke opplysninger på bydelsnivå for kartleggingene i 2008 og 2010-2011.

3) Bydeler. 4) Oslo telles om en kommune i summen for hele landet.

enhetene var da 7,3. I 2014 kartleggingen hadde bokollektivene i gjennomsnitt 8,3 plasser.

Bemanning

Det ble oppgitt hvor mange ansatte som var til stede per vakt for til sammen 256 av de 259 tilbudene (tabell 7.9). På dagvakt i ukedagene var det 3,5 beboere per ansatt og på kveldstid var det 4,3 beboere per ansatt. På dagtid i helgene var det 4,1 og på kveld 4,4 beboere per ansatt.

Sammenlignet med kartleggingen fra 2010-2011 var det ingen store endringer i bemanning, litt bedre bemanning på ukedagene og på dagtid helg, men noe lavere bemanning på kveldsvakt i helgene. I 2008 var bokollektiv bemannet gjennomsnittlig likt som skjermet enhet i sykehjem, ved de to siste kartleggingene har bokollektivene rapportert noe lavere bemanning enn skjermede enheter. Ved kartleggingen i 2004-2005 var bemanningen noe svakere enn i 2008 men bedre enn ved de to siste kartleggingene.

Av 258 bokollektiv som ga informasjon om organisering av nattevakt, var det 50 (19,4 prosent) som hadde egen nattevakt i enheten, 202 (78,3 prosent) delte nattevakt med annen enhet og seks (2,3 prosent) hadde tilsyn fra hjemmesykepleien.

Legetjenester ved bokollektiv i omsorgsboliger

Alle de 259 bokollektivene besvarte spørsmål om organisering av legetjenester til beboerne. Ved 206 bokollektiv (79,5 prosent) brukte beboerne sin egen fastlege, ved 53 kollektiv benyttet ikke beboerne fastlegen. Det synes å være en overlapping mellom bruk av egen fastlege og bruk av lege tilknyttet bokollektivene. Ved 92 bokollektiv (35,5 prosent) hadde de avtale med egen lege som betjente alle beboerne. Av de 92 bokollektivene som hadde avtale med egen lege, besvarte 88 spørsmålet om antall timer legetilsyn per uke i enheten. I gjennomsnitt var det 2,2 timer med legetilsyn per bokollektiv per uke.

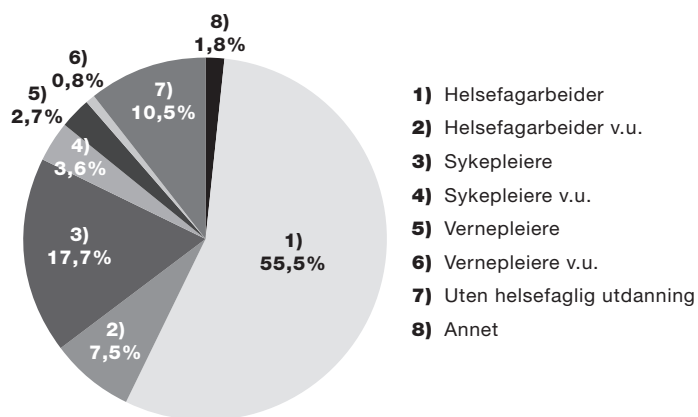
Kompetanse i bokollektivene

Det ble spurt om hvilken utdanning de ansatte i bokollektivene hadde og det foreligger svar fra 245 enheter. Utdanningsbakgrunn presenteres i figur 7.5. Ved kartleggingen ble kommunene bedt om å angi bemanning i årsverk oppgitt i prosent. Oversikten viser dermed ikke antall personer, med aktuell utdanning, med hvor stor andel av samlede årsverk som innehar den aktuelle utdanningen.

Tabell 7.9. Antall beboere per ansatt på ulike vakter i bokollektiv for personer med demens i omsorgsboliger. Gjennomsnittsverdier. (n=256)

Vakt	2004-2005	2008	2010-2011	2014
Dagvakt ukedag	3,3	3,2	3,6	3,5
Kveldsvakt ukedag	4,2	3,8	4,5	4,3
Dagvakt helg	4,0	3,8	4,4	4,1
Kveldsvakt helg	4,1	4,1	4,3	4,4

Ved de tilrettelagte bokollektivene (figur 7.5) var 63 prosent av årsverkene dekket av personell med helsefagarbeiderutdanning, 11,9 prosent av disse med fagskole eller videreutdanning i demens, geriatri og/eller psykisk helsearbeid. I alt 21,3 prosent av årsverkene var dekket av personell med sykepleierutdanning, av disse 17 prosent med master eller videreutdanning innen demens, geriatri og/eller psykisk helsearbeid. I alt 3,5 prosent av årsverkene dekkes av vernepleierutdannet personell, 22,7 prosent av disse med master eller videreutdanning innen demens, geriatri og/eller psykisk helsearbeid. Gruppen med annen utdanning i bokollektivene utgjorde bare 1,8 prosent av samlede årsverk. Her nevnes aktivtør og miljøarbeider. Andel uten helsefaglig utdanning var 10,5 prosent ved de tilrettelagte boenhetene.



Figur 7.5. Ansattes utdanning, bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig. Prosent av antall årsverk. Gjennomsnitt
(Opplysningene omfatter 246 enheter)

Kommunene ble også spurt om det var gitt opplæring til ansatte i bokollektivene i perioden 2011-2014. Informasjon ble innhentet fra alle de 259 bokollektivene. Ansatte ved 212 enheter (81,9 prosent) hadde fått opplæring med Demens-omsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC og ansatte ved 211 enheter (81,5 prosent) hadde mottatt annen opplæring i denne perioden. Ved 172 enheter (66,4 prosent) hadde de ansatte mottatt begge typer opplæring. Ved åtte enheter (3,1 prosent) hadde det ikke vært tilbud om opplæring i denne perioden (tabell 7.10).

Organisering av bokollektivene

Det ble spurt om hvordan bemanning i bokollektivene var organisert. Her foreligger opplysninger om alle 259 enhetene. Til sammen 252 hadde personell med fast base i boligen. Sju bokollektiv hadde ikke egen fast bemanning, men fikk tjenester fra ambulant personell i hjemmebaserte tjenester og/eller fra sykehjem.

Tabell 7.10. Opplæring for ansatte i bokollektiv.

Opplæring	Antall bokollektiv* (%)
ABC-opplæring	212 (81,9)
Annen opplæring	211 (81,5)
Begge typer opplæring	172 (66,4)
Ikke opplæring	8 (3,1)

* Informasjon om opplæring er innhentet fra alle 259 bokollektiv.

De fleste bokollektivene fattet vedtak på tjenestene som ble gitt i boligen. Av 245 bokollektiv ble det fattet vedtak om innhold i tjenestene i 92, og for beboere i 153 kollektiv ble det fattet vedtak på både innhold og tidsbruk på tjenestene.

Vurdering av samtykkekompetanse i bokollektivene

På spørsmål om hvorvidt bokollektivene hadde ordninger for å sikre vurdering av samtykkekompetanse, oppga 33,2 prosent at de hadde dette som fast rutine ved innflytting. Til sammen 30,5 prosent hadde regelmessige vurderinger av dette, og 70,3 prosent vurderte det etter behov. Disse tallene er noe overlappende siden flere oppga at de både hadde vurdering ved innflytting og/eller regelmessig og ved behov.

Prosedyre for vurdering av verge i bokollektivene

Ved 32,4 prosent av bofellesskapene var det fast rutine for vurdering av behovet for verge ved innflytting. Ved 69,9 prosent av bokollektivene hadde det blitt opprettet verge for noen, men dette var ikke en fast rutine. Ved 4,7 prosent av bokollektivene var det ikke etablert ordning med vurdering av behovet for verge. På dette spørsmålet hadde flere enheter krysset av på mer enn ett av svaralternativene, og summen går derfor ikke opp i 100 prosent.

Tilrettelagt uteareal ved bokollektivene

Kommunene ble spurt om det var tilrettelagte uteareal ved bokollektivene. Det ble opplyst at 228 bokollektiv (88,0 prosent) hadde dette. Av disse var det 218 (95,6 prosent) som hadde direkte utgang til utearealet fra bokollektivet.

Oppsummering

I alt 396 kommuner har tilrettelagte botilbud for personer med demens i form av skjermet enhet i sykehjem og/eller bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig. Det er også noen få andre tilrettelagte botilbud. Antall tilrettelagte plasser for

personer med demens, har økt med 2588 siden kartleggingen i 2004-2005. Plasser i skjermet enhet har økt mest (1962 plasser) og i tilrettelagte bokollektiv økte antall plasser med 878 i samme tidsrom. Andre typer botilbud har gått tilbake.

Det meste av økningen skjedde imidlertid i første del av denne perioden. Etter kartleggingen ved årsskiftet 2010-2011 har økningen i antall tilrettelagte plasser samlet vært beskjeden med bare 5,7 prosent. Bare 296 flere plasser i skjermet enhet er registrert. Tilsvarende er det bare registrert 205 flere plasser i tilrettelagte bokollektiv i omsorgsboliger. Antall plasser i forsterket skjermet enhet har økt med 164 plasser (43 prosent). Dette henger sammen med at antall kommuner med slike enheter har økt fra 48 ved kartleggingen i 2010-2011 til 71 i 2014. Det er nå forsterkede skjermede enheter i alle fylker.

Gjennomsnittsstørrelsen på skjermede enheter er 7,9 plasser. Dette er likt med de tidligere kartleggingene. I gjennomsnitt var det 3,1 pasienter per ansatt på dagvakt i ukedagene. De tidligere kartleggingene fra 1996-1997 og frem til nå viser alle rundt tre pasienter per ansatt på dagvakt. Det er tilsvarende likhet i bemanning på kveld og helg som i foregående kartlegginger.

Selv om bemanningen i enhetene synes å være stabil i gjennomsnitt, har det i arbeid med flere studier de siste årene kommet frem at personalet stadig får flere arbeidsoppgaver. Oppgaver som klesvask, gulvvask og oppgaver i forbindelse med måltider, som tidligere ble utført av annet personell, tillegges nå det faste personalet.

Forsterket skjermet enhet har i gjennomsnitt 4,8 plasser. Her er det to pasienter per ansatt på dagtid i ukedagene, noe som er likt med tidligere kart-

legginger og det er ingen store endringer i bemanningstetthet på kveld og helg fra de tidligere kartleggingene.

I 102 kommuner er det bokollektiv tilrettelagt for personer med demens. Disse er i gjennomsnitt på 8,3 plasser per enhet. Det må tas et forbehold om at vi ved denne undersøkelse ikke kontaktet alle kommuner der det var oppgitt 12 eller flere plasser i bokollektivet, for å sjekke om tilbudet var inndelt i mindre grupper. I 2008 da alle bokollektiv med flere enn 12 beboere kontaktet, var gjennomsnittet på 7,3.

På dagvakt i ukedagene var det 3,5 beboere per ansatt, sammenlignet med kartleggingen fra 2010-2011 var det ingen store endringer i bemanning på dagtid. Det samme er tilfelle for kveld og helg. I 2008 var bokollektiv i gjennomsnittlig bemannet likt som skjermet enhet i sykehjem. Ved de to siste kartleggingene, har bokollektivene rapportert noe lavere bemanning enn skjermede enheter.

I alle tilrettelagte botilbud for personer med demens er den største andelen ansatte helsefagarbeidere (hjelpepleiere/omsorgsarbeidere) og sykepleiere. Andel helsefagarbeidere var noe høyere i bokollektivene enn i skjermet enhet. Andel sykepleiere var noe lavere i bokollektivene enn i skjermet og forsterket skjermet enhet. Dette er sammenfallende med informasjon man fant ved kartleggingen i 2010-2011. Det er en noe høyere andel både helsefagarbeidere og sykepleiere med videreutdanning og mastergrad ved skjermede enheter enn i bokollektivene.

Virksomhetsintern opplæring ved bruk av Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC, utgjør i perioden fra 2011 til 2014 en stor del av kompetansetilbudet for ansatte i tilrettelagte botilbud for personer med demens. Samlet rapporterer kommunene at personale fra om lag 80 prosent av enhetene har deltatt i slik opplæring. Personell i de fleste enhetene har også hatt andre kurstilbud.



KAPITTEL 8

Eldre med utviklingshemning

I Demensplan 2015 er personer med utviklingshemning som utvikler demens, nevnt som en av gruppene med særskilte behov. I rapporten *Glemsk, men ikke glemt!* pekes det på behov for implementering av utredning og tiltak for denne gruppen (Helsedirektoratet 2007).

Frem mot 2020 forventes en betydelig økning i antall voksne og eldre med Downs syndrom. I 2050 forventes andelen av personer med Downs syndrom over 40 år, å være det doble i forhold til i dag. (Larsen 2014). Vi vet at spesielt denne gruppen personer med utviklingshemning har en betydelig økt risiko for utvikling av tidlig demens.

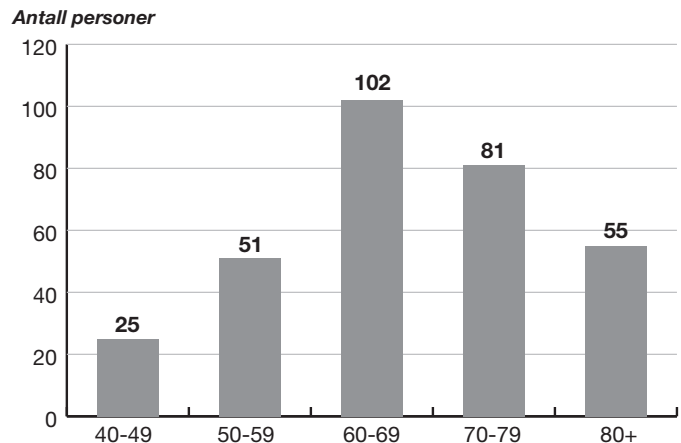
Det ble i denne kartleggingen tatt med en del spørsmål spesielt rettet mot tilbudet til personer med utviklingshemning og demens.

Ikke alle kommuner har besvart alle spørsmål i denne delen av kartleggingen, men til sammen 381 kommuner oppga hvor mange av kommunens innbyggere med utviklingshemning som var 40 år og eldre og mottok kommunale tjenester. I alt 20 kommuner opplyste at de ikke hadde personer med utviklingshemning som var over 40 år som mottok tjenester. De øvrige 361, ga tjenester til 7583 personer i denne gruppen. Oslo kommune er medregnet med 390 personer, dette tallet skulle trolig vært noe høyere da tre av femten bydeler

ikke oppga antall personer med utviklingshemning. Ved tilsvarende kartlegging i 2008, ble det registrert 7312 personer med utviklingshemning fra 40 år og eldre som mottok kommunale tjenester (Westerberg 2013).

Eldre med utviklingshemning på sykehjem

Til sammen 402 kommuner besvarte spørsmålet om de ga tilbud til personer med utviklingshemning i sykehjem. I 138 kommuner hadde til sammen 314 personer med utviklingshemning



Figur 8.1.
Antall personer med utviklingshemning i sykehjem, fordelt på alder. (n=314)

plass på sykehjem, 43 av disse, fordelt på 28 kommuner, hadde plass i skjermet enhet for personer med demens. Sju kommuner hadde eget sykehjemstilbud spesielt tilrettelagt for personer med utviklingshemning. Til sammen 41 av de 314 personene med utviklingshemning som bodde i sykehjem, hadde et slikt tilbud. Figur 8.1 viser aldersfordeling for personer med utviklingshemning som bor i sykehjem.

I 2008 bodde det 373 personer med utviklingshemning på sykehjem fordelt på 173 kommuner, og av disse var det 61 personer på sykehjem spesielt tilrettelagt for personer med utviklingshemning (Westerberg 2013).

Oppsummering

Det er flere personer med utviklingshemning som er over 40 år og mottar kommunale tjenester nå enn det var i 2008. Det reelle tallet er trolig enda noe høyere enn det som kommer frem her da svarprosenten på dette området er lavere enn ved kartleggingen i 2008.

Det er færre personer med utviklingshemning som bor på sykehjem nå enn det var da dette ble kartlagt i 2008. Her må det tas forbehold om at ikke alle kommunene besvarte dette spørsmålet.



REFERANSER

- Døble BS, Eek A (2015) *Virksomhetsintern opplæring i kommunene*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse (under arbeid)
- Eek A, Kirkevold Ø (2011) *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Eek A, Nygård AaM (1999) *Innsyn og utsyn, Tilbud til personer med demens i norske kommuner*. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Eek A, Nygård AaM (2003) Et hjem for deg et sted for oss. Kommunenes botilbud til personer med demens i norske kommuner. *DEMENS* 7(1).
- Eek A, Nygård AaM (2006) *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal K (1989) Day care for demented patients in general nursing homes. Effects on admissions to institutions and mental capacity. *Scand J Prim Health Care* 7(3): 161-166.
- Gausdal M, Gjora L (2011) *Etablering og drift av demensteam. Håndbok: Demensutredning i primærhelsetjensten*. Tønsberg/Oslo: Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Gausdal M, Michelet M (2011) *Demensteam – oppgaver og utfordringer : en undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gjora L, Gausdal M (2011) *Ny kunnskap, bedre omsorg: utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015: Den gode dagen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2007) *Glemsk, men ikke glemt!: Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hotvedt K (2010) *Etablering og drift av pårørendeskole: kunnskap, støtte og fellesskap for pårørende til personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Larsen FK (2014) *Levealdersutvikling for personer med Downs syndrom i Norge fra 1969 og frem til 2050*. Gøteborg: Nordic School of Public Health NHV.
- Michelet M (2015) *Demensteam – godt i gang, fortsatt i utvikling*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Ott A, et al. (1995) Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ* 310(6985): 970-973.

Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. Sep;22(9):843-9.

Taranrød LB (2011) *Mellom hjem og institusjon. Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Tretteteig S, et al. (2015) The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging Ment Health*: 1-13.

Westerberg TH (2009) *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørendeskolen: kartlegging 2007*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Westerberg TH (2010) *Tilrettelagte boligtilbud for personer med demens. Nasjonal kartlegging 2008*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

FILMER

Gausdal M, Haugen PK, et al. (2013) *Utredning av demens – En film for deg som skal til utredning og dine nærmeste*. Produksjon: Railway. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Gausdal L & Gjøre L (2013) *Etablering og organisering av demensteam*. En Undervisningsfilm. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

2014

Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens

Denne undersøkelsen er gjennomført på oppdrag av og i nært samarbeid med, Helsedirektoratet, som en del av Demensplan 2015. Målet er å gi en oversikt over tilrettelagte tilbud for personer med demens i norske kommuner i siste del av denne planperioden. Undersøkelsen er den sjette i en serie kartlegginger, den første ved årsskiftet 1996-1997, deretter 2000-2001 og 2004-2005. I forbindelse med oppstart av Demensplan 2015, i 2007, ble det gjennomført en detaljert kartlegging avgrenset til satsingsområdene for utviklingsprogrammene om *pårørendeskoler og samtalegrupper*, om *dagtilbud og avlastningsordninger* og om *diagnostikk og utredning av demens*. I 2008 var tilrettelagte botilbud tema for en egen undersøkelse.

En ny undersøkelse ved årsskiftet 2010-2011, dekket hele spekteret av tilbud og oppsummerte situasjonen når en del av utviklingsprogrammene i Demensplan 2015 var gjennomført. Denne kartleggingen, som gir status per 1. oktober 2014, er noe utvidet for å kunne gå enda mer i detalj på en del områder som har vært satsinger i demensplanen.



Linda Gjora (f. 1980)

Utdannet ergoterapeut ved HIST i 2005. Master i folkehelsevitenskap ved Nordic School of Public Health (NHV) 2011. Fra 2005-2007 ansatt ved Hukommelsesklinikken på Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Siden 2007 ansatt ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.



Arnfinn Eek (f. 1948)

Cand. psychol. og spesialist i klinisk psykologi. Erfaring fra klinisk virksomhet i arbeid med eldre, undervisning, forskning, utviklingsarbeid, forlagsvirksomhet og som daglig leder ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Fra 2014 spesialkonsulent ved Aldring og helse.



Øyvind Kirkevold (f. 1958)

Sykepleier, MPH, dr. philos. Assisterende forskningssjef ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, professor i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik og forsker ved Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet. Klinisk erfaring fra alderspsykiatri og eldreomsorg. Involvert i en rekke forskningsprosjekter, de fleste innen demensomsorg og omsorg i sykehjem.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

ISBN 978-82-8061-247-2



9

788280

612472

Forlaget Aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no

Linda GjØra

Å favne bredt og treffe rett

En sammenfatning
av satsingen under
Demensplan 2015

RAPPORT



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

RAPPORT

Å favne bredt og treffe rett

En sammenfatning av satsingen
under Demensplan 2015

Linda GjØra

*Med bidrag fra:
Betty Sandvik DØble*

Arnfinn Eek

Marit Fossberg

Per Kristian Haugen

Kirsti Hotvedt

Øyvind Kirkevold

Marit Mjørud

Anne Marie Mork Rokstad

Janne RØsvik

Elin H. AarØ Strandli

Liv Bjerknes Taranrød

© Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, 2016
Layout/trykk: BK Grafisk

ISBN 978-82-8061-259-5
ISBN 978-82-8061-263-2 (digital versjon)



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Forord

Demensplan 2015 – «Den gode dagen» ble lansert av daværende helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad i 2007 som en delplan til Omsorgsplan 2015 og en oppfølging av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer».

I fagmiljøet vakte planen begeistring av flere årsaker. Den løftet utfordringene knyttet til demenssykdommene og behandling av og omsorg for personer med demens opp til å bli en politisk prioritert oppgave. Den omtalte ikke bare personene med demens, men også deres pårørende. Den adresserte viktige problemstillinger som utredning og diagnostikk og satte fokus på hva som kunne gjøres for disse pasientene før de var i behov av plass i sykehjem, ved å legge vekt på tilrettelagte tilbud utenfor institusjon. Den signaliserte en omfattende satsing på tilbud til pårørende og la vekt på situasjonen for dem som opplever å få en demenssykdom tidlig i livet. Tilrettelegging av gode omsorgsmiljøer, både fysisk og innholdsmessig, fikk oppmerksomhet. Planen utmerket seg også ved å gi klare målsettinger der ordet «skal» gikk igjen. «*Når demensplanen er gjennomført i 2015, skal ...*» At man også mente å ha belegg for at den var blant de første i verden i sitt slag, om ikke den aller første, ga oss en følelse av å være med på noe stort.

I løpet av perioden gjennomgikk planen en revisjon og ble styrket økonomisk ved øremerkede satsinger både til pårørende og til utbygging av dagaktivitets-tilbud. I planperioden ble det også gjennomført to omfattende informasjonskampanjer.

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse fikk i oppdrag av Helsedirektoratet å lede flere av planens utviklingsprogrammer. Vi fikk mulighet til å samarbeide bredt med andre kompetansemiljøer og frivillige organisasjoner om gjennomføring av deler av planen, og med mange av landets kommuner i deres arbeide med å bygge opp tilbud. I tillegg gjennomførte vi sammen med Helsedirektoratet og landets fylkesmannsembeter tre nasjonale kartlegginger for å skaffe en oversikt over hvordan satsingsområdene ble fulgt opp i kommunene.

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet, for å gi en kortfattet oppsummering av erfaringene med de ulike satsingsområdene og hva planen har ført til i landets kommuner i form av tilbud. Framstillingen bygger i hovedsak på mer omfattende rapporter fra de enkelte satsingsområdene og fra de nasjonale kartleggingene. Vi takker Linda Gjøre for hennes omfattende innsats med å samle og sette sammen denne rapporten til en lesverdig oversikt. Takk også til øvrige medarbeider ved Aldring og helse som har bidratt til rapporten. Vi takker også Helsedirektoratet for oppdraget og for godt samarbeid underveis.

Tønsberg/Oslo april 2016

Kari Midtbø Kristiansen

Daglig leder

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse



Innhold

KAPITTEL 1

Innledning

7

KAPITTEL 2

Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

8

Sammendrag

8

Nasjonal kartlegging av tilrettelagte tjenestetilbud
til personer med demens

9

Kommunal planlegging av helse- og omsorgstilbud

9

Kommunale planverk og tjenester til personer med demens

10

Demensforskning

11

Internasjonalt samarbeid

12

Demensfyrtårn

12

Nasjonal faglig retningslinje om demens

13

KAPITTEL 3

Kapasitetsvekst og kompetanseutvikling

14

Sammendrag

14

Kompetanseutvikling til personell i helse- og omsorgstjenestene

15

Demensomsorgens ABC og annen ABC-opplæring

15

Fagskolen aldring og helse

16

Fagutvikling om eldre innvandrere og demens

17

Helsetjenester for personer med demens og
samisk kulturbakgrunn

17

Boligløsninger for personer med demens

18

KAPITTEL 4

Samhandling og helsefaglig oppfølging	20
Sammendrag	20
Demensutredning og demensteam	21
<i>Utredning av demens hos innvandrere med ulike utdanningsnivå</i>	23
<i>Utredning av demens hos personer med samisk bakgrunn</i>	23
Yngre personer med demens	24
<i>Diagnostikk av yngre personer med demens</i>	24
<i>Tilbud for yngre personer med demens og deres pårørende</i>	25
<i>Yngre personer med demens og tekniske hjelpemidler</i>	26
<i>Familier til yngre personer med demens</i>	26
<i>Videreføring av utviklingsprogrammet om yngre personer med demens</i>	27
Legemiddelbehandling	28

KAPITTEL 5

Aktiv omsorg	30
Sammendrag	30
Dagaktivitetstilbud	31
<i>Tilskuddsordning for etablering og drift av dagaktivitetstilbud</i>	32
Miljøbehandling	34

KAPITTEL 6	
Partnerskap med familie og lokalsamfunn	37
Sammendrag	37
Pårørendesatsing	38
<i>Utviklingsprogram om tilbud til pårørende</i>	
<i>– pårørendeskoler og samtalegrupper</i>	38
<i>Videre satsing på pårørendeskoler og samtalegrupper</i>	39
<i>Tilskuddsordning</i>	39
<i>Møteplass for mestring – Demens midt i livet</i>	39
<i>Tilbud til barn og unge som har en forelder med demens</i>	40
<i>Pårørende til personer med utviklingshemning og demens</i>	41
<i>Pårørende til personer med demens som har</i>	
<i>samisk kulturbakgrunn</i>	42
<i>Pårørende til eldre innvandrere med demens</i>	42
Frivillig innsats	43
Informasjonstiltak om demens på nett	44
<i>Demensinfo og Fagnett demens</i>	44
Referanser	45
Vedlegg	
Litteratur produsert under Demensplan 2015	52



KAPITTEL 1

Innledning

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse-
direktoratet. Målet er å gi en kortfattet gjennom-
gang av de forskjellige satsingsområdene og se
nærmere på hva satsingen har betydd for utviklingen
av tjenester til personer med demens og deres
pårørende.

I Demensplan 2015 ble det beskrevet fem
hovedstrategier for å møte framtidens omsorgs-
utfordringer:

- *Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging*
- *Kapasitetsvekst og kompetanseheving*
- *Bedre samhandling og medisinsk oppfølging*
- *Aktiv omsorg*
- *Partnerskap med familie og lokalsamfunn.*

Med utgangspunkt i disse fem strategiene presen-
teres det i denne rapporten erfaringer og resultater
fra satsinger som har blitt gjennomført i plan-
perioden som gikk fra 2007 til 2015. Resultater
fra de ulike satsingsområdene knyttes opp mot
informasjon fra de nasjonale kartleggingene av
tilrettelagte tilbud til personer med demens som
er gjennomført i planperioden.

Rapporten bygger på en rekke rapporter, hand-
bøker og andre publikasjoner som er utarbeidet i
tilknytning til utviklingsprosjekter og satsinger i
Demensplan 2015, samt andre relevante kilder
produsert i samme tidsrom. Det har vært flere
bidragsytere til denne rapporten og det rettes en
stor takk til medarbeidere ved Nasjonal kompe-
tansetjeneste for aldring og helse som har bidratt
med skriftlig materiell; Betty Døble, Marit Foss-
berg, Per Kristian Haugen, Kirsti Hotvedt, Øyvind
Kirkevold, Marit Mjørud, Anne Marie Mork
Rokstad, Janne Røsvik, Elin Aarø Strandli og Liv
Bjerknes Taranrød. I tillegg rettes en spesiell takk
til Arnfinn Eek ved Aldring og helse for støtte og
mange gode innspill underveis i skriveprosessen.



KAPITTEL 2

Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- skal kunnskapsgrunnlaget for å utvikle gode tiltak og tjenestetilbud til mennesker med demens være vesentlig styrket gjennom forskning og utviklingstiltak*
- skal framtidens omsorgsutfordringer stå på dagsorden i det ordinære kommuneplan- og økonomiplanarbeidet, med spesielt fokus på et helse- og sosialtjenestetilbud som er tilpasset et økende antall personer med demens og deres pårørende*

Demensplan 2015, side 15.

Sammendrag

- Kommunenes tilrettelagte tilbud til personer med demens er kartlagt ved planperiodens start, midtveis og ved utgangen av planperioden. Dette har gitt oversikt over hvor langt arbeidet med å tilrettelegge tjenestetilbudene har kommet i kommunene, og hvor det har vært behov for videre satsing. Det har vært en markant økning i flere av tjenestetilbudene til personer med demens og deres pårørende i planperioden.
- Til sammen 80 prosent av kommunene i Norge har beskrevet tjenester til personer med demens i sine planverk. De kommunene som har beskrevet dette i sine planverk tilbyr noen flere tjenester til denne gruppen enn de kommunene som ikke har tjenestetilbudet omtalt i planverket. Dette er mest gjeldende for de små kommunene.
- I planperioden har forskning om demens økt betraktelig og det er pågående forskningsaktivitet knyttet opp mot flere av satsingsområdene fra demensplanen.
- Nasjonal faglig retningslinje om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende er under arbeid og ferdigstilles i 2017. Arbeidet er organisert i to delprosjekter som omhandler henholdsvis utredning, diagnostisering og medisinsk behandling og oppfølging av personer med demens og pårørende.

Nasjonal kartlegging av tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens

Underveis i planperioden er det gjennomført tre nasjonale kartlegginger av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens. Kartleggingene er gjennomført i samarbeid mellom Helsedirektoratet, fylkesmannsembetene og Aldring og helse. Hensikten med kartleggingene har vært å få oversikt over hvor langt arbeidet med å tilrettelegge tjenestetilbudene har kommet i kommunene, og hvor det har vært behov for videre satsing. Kartleggingene omfatter opplysninger og detaljer som ikke kan hentes fra kommunenes KOSTRA-rapportering. I alle kartleggingene er det etterspurt informasjon på de samme hovedområdene, men etter hvert har det blitt innhentet utdypende informasjon spesielt knyttet til satsingsområdene i Demensplan 2015. De seneste kartleggingene har spesielt sett på områdene *diagnostikk og utredning av demens, pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens og dagaktivitetstilbud til personer med demens*. I perioden 2007-2010 var det egne utviklingsprogram på disse områdene med satsing på oppbygging av denne typen tilbud i kommunene. Alle områdene ble videreført fra utviklingsprogrammene til utgangen av 2015.

Til sammen er det gjennomført seks nasjonale kartlegginger av tilrettelagte tilbud til personer med demens i kommunene i tidsperioden 1996-2014. Den første ble gjennomført ved årsskiftet 1996-1997 (Eek og Nygård 1999), deretter tilsvarende i 2000-2001 (Eek og Nygård 2003) og 2004-2005 (Eek og Nygård 2006). I forbindelse med oppstart av Demensplan 2015 ble det i 2007 gjennomført en mer detaljert kartlegging, men avgrenset til satsingsområdene som omfattet utviklingsprogrammene om utredning av demens, dagaktivitetstilbud og avlastningsordninger og pårørendeskoler og samtalegrupper (Westerberg

2009). Undersøkelsen fra 2007 dekket ikke tilrettelagte botilbud, dette ble kartlagt i en undersøkelse i 2008 (Westerberg 2010). Den femte nasjonale kartleggingen ble gjennomført ved årsskiftet 2010-2011 (Eek og Kirkevold 2011) og den sjette kartleggingen i 2014 (Gjøra, Eek og Kirkevold 2015).

Kartleggingene viser at utviklingen har vært positiv og det har skjedd store endringer i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende, og det er særlig i planperioden økning av tilbud har vært markant. I denne rapporten presenteres relevante resultater fra de nasjonale kartleggingene i tilknytning til de ulike satsingsområdene.

Kommunal planlegging av helse- og omsorgstilbud

I Omsorgsplan 2015 beskrives viktigheten av å sette de framtidige omsorgsutfordringene på dagsorden og å stimulere til at dette tas inn i kommune- og økonomiplanarbeidet i den enkelte kommune (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). I et delprosjekt under *Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015* ble det sett på kommunale omsorgsplaner. Ved gjennomgang av planverk, spørreundersøkelse og intervju kartla NOVA i hvilken grad kommunene hadde utviklet lokale omsorgsplaner og hvorvidt kommunene hadde tatt med omsorgsutfordringene i det kommunale planverket. Rundt 55 prosent av kommunene hadde de framtidige omsorgsutfordringene beskrevet i planverk. Det ble konkludert med at utarbeidelse av lokale delplaner for helse- og omsorgssektor bidro til at hovedsatsingsområder fra Omsorgsplan 2015 i større grad ble en del av det helhetlige planarbeidet i kommunene. Det bidro også til at ansatte i ulike deler av kommuneadministrasjonen, tjenestene og politikere utviklet en felles forståelse over hva som var utfordringer,

prioriteringer og mulige løsninger i kommunens helse- og omsorgssektor. Dersom en plan skal fungere som et dokument som legger føringer for praktisk politikk, må den være forankret hos kommunepolitikere som fordeler ressurser og legger føringer for det totale tilbudet av helse- og omsorgstjenester. Samlet sett tyder resultatene på at en lokal delplan for helse- og omsorgssektoren er et egnet virkemiddel for å sette omsorgsutfordringene på dagsorden i kommunal planlegging (Marijke, Kvale Havig og Gautun 2015).

Kommunale planverk og tjenester til personer med demens

I den nasjonale kartleggingen i 2014 oppga kommunene om de hadde omtalt tjenester til personer med demens i kommunens handlings- og økonomiplan, kommuneplanens samfunnsdel, plan for helse- og omsorgstjenesten og/eller i en egen demensplan. Til sammen hadde 345 kommuner

(80,6 prosent) beskrevet tjenester til personer med demens i sine planverk.

Det ble registrert om kommunene hadde åtte ulike tilbud: *demensteam/demenskoordinator, dagaktivitetstilbud, støttekontakt, pårørendeskoler, samtalegrupper for pårørende, samtalegrupper for personer med demens, skjermede enheter og bokollektiv for personer med demens*. Det var ønskelig å se om de kommunene som hadde omtalt tjenester til personer med demens i sine planer hadde tilbud på flere områder enn de kommunene som ikke hadde beskrevet dette i sine planverk. Det er rimelig å anta at befolkningsrike kommuner har større variasjon i sine tilbud enn kommuner med få innbyggere.

Vi har valgt å dele kommunene i tre grupper etter størrelse. Små kommuner som de med færre enn 4 000 innbyggere, mellomstore med 4 000 til 10 000 og store med over 10 000 innbyggere.

Tabell 2.1. Antall kommuner med tilrettelagte tilbud, ut fra størrelse (N=428) (%)

<i>Tilbud i kommunen*</i>	<i>Små kommuner (n=194)</i>		<i>Mellomstore (n=120)</i>		<i>Store kommuner (n=114)</i>	
	<i>Har planer (n=140)</i>	<i>Har ikke planer (n=54)</i>	<i>Har planer (n=102)</i>	<i>Har ikke planer (n=18)</i>	<i>Har planer (n=103)</i>	<i>Har ikke planer (n=11)</i>
Demensteam/ demenskoordinator	111 (79,3)	39 (72,2)	75 (73,5)	11 (61,1)	88 (85,4)	8 (72,7)
Dagaktivitetstilbud	89 (63,6)	25 (46,3)	75 (73,5)	14 (77,8)	92 (89,3)	10 (90,9)
Støttekontakt	88 (62,9)	30 (55,6)	73 (71,6)	11 (61,1)	70 (68,0)	6 (54,5)
Pårørendeskole	75 (53,8)	24 (44,4)	78 (76,5)	12 (66,7)	91 (88,3)	9 (81,8)
Samtalegruppe for pårørende	29 (20,7)	5 (9,3)	27 (26,5)	6 (33,3)	60 (58,3)	6 (54,5)
Samtalegruppe for personer med demens	6 (4,3)	0 (0,0)	6 (5,9)	0 (0,0)	15 (14,6)	0 (0,0)
Skjermede enheter	119 (85,0)	38 (70,4)	90 (88,2)	16 (88,9)	99 (96,1)	10 (90,9)
Bokollektiv	7 (0,5)	7 (13,0)	26 (25,5)	4 (22,2)	56 (54,4)	2 (18,2)

* Alle tilbud er spesielt tilrettelagte for personer med demens

Av de små kommunene hadde 72 prosent omtalt tjenester til personer med demens i sine planverk, i de mellomstore 85 prosent, og i de store kommunene hadde 90 prosent beskrevet dette i planverket. Tabell 2.1. viser hvor mange kommuner i hver av de tre gruppene som hadde tilbud på de ulike områdene i 2014.

Det er en klar tendens i de små kommunene at de som har beskrevet tjenester til personer med demens i sine planer i større grad har tilbud enn de som ikke har dette omtalt i sine planer. Det er også tydelig at de store kommunene i større grad har tilbud enn de små. Siden de fleste store kommunene og mange av de mellomstore, har planverk på dette området, blir tallene for forskjell mellom det å ha planer eller ikke, mer usikre.

For å se hvor mange tilrettelagte tilbud de ulike kommunene hadde, ble dette regnet ut fra 0 til 8 tilbud per kommune (se tabell 2.1. for beskrivelse av de åtte ulike tilbudene). De små kommunene hadde i gjennomsnitt 3,6 tilbud (fra 0 til 7), de mellomstore hadde 4,4 tilbud i gjennomsnitt (fra 1 til 7) og de store 5,5 tilbud i gjennomsnitt (fra 1 til 8). De kommunene som hadde beskrevet tjenester til personer med demens i sine planverk hadde i gjennomsnitt 4,5 (0 til 8) tilbud, og de som ikke hadde dette med i sine planer hadde i gjennomsnitt 3,5 tilbud (0 til 6).

Ved å se kommunestørrelse opp mot planer, synes det som at det å ha tjenester til personer med demens beskrevet i planverket, øker antall tilbud med i gjennomsnitt 0,59 tilbud (sammenlignet med å ikke ha en plan). Mens å gå fra små til mellomstore kommuner, og fra mellomstore til store kommuner, øker antall tilbud med i gjennomsnitt 0,87 for hvert steg (til sammen 1,74 fra små til store kommuner). Denne undersøkelsen kan tyde på at det å ha beskrevet tjenester til

personer med demens i kommunens planverk har en betydning i forhold til hvor mange tilbud de har, særlig for de minste kommunene.

Demensforskning

I Demensplan 2015 ble demensforskning beskrevet som et sentralt satsingsområde. Siden 2007 har forskning på demens økt betraktelig og det er pågående forskningsaktivitet knyttet opp mot flere av satsingsområdene fra demensplanen. I planperioden har demens og forskning på dette området fått mer fokus enn tidligere både gjennom demensplanen og via flere andre initiativ. Aldring og helse har laget en oversikt over fag- og forskningsmiljøer innen eldreforskning inkludert demensforskning, fortrinnsvis fra Norge og Norden, der mange av forskningsressursene presenteres (Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse 2016). Forskningen på demens strekker seg fra basalforskning med mål om å finne årsaker til sykdommene, til hva som kan virke forebyggende på utvikling av demenssykdom og til behandling og omsorgsforskning innen tjenester til personer med demens og deres pårørende. Mange av forskningsprosjektene på dette området foregår i samarbeid mellom flere av forskningsmiljøene nasjonalt og flere i internasjonalt samarbeid. Nasjonalforeningen for folkehelsen har startet et større demensforskningsprogram med midler fra TV-aksjonen (Wallander 2014).

Helse- og omsorgsdepartementet finansierer forskning gjennom tre kanaler, de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd og EU sitt rammeprogram for forskning. I denne planperioden har det årlig gått fem millioner kroner av demensplanmidlene til forskningsrådet. NevroNor er en nasjonal satsing på nevrovitenskapelig forskning, under Norges forskningsråd, med mål om å forbedre kunnskapsgrunnlaget for å forebygge, diagnostisere og behandle sykdommer i hjernen

og øvrige deler av nervesystemet. NevroNor er en samordnende instans i arbeidet med å styrke nasjonal neurovitenskapelig forskning i et internasjonalt samarbeid, på prosjektnivå og gjennom å delta i EU Joint Programme – Neurodegenerative Disease Research (JPND) (Norges forskningsråd 2012). JPND er et felleseuropeisk forskningsinitiativ og norske forskere deltar nå i flere av prosjektene.

Prosjektet *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens* (REDIC) ble gjennomført av Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet og Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM) på oppdrag fra Helsedirektoratet som en del av Demensplan 2015. Målsettingen med prosjektet var å kartlegge bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, bruk av spesialisthelsetjenester og omfanget av hjelp fra pårørende til personer med demens i Norge. I prosjektet ble det også gjennomført en framskrivning av ressursbruk knyttet til demens frem til 2100, samt en analyse av ressursbruk og helse-relatert livskvalitet (Vossius, Selbæk, Ydstebø et al. 2015).

Internasjonalt samarbeid

Helsedirektoratet og Aldring og helse deltar i *Nordisk demensnettverk*, som er vedtatt av Nordisk ministerråd og administreres av Nordens Velferds-senter. Konstituerende oppstartsmøte var i mai 2015. Det er etablert en overordnet koordinerings-gruppe, og det arbeides med å etablere flere underliggende temanettverk på områder der hvert land har behov for å utvikle kunnskap, eller der det er et særlig behov for og nytte av samarbeid. Mandat for Nordisk demensnettverk ble endelig vedtatt på møte i Danmark høsten 2015.

Helsedirektoratet og Aldring og helse er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet som deltakere i EU-kommisjonens *Joint action on Dementia*, som formelt startet opp i mars 2016. Det er definert fire arbeidspakker, og Norge deltar i to av disse, *Diagnose til rett tid og oppfølging etter diagnose*, og *Heldøgns omsorg*. Arbeidspakken om heldøgns omsorg skal ledes av Aldring og helse. Helsedirektoratet og Aldring og helse er også oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet som Norges representanter i *Group of governmental experts on dementia* i EU/EØS. Gruppen ble etablert i 2014 og det har vært avholdt to møter i året 2014 og 2015 i Luxembourg.

Demensfyrtårn

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har et særlig ansvar for fag- og kompetanse-utvikling i sine fylker og mange av dem har vektlagt utviklingsprosjekter innen demens (Helse- og omsorgsdepartementet 2012). Til sammen har seks USHT bidratt som Demensfyrtårn i satsingsperioden. Deres arbeid med å spre kunnskap og kompetanse om demens er finansiert fra Helsedirektoratet. De første tre som startet var utviklingssenter for sykehjem: Kroken sykehjem i Tromsø, Abildsø sykehjem i Oslo og Songdalstunet i Songdalen kommune. Målsettingen har vært å arbeide for økt kapasitet og bedre kvaliteten i tjenestene til personer med demens. Videre fikk tre utviklingssenter for hjemmetjenester også status som Demensfyrtårn. Disse var lokalisert i Nordland (Vestvågøy), Buskerud (Drammen) og Telemark (Porsgrunn). De har arbeidet med kvalitetssikring i omsorgen for hjemmeboende personer med demens, med spesiell oppmerksomhet på legemiddelbruk og behandling.

Nasjonal faglig retningslinje om demens

Tjenestene til personer med demens omfatter både kommune- og spesialisthelsetjenesten og utgjør store økonomiske og personellmessige ressurser av samfunnsøkonomisk betydning. Tjenester som ytes er ofte grunnleggende viktig for liv, helse og livskvalitet. Personer med demens tilhører en utsatt gruppe som vanskelig vil kunne ivareta egne interesser. Tjenester til personer med demens er et område med stor fare for svikt og konsekvensene av mangler ved tjenesteytingen kan være alvorlige. Et landsomfattende tilsyn i 2010-2011 avdekket blant annet uklare ansvarsforhold og at kjent og innarbeidet praksis var manglende. Mange ulike aktører i demensomsorgen gjør at det er behov for å tydeliggjøre ansvar og oppgaver og å bedre samhandlingen. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten behandlet 15.04.2013 sak om nasjonale retningslinjer for utredning, omsorg og behandling av personer med demens. Rådet anbefalte ... *at Helsedirektoratet i nært samarbeid med berørte parter utarbeider en kombinasjon av helhetlige nasjonale faglige retningslinjer og andre virkemidler for dette området.*

Arbeidet med *Nasjonal faglig retningslinje om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende* er organisert som to delprosjekter. Det ene går på utredning/diagnostisering og medisinsk behandling og det andre omhandler oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Delen som omhandler medisinsk behandling samt oppfølging av personer med demens og deres pårørende forventes ferdigstilt i 2016. Retningslinjearbeidet som tar for seg utredning og diagnostisering forventes ferdigstilt i 2017 (Helsedirektoratet 2016).



KAPITTEL 3

Kapasitetsvekst og kompetanseutvikling

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- skal nye sykehjemsplasser og omsorgsboliger som er bygd eller modernisert med tilskudd fra Husbanken i planperioden, være tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og fysisk og kognitiv svikt*
- bør ansatte uten fagutdanning som yter tjenester til mennesker med demens ha fått tilbud om grunnopplæring i demens*
- skal tilbudet om videreutdanning i geriatri og demens for høyskoleutdannet personell og personell med videregående utdanning være utvidet i tråd med Kompetanseløftet 2015*

Demensplan 2015, side 17.

Sammendrag

- Demensomsorgens ABC er utviklet for å formidle kunnskap om demenssykdommene og om god praksis til personell som arbeider i kommunehelsetjenesten. I planperioden har totalt 95 prosent av alle kommuner i Norge vært involvert i ABC-opplæring og i alt 22 000 ansatte er registrert i opplæringen. Årlig har om lag 5 000 deltakere hatt pågående ABC aktivitet. Av dem som starter i studiegruppene fullfører over 95 prosent minst ett års opplæring. Om lag 11 prosent av dem som deltar i ABC-opplæringen har ingen helsefaglig utdanning fra før.
- Et demensforløp er estimert til å koste 2,9 millioner per person, hvorav opphold på institusjon utgjør 60 prosent. Over 92 prosent av alle kommuner har tilrettelagte botilbud for personer med demens i form av skjermet enhet i sykehjem og/eller bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig. Samlet har det vært en økning i plasser ved tilrettelagte botilbud på 17,8 prosent i planperioden, økningen har vært beskjeden i siste del av perioden.

Kompetanseutvikling til personell i helse- og omsorgstjenestene

Det er en stor utfordring å sikre tilgang på tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert personell innen helse- og omsorgstjenestene til personer med demens. I planperioden er det iverksatt flere tiltak for å styrke kunnskap og kompetanse på dette området gjennom Demensplan 2015 i sammenheng med Omsorgsplan 2015 og Kompetanseløftet 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2006, Helse- og omsorgsdepartementet 2007).

Demensomsorgens ABC og annen ABC-opplæring

Helt siden ABC-opplæringens begynnelse i 1992 har det blitt arbeidet med videreutvikling på dette feltet. Det startet med utarbeidelse av *Alderspsykiatriens ABC* som etter hvert ble videreført som *Eldreomsorgens ABC*. Demensomsorgens ABC ble utviklet av Aldring og helse på oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, som en del av kompetansesatsingen i Demensplan 2015. Den ble utviklet for å formidle oppdatert kunnskap om demenssykdommene og om god praksis til personell som arbeider i kommunehelsetjenesten. Det er i dag mulig å velge mellom to opplæringspakker: *Demensomsorgens ABC* og *Eldreomsorgens ABC*. Opplæringsmodellen for Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC kjennetegnes ved at den er *virksomhetsintern* og gjennomføres *tverrfaglig*. Eldreomsorgens ABC har gjennomgått en vesentlig revisjon, og vil i løpet av våren 2016 bestå av en basisperm om aldring og omsorg og fordypningspermer innen geriatri, psykiske sykdommer i eldre år og funksjonshemming og aldring.

Opplæringsmaterialet i ABC-modellen består av temahefter satt sammen i studiepermer, og har som mål å presentere fagstoffet slik at alle som arbeider i tjenestene på egen hånd kan lese og

forstå stoffet. Etter å ha lest et hefte møtes man i tverrfaglig sammensatte refleksjonsgrupper på arbeidsplassen. Her diskuteres det man har lest opp mot erfaringer fra egen arbeidssituasjon med utgangspunkt i spørsmål og arbeidsoppgaver i heftene. Deltakerne deltar på undervisning og erfaringsutveksling på to fagseminarer for hver perm de gjennomfører. Fylkesmannsembetene over hele landet er involvert i ABC-satsingen og kommunene har hatt mulighet for å søke om midler til ABC-opplæringen fra Kompetanseløftet 2015. Gjennomføring av seminarene og oppfølging av kommunene er gjort i samarbeid med kompetansemiljøer i spesialisthelsetjenesten, utviklingssentra for sykehjem og hjemmetjenester og andre kompetansemiljøer.

Demensomsorgens ABC består av tre studiepermer. De to første permene inneholder aktuelt fagstoff om demens, utredning og oppfølging for best mulig behandling av personer med demens. Det legges vekt på pårørendes situasjon og hvordan disse kan støttes. Studieheftene introduserer praktiske observasjonsredskaper og følger anbefalt behandling og tjenester som er beskrevet som satsinger i Demensplan 2015. Den tredje studiepermen, *Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling* tar utgangspunkt i personsentrert omsorg og har som mål at deltakerne skal sette det de har lært om god miljøbehandling ut i praksis på sitt arbeidsted. Det legges derfor spesielt vekt på å involvere ledere i opplæringen (Døble og Eek 2015). ABC-opplæringen videreføres som en del av satsingen i Demensplan 2020 og Kompetanseløft 2020.

Aldring og helse har, på oppdrag av Helsedirektoratet, utviklet et opplæringsverktøy kalt *Dette må jeg kunne – introduksjon til helse- og omsorgsarbeid*, som er beregnet på opplæring av vikarer og nyansatte som skal jobbe i helse- og omsorgstjenesten. Verktøyet gir en introduksjon til helse- og

omsorgsarbeid, og målet er å sikre at alle som arbeider i tjenestene skal ha et minimum av relevant helsefaglig basiskunnskap. Opplæringsverktøyet består av et studiehefte til deltakerne og støttemateriell for kommunale fagfolk som står for opplæringen. Studieheftene var ved utgangen av 2015 distribuert i over 7 000 eksemplarer til kommuner som bruker det i opplæring.

Om lag 11 prosent av dem som deltar i ABC-opplæringen har ingen helsefaglig utdanning. På oppdrag av Helsedirektoratet er det utviklet et opplæringsprogram som gir ABC-deltakere uten helsefaglig utdanning mulighet til å ta fagbrev og få autorisasjon som helsefagarbeidere. I prosjektet *Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev* følges nasjonale læreplaner for helsefagarbeiderutdanningen. Opplæringen har deltakere fra hele landet og ved utgangen av 2015 hadde 204 deltakere avlagt skriftlig eksamen i helsearbeiderfaget (Vg3) og 102 har tatt fagbrev (Reggestad 2014, Reggestad 2015). Opplæringen videreføres med midler fra Kompetanseløft 2020.

Fra 2014 har Aldring og helse arbeidet med utvikling av en ny ABC-opplæring beregnet for personell som arbeider i tjenester for personer med utviklingshemning. Opplæringsmaterialet som vil være tilgjengelig både i trykket og digital utgave, har fått navnet *Mitt livs ABC*. Opplæringen er utviklet på oppdrag fra og i nært samarbeid med Helsedirektoratet. Aldring og helse vil ha ansvaret for implementeringen i samarbeid med kompetansemiljøer over hele landet. De første kommunene vil starte høsten 2016.

Ved utgangen av 2015 var det registrert over 22 000 ABC-deltakere som hadde startet på minst en ABC perm. Totalt 406 kommuner (95 prosent) har deltatt i satsingen i planperioden 2007-2015, og nærmere 230 kommuner har til enhver tid hatt

aktivitet i opplæringen. Om lag 5 000 deltakere har hatt årlig pågående ABC aktivitet. Totalt er det registrert deltakelse på flere enn 39 500 ABC-permer (alle typer) i demensplansatsingen.

Den nasjonale kartleggingen av tilbud i 2014 viste at en stor andel av tilrettelagte tilbud for personer med demens nå har tilbudt ABC-opplæring til sine ansatte. Bare i perioden 2011-2014 hadde ansatte ved nær tre av fire dagaktivitetstilbud for personer med demens gjennomført Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC. Ansatte fra om lag 80 prosent av de tilrettelagte botilbudene for personer med demens gjennomførte ABC-opplæring i samme periode (GjØra, Eek og Kirkevold 2015).

ABC-satsingen har bidratt til økt kunnskap og faglig bevissthet om å utøve helsetjenester tilpasset den enkelte pasientens behov for behandling og omsorg. Deltakernes kunnskap om hva som er best for pasienten og pårørende øker, og forventningene til å kunne gjøre noe med det øker. På samme måte kan forventningene til egne kollegaer endres ved at man blir mer kritisk. Dette medfører at opplæring og dyktiggjøring av personell vil føre til utfordringer for organisasjonen. For å kunne nyttiggjøre seg potensialet som ligger i kompetanseheving, må det gjøres organisatoriske tilpasninger og det stiller store krav til ledelsen (Fossli, Døble og Kirkevold 2011). Som Døble og Eek (2015) skriver inneholder trolig ABC-arbeidet noe mer enn formidling av kunnskap. Det er en prosess med elementer av nettverksbygging, samhandling, og utvikling av omsorgskultur.

Fagskolen aldring og helse

Aldring og helse har et nasjonalt fagskoletilbud med to studieretninger: *Demensomsorg og alderspsykiatri* og *Utviklingshemning og aldring*. Fagskoleutdanningen er en yrkesrettet videreut-

danning for helsefagarbeidere, hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og aktivtører. Den kompetansen som helsefagarbeiderne tilegner seg gjennom fagskolen passer inn i satsingen i Kompetanseløftet 2015 med fokus på kompetanseutvikling innen fagfeltet demensomsorg og alderspsykiatri (Gjellstad 2014). Det er rekruttert studenter fra 18 fylker og ved utgangen av 2015 har til sammen 123 blitt uteksaminert i studietilbudet i demensomsorg og alderspsykiatri og 108 er underveis mot eksamen.

Fagutvikling om eldre innvandrere og demens

En økende andel eldre i Norge har minoritetsetnisk bakgrunn, og som en konsekvens vil det også i denne gruppen bli flere som utvikler en demenssykdom (Helsedirektoratet 2007, Nielsen, Vogel, Riepe et al. 2011). Eldre personer fra alle etniske grupper kan få demens, og dette øker behovet for å rette oppmerksomhet mot utredning, behandling og tjenester til denne sammensatte gruppen. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) gjennomførte på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet en kartlegging av kommunenes omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn. De beskrev at utfordringer i omsorgen var mest knyttet til språk, kommunikasjon, og ulikheter i kultur eller vaner og religiøs praksis. De trakk og fram at vurderinger vedrørende sykdomsutvikling ved demens var en utfordring (Ingebrechtsen 2011).

Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) ledet det 3-årige (2011-2014) forsknings- og fagutviklingsprogrammet om *Demens og eldre innvandrere*. I et av delprosjektene ble det gjort intervju av pårørende til personer med demens av ulik landbakgrunn, språk og religion. Målet var å kartlegge den enkelte families situasjon og deres erfaringer med informasjon og hjelpetilbud. Det

ble holdt fokusgrupper med innvandrere og med ansatte i helse- og omsorgstjenesten for å utdype holdninger, erfaringer og ønsker, med vektlegging av hva som kunne bidra til å redusere barrierer mot å søke hjelp. Dette arbeidet ble gjort i samarbeid mellom NAKMI og NOVA. Resultatene viste at det var stor variasjon i holdninger til og kunnskap om demens. Behovet for informasjon både om demens og tjenestetilbud var stort. Informasjon om demens bør gis på ulike språk og gjennom ulike kanaler, både skriftlig og muntlig. Dette gjelder informasjon om demens til innvandrere generelt og til personer med demens og pårørende spesielt. Deltakerne i prosjektet tydeliggjør behovet for kunnskap og kompetanse blant ansatte når det gjelder ulike holdninger til demens, familiens rolle og samarbeid mellom familie og offentlige tjenester. Det anbefales sterkere satsing på utdanning og oppfølging av ansatte i helse- og omsorgstjenesten med tanke på en kombinasjon av kulturkompetanse og kunnskap om demensomsorg (Ingebrechtsen, Spilker og Sagbakken 2015). I et av delprosjektene har NAKMI utarbeidet brosjyremateriale for å nå ut med informasjon om hva demens er, hvordan leve med demens og hvilken hjelp personer med demens og deres pårørende kan få. Brosjyrene oversettes til engelsk, polsk og urdu og blir etter ferdigstilling gjort tilgjengelig fra helsenorge.no.

Helsetjenester for personer med demens og samisk kulturbakgrunn

Den samiske befolkningens rettigheter er nedfelt i internasjonale konvensjoner, norsk lov og erklæringer gjeldende for urfolk. I perioden 2010-2012 ble *Treårig demensprogram for personer som har samisk språklig og kulturell identitet* gjennomført. Programmet fulgte målene i Demensplan 2015, men ble tilpasset personer med samisk språklig og kulturell identitet. Målet var å bidra til å øke kunnskapen om, og å tilrettelegge tjenestetilbudene til

samiske personer som utvikler demens og deres pårørende. Helsedirektoratets rapport fra programmet beskriver tiltakene som ble gjennomført i løpet av satsingsperioden, og peker på viktigheten av at helsepersonell har forståelse for ulike samiske kulturer for å kunne gi tjenester av god kvalitet (Helsedirektoratet 2013).

Temaheftet *Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre* har som målsetting å skape refleksjon og heve kompetansen blant personell som gir helse- og omsorgstjenester til samiske eldre. Heftet ble utarbeidet av Senter for omsorgsforskning Nord i samarbeid med Aldring og helse og Helsedirektoratet. Arbeidet ble støttet av en bredt sammensatt referansegruppe med deltakere blant annet fra Sametinget. Det anbefales som et kompetansehevende tiltak for alle i helse- og omsorgstjenestene som arbeider med eldre samiske tjenestemottakere. Heftet inngår som en del av Demensomsorgens ABC og det anbefales i tillegg til personell i helse- og omsorgstjenesten eller andre som ønsker kunnskap på feltet, uten at de deltar i ABC-opplæringen. Temaheftet er delt inn i en generell og en tematisk del. Den generelle delen gir en innføring i tema som historikk, befolkningsmønster, relevant lovverk, språk og kulturforståelse. I den tematiske delen omtales tema som kommunikasjon, familie og nettverk, aktivitet, mat, forståelse av helse, sykdom og behandling, livssyn og åndelige behov, omsorg ved livets slutt og døden. I den tematiske delen inngår eksempler på lokale tiltak rettet mot både institusjonsbeboere, familier, grupper og enkeltpersoner. Hva som skal til for å sikre samiske mottakere av helse- og omsorgstjenestene et godt og likeverdig tilbud, er avhengig av hvor i landet det er og hvem den eldre er. Det er altså ikke entydig, og derfor heller ingen enkel oppskrift på hvordan dette skal gjøres. Kunnskapen fra dette temaheftet kan gjøre helse- og omsorgspersonell bedre rustet til å gi eldre samiske tjenestemot-

takere og deres familier et godt og likeverdig tilbud (Blix og Hamran 2015).

Boligløsninger for personer med demens

I følge Alzheimer Europe er det anslagsvis rundt 78 000 personer med demens i Norge (Alzheimer Europe 2014). Regner man med at om lag 40 prosent av alle med demens bor i sykehjem, utgjør det i overkant av 31 000 personer (Engedal og Haugen 2009). Av alle beboerne på sykehjem har over 84 prosent en demenssykdom, og det er høy forekomst av atferdsmessige og psykiatriske symptomer hos disse pasientene (Helvik, Engedal, Benth et al. 2015). Med den sterke veksten i antall eldre de kommende årene står kommunene overfor store utfordringer knyttet til utbygging av tilstrekkelig med tilrettelagte botilbud av god kvalitet (Høyland, Kirkevold, Woods et al. 2015). En litteraturgjennomgang gjennomført av SINTEF, på oppdrag av KS, undersøkte hva som var gode bo- og tjenestetilbud for personer med demens. Det ble konkludert med at det ut fra perspektivet til personer med demens er mindre bogrupper og personrettet omsorg som er de viktigste faktorene. De fant at det var relativt klare prinsipper for hva man ønsker at de fysiske og organisatoriske rammene skal støtte. Dette innebærer oversiktlige og kjente omgivelser, færre personer å forholde seg til, lett tilgang til utearealer og mulighet for å ta del i meningsfulle aktiviteter. Bruk av disse prinsippene bidrar til reduksjon av negativ atferd (Haugan, Woods, Høyland et al. 2015).

I REDIC-prosjektet presenterte Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet og SESAM et kostnadsestimat knyttet til demens. Samlet over hele sykdomsforløpet beregnet de kostandene til å være 2,9 millioner kroner per person, eller 358 000 kroner per år. Hele sykdomsforløpet ble i gjennomsnitt estimert til 8,1 år og opphold på institusjon

utgjorde 60 prosent av totalkostnadene (Vossius, Selbæk, Ydstebø et al. 2015).

I den nasjonale kartleggingen i 2014 oppga 396 kommuner (92,5 prosent) at de hadde tilrettelagte botilbud for personer med demens i form av skjermet enhet i sykehjem og/eller bokollektiv for personer med demens i omsorgsbolig. I løpet av planperioden har antall tilrettelagte plasser økt med 17,8 prosent. Den største økningen kom tidlig i planperioden, siden 2011 har økningen vært mer beskjeden med bare 5,7 prosent. Til sammen er det registrert 1 094 flere plasser i skjermet enhet i planperioden, bare 296 av disse har kommet etter 2011. Tilsvarende er det registrert 737 flere plasser i tilrettelagte bokollektiv i omsorgsboliger, men bare 205 av disse er registrert etter 2011. Antall plasser i forsterket skjermet enhet har økt med 210 plasser (62 prosent). Dette henger sammen med at antall kommuner med slike enheter har økt fra 42 ved kartleggingen da planperioden startet til 71 i 2014. Det er nå forsterkede skjermede enheter i kommuner fra alle fylkene.

Den nasjonale kartleggingen i 2014 viste at gjennomsnittsstørrelsen på skjermede enheter er 7,9 plasser. Dette er likt med tidligere kartlegginger. I gjennomsnitt er det 3,1 pasienter per ansatt på dagvakt i ukedagene. De tidligere kartleggingene viser alle rundt tre pasienter per ansatt på dagvakt. Det er tilsvarende likhet i bemanning på kveld og helg som i foregående kartlegginger. Selv om bemanningen i enhetene synes å være stabil i gjennomsnitt, virker det som helsepersonell de siste årene har fått stadig flere arbeidsoppgaver, som klesvask, gulvvask og oppgaver i forbindelse med måltider, som tidligere ble utført av annet personell. Det er ikke gjennomført noen systematisk undersøkelse av dette, men i møte med helsepersonell de senere år har dette vært en tilbakemelding mange har kommet med.

Forsterket skjermet enhet har i gjennomsnitt 4,8 plasser. Her er det to pasienter per ansatt på dagtid i ukedagene, noe som er likt med tidligere kartlegginger, og det er ingen store endringer i bemanningstetthet på kveld og helg fra de tidligere kartleggingene. I 102 kommuner er det bokollektiv tilrettelagt for personer med demens. Disse er i gjennomsnitt på 8,3 plasser per enhet. På dagvakt i ukedagene var det 3,5 beboere per ansatt. Sammenlignet med kartleggingen fra 2010-2011 var det ingen store endringer i bemanning på dagtid. Det samme er tilfelle for kveld og helg. Kartleggingen som ble gjennomført i starten av planperioden viste at bokollektiv for personer med demens i gjennomsnitt var bemannet likt som en skjermet enhet i sykehjem.

I alle tilrettelagte botilbud for personer med demens er den største andelen ansatte helsefagarbeidere (hjelpepleiere/omsorgsarbeidere) og sykepleiere. Andel helsefagarbeidere var noe høyere i bokollektivene enn i skjermet enhet. Andel sykepleiere var noe lavere i bokollektivene enn i skjermet og forsterket skjermet enhet. Dette er sammenfallende med informasjon man fant ved kartleggingen i 2010-2011. Det er en noe høyere andel både helsefagarbeidere og sykepleiere med videreutdanning og mastergrad ved skjermede enheter enn i bokollektivene. Virksomhetsintern opplæring ved bruk av Demensomsorgens og Eldreomsorgens ABC, utgjør i perioden fra 2011 til 2014 en stor del av kompetansetilbudet for ansatte i tilrettelagte botilbud for personer med demens. Samlet rapporterer kommunene at personale fra om lag 80 prosent av enhetene har deltatt i slik opplæring. Personell i de fleste enhetene har også hatt andre kurstilbud.



KAPITTEL 4

Samhandling og helsefaglig oppfølging

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- skal den enkelte bruker være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens*
- skal det være utviklet et mer systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunetjenestene og spesialisthelsetjenesten for å få til effektive, sammenhengende og forutsigbare behandlingsforløp for den enkelte bruker*
- skal helsetilbudet være utviklet i tråd med regjeringens strategi for styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre*
- skal spesialisthelsetjenesten kunne gi den kommunale helse- og sosialtjenesten medisinsk og tverrfaglig oppfølging og veiledning på det geriatriske området*
- skal legetjenesten i sykehjem være betydelig styrket*

Demensplan 2015, side 19.

Sammendrag

- Nærmere 80 prosent av kommunene i Norge har et organisert tilbud for utredning av demens, siden 2007 er dette en tredobling. Det er hensiktsmessig å etablere demensteam for å organisere utredning og oppfølging av personer med demens i kommunen. Det er fortsatt en betydelig andel kommuner som ikke har organisert tilbud på dette området. Demens-
- teamenes oppfølging etter diagnose er svært ulik og det brukes relativt liten tid per person med demens per år til oppfølging.
- Det er en utfordring at utredning av yngre personer på landsbasis er spredt på mange enheter. For å sikre tilstrekkelig erfaring med denne typen utredning bør antall steder som har til oppgave å utrede yngre personer med demens reduseres.

- Siden 2007 er antallet dagaktivitetstilbud tilrettelagt for yngre personer med demens fordoblet, tilbudene finnes i de befolkningsrike kommunene.
- Hjelpeapparatet bør i større grad ta ansvar for administrering, koordinering og gjennomføring av undersøkelser og tiltak for yngre personer med demens. Det er et stort behov for støtte, veiledning og informasjon til pårørende og personen med demens.
- Pasientsikkerhetskampanjen og Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* har ført til bedre legemiddellister og diagnoselister, bedre dokumentasjon og oppfølging av legemiddelbehandling. Det har ført til økt kunnskap og bevissthet om riktig bruk av legemidler til eldre og økt kunnskap om sykdommene til pasientene.

Demensutredning og demensteam

Under hele satsingen har organisering av demensutredning i kommunene blitt viet mye oppmerksomhet. Det ble gjennomført et 3-årig utviklingsprogram om *utredning og diagnostisering av demens* (2007-2009). I dette programmet deltok 27 kommuner som ikke hadde tilbud om utredning og diagnostikk i 2007, men som hadde planer om dette. I alt 26 av disse kommunene opprettet eget demensteam i løpet av prosjektperioden. I tillegg deltok sju ressurskommuner med solid erfaring om utredning og som hadde et etablert demensteam. Demensteam ble definert som en tverrfaglig gruppe av helsepersonell i kommunehelsetjenesten som i samarbeid med fastlegene har ansvar for utredning av personer med mistanke om demens og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Demenskoordinator var noen steder leder for demensteamet. Andre steder arbeidet de mer alene eller med etablerte nettverk av ressurs-

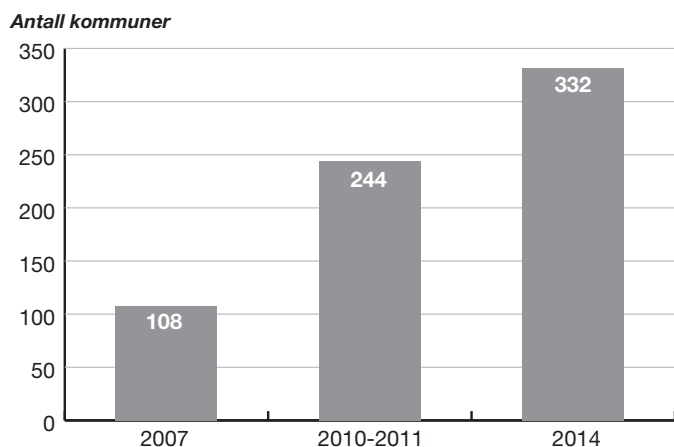
personer som bisto i utredning og oppfølging (Helsedirektoratet 2011).

I hele perioden, 2007-2015, har Aldring og helse holdt kurs om utredning av demens i kommunehelsetjenesten og om etablering og drift av demensteam. Alle kurs har vært subsidiert fra Helsedirektoratet. Også andre kompetansemiljøer har gjennomført slike kurs med støtte fra Helsedirektoratet. Programmets medarbeidere har tilbudt veiledning til kommuner som har vært i gang med å opprette demensteam. I 2011 ble det utgitt en *Håndbok om etablering og drift av demensteam* (Helsedirektoratet 2011). Målet med håndboka er å være til støtte for kommuner som står i startgropa med etablering av demensteam. Det beskrives modeller for organisering av demensteam, for prosedyrer i utredning samt for samhandling med fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Også etablerte team kan ha nytte av innholdet i boka. Denne håndboka er nå under revidering (Strandenæs 2016). I den nye versjonen er oppfølgingen etter at diagnosen er stilt og brukermedvirkning vektlagt i større grad. Det er laget undervisningsfilmer om utredning i primærhelsetjenesten og om etablering og drift av demensteam (Helsedirektoratet 2011, Gausdal og Gjører 2013, Gausdal, Haugen, Galle et al. 2013). Det er også samlet inn erfaringer fra kommunenes oppbygging av demensteam (Gausdal og Michelet 2011) og innhentet utdypende informasjon om demensteamenes og demenskoordinatorenes arbeid (Michelet 2015). I 2013 ble det sendt ut en temakoffert til alle landets kommuner. Denne kofferten inneholdt et omfattende informasjonsmateriale om utredning og etablering av demensteam.

Det er utviklet et utredningsverktøy til bruk ved demensutredning i kommunehelsetjenesten. Verktøyet er anbefalt av Helsedirektoratet og 97 prosent av kommunene som har etablert demens-

team/demenskoordinator benytter det i pasientutredning (Helsedirektoratet 2011, GjØra, Eek og Kirkevold 2015). Kommunene har gitt tilbakemelding om at utredningsverktØyet bidrar til å gi struktur i utredningsarbeidet de utfØrer. En viktig erfaring er at bruk av verktØyet utløser tiltak som har betydning i hverdagen for personen som har demens og deres pårørende. I prosjektperioden har det fortløpende blitt arbeidet med å videreutvikle verktØyet. Dette gjelder først og fremst den delen som omhandler vurdering av kognitiv funksjon. Det er behov for å videreutvikle verktØyet for å kunne fange opp Ønsker og behov som personen med demens og pårørende har om oppfølging og tiltak etter at diagnosen er stilt. Det er ogsÅ behov for å revidere verktØyet for bedre å kunne kartlegge områder som kognitiv fungering, nevropsykiatriske symptomer og fungering i daglige aktiviteter.

Det har vært en markant økning i antall kommuner med demensteam/demenskoordinator fra starten av demensplansatsingen i 2007, da 108 kommuner (25,1 prosent) hadde et organisert tilbud om demensutredning. Som illustrert i figur 4.1, ved



Figur 4.1.
Antall kommuner med demensteam og/eller koordinator (prosent).

årsskiftet 2010-2011 var det 244 kommuner (56,7 prosent) som hadde utredningstilbud og i 2014 hadde dette steget ytterligere til 332 kommuner (77,6 prosent) (Westerberg 2009, Eek og Kirkevold 2011, GjØra, Eek og Kirkevold 2015).

I utviklingsprogrammet og den videre satsingen fram til 2015 ble det bygd opp omfattende kunnskap om opprettelse og drift av demensteam og hvordan teamene kunne videreutvikle kompetanse. Noen forhold er spesielt av betydning for at kommuner kan opprette og videreutvikle gode utredningstilbud. Tilbudet må forankres politisk og administrativt i kommunen. Teamet bør være tverrfaglig sammensatt og bestå av to til fem personer som har faste stillinger eller fastsatte dager. Fagpersoner i team som ikke har fast avsatt tid, opplever dette som utilfredsstillende. Det er påkrevd at personell som arbeider i utredningen har høy kompetanse om utredning av demens. Det er ogsÅ nødvendig at teamet har kvalifisert kunnskap til å kunne gi faglig støtte, veiledning og informasjon til personer med demens og deres pårørende. Gode faglige samarbeidspartnere innad i kommunen og etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten er viktig (GjØra og Gausdal 2011, Strandenæs 2016).

Det er mulig å etablere demensteam i så vel små, mellomstore som store kommuner. Siden 2007 har det vært en tredobling i antall kommuner som har organisert tilbud om utredning, noe som har bidratt til at flere personer har fått utredning ved mistanke om demens. Norske kommuner er ulike i størrelse og organisering og det er vanskelig å kunne anbefale én modell for tilbud om demensutredning. Erfaringen er imidlertid at etablering av demensteam er en hensiktsmessig måte å organisere seg på for å sikre utredning og oppfølging av personer med demens. Samtidig er det fortsatt et betydelig antall kommuner som ikke har et

organisert tilbud og mange etablerte team er i behov av høyere bemanning og mer fagkompetanse. En annen utfordring er at demensteamenes oppfølging etter diagnose er svært ulik. Det brukes relativt liten tid per person med demens per år til oppfølging (Michelet 2015). Det er derfor fortsatt et stort behov for satsing på undervisning og veiledning til kommunene.

Det er fortsatt behov for videreutvikling av modeller for samhandling innad i kommunen i oppfølging av personer med demens og deres familier. Det må avklares hvilken kontakt det er mellom de som utfører utredningen sammen med fastlegen – og de som skal ha den kontinuerlige daglige oppfølgingen (som kontaktperson eller primærkontakt). Uavhengig av hvilken modell det legges opp til i kommunen, må det overordnede prinsippet være at den enkelte familie har en kontaktperson som de vet de kan henvende seg til og som har ansvar for koordinering og gjennomføring av tiltak.

Utredning av demens hos innvandrere med ulike utdanningsnivå

Utredning og diagnostisering av demens hos innvandrere var et av områdene NAKMI arbeidet med i forsknings- og fagutviklingsprogrammet *Demens og eldre innvandrere*. Noe av det som kom fram var at det trengs informasjon om utredning, om hvor man skal henvende seg, og om hva som finnes av tilbud og tjenester. Ved demensutredning må det benyttes profesjonell tolk til personer som har et annet morsmål enn norsk. Det anbefales også å benytte tolk der dette er nødvendig for kommunikasjon og gjensidig forståelse når behov for tjenester skal kartlegges. Det hele må basere seg på samarbeid mellom ansatte i helse- og omsorgstjenestene, personer med demens og deres pårørende (Ingebretsen, Spilker og Sagbakken 2015).

I en undersøkelse med deltakere fra 15 europeiske land fant man at 64 prosent av demensutredde i spesialisthelsetjenesten syntes det var vanskeligere å utrede pasienter med innvandringsbakgrunn. Hovedårsakene var kommunikasjonsproblemer knyttet opp mot språkbarrieren, ulike utdanningsnivå hos pasientene og mangel på adekvate utredningsverktøy som tar høyde for kulturforskjeller (Nielsen, Andersen, Kastrup et al. 2011, Nielsen, Vogel, Riepe et al. 2011).

I et av delprosjektene i *Demens og eldre innvandrere* ble det arbeidet med normering av et testbatteri til bruk ved utredning av kognitiv svikt hos personer med minoritetsetnisk bakgrunn og varierende utdanningsnivå (Bekkehus-Wetterberg 2015). I samarbeid mellom NAKMI og Aldring og helse ble det gjennomført tre kurs i planperioden der temaet var utredning av kognitiv svikt hos denne gruppen. På kursdagene ble det lagt opp til innføring i og praktisk gjennomgang av testbatteriet. Kursene var myntet på helsepersonell med erfaringer i utredning av kognitiv svikt og demens, til sammen deltok 163 personer.

Utredning av demens hos personer med samisk bakgrunn

Erfaringer fra det treårige samiske demensprogrammet tilsier at kommunene i varierende grad er oppmerksomme på behov for samisk språklig og kulturell tilpasning av demensutredning. I regi av samisk demensprogram ble det, i samarbeid med Aldring og helse, gjennomført et kurs i utredning av demens hos personer med samisk bakgrunn. Målet med kurset var å heve fagkunnskapen om demensutredning av samiske pasienter og øke kvaliteten i utredningsprosessen. Til sammen 36 personer deltok, flere av deltakerne arbeidet i demensteam og representerte faggruppene lege, sykepleier, ergoterapeut og helsefagarbeider.

Tema på kurset var utredning og diagnostisering av samiske pasienter ved mistanke om utvikling av demens, gjennomgang av utredningsskjema, medikamentell behandling av kognitive symptomer og atferdsproblematikk og legens rolle i demens-team. Det var satt av tid til erfaringsutveksling og refleksjon over utfordringer ved demensutredning av personer med samisk bakgrunn. I denne sammenhengen ses det et behov for et kulturnøytralt utredningsverktøy som kan gi veiledning til utredningsprosessen (Helsedirektoratet 2013).

Yngre personer med demens

Betegnelsen *yngre personer med demens* brukes om personer som har demensdebut før de fyller 65 år. Å få demens midt i livet medfører andre utfordringer enn når en rammes av en demenssykdom i alderdommen. Mange vil fortsatt være i arbeid, ha familiære forpliktelser for mindreårige barn og ungdom, og befinne seg sosialt og økonomisk i en situasjon som vil være belastende også for de nærmeste pårørende. Yngre personer med demens har vært et av satsingsområdene under Demensplan 2015, og utviklingsprogrammet *Yngre personer med demens* ble gjennomført i perioden 2009-2011. Programmet hadde som mål å bidra til økt kunnskap om belastning hos barn og ektefeller til yngre personer som utvikler en demenssykdom, kartlegge og iverksette tiltak som gir ektefeller og barn bedre informasjon om demenssykdommen og utvikle gode modeller for utredning og oppfølging av yngre personer med demens (Haugen 2012).

Utviklingsprogrammet *Yngre personer med demens* besto av fire delprosjekter:

- Diagnostikk av yngre personer med demens
- Tilbud for yngre personer med demens og deres pårørende

- Yngre personer med demens og tekniske hjelpemidler
- Familier til yngre personer med demens.

Diagnostikk av yngre personer med demens

For å kartlegge hvordan spesialisthelsetjenesten arbeider med demensutredning og oppfølging, ble det gjennomført en kartleggingsundersøkelse hvor 26 poliklinikker og avdelinger som utreder yngre personer deltok. Dette var 12 alderspsykiatriske, ni geriatrike og fem nevrologiske enheter. En målsetting var å kartlegge hvor mange personer under 65 år som i 2010 ble diagnostisert med en demensdiagnose. Det er knyttet noe usikkerhet til dette tallmaterialet da flere av enhetene ikke sikkert kunne anslå antall utredete pasienter. De nevrologiske enhetene oppga ikke antall pasienter, slik at det bør betraktes som et overslag over antall som er utredet og diagnostisert i de alderspsykiatriske og geriatrike utredningsenhetene i Norge. Ut fra opplysningene som er gitt fra enhetene ble i alt 696 pasienter under 65 år førstegangsutredet for mulig demens i 2010. Av disse ble 215 vurdert å ha en mild kognitiv svikt (MCI) og 248 pasienter ble diagnostisert til å ha demens, se tabell 4.1. I tillegg kommer et ukjent antall personer som ble utredet i nevrologiske enheter. Om en antar at antallet per enhet er omtrent like stort var det anslagsvis mellom 800 til 900 personer under 65 år som ble utredet for mistanke om kognitiv svikt og demens i 2010.

Kartleggingen viste at det ikke er konsensus om hvordan utredning av yngre personer med demens skal organiseres i Norge. Mange av enhetene som utreder yngre med demens manglet kompetanse innenfor en eller flere av de tre spesialitetene nevrologi, psykiatri og geriatri. Bare litt over halvparten av enhetene hadde psykolog. Det var videre store forskjeller i hvordan enhetene fulgte

Tabell 4.1. Utredning og diagnostisering av demens hos personer under 65 år i 2010

(Unntatt personer utredet i nevrologiske enheter)

	Totalt (%)	Andel kvinner (%)
Antall pasienter utredet i 2010	696 (100)	338 (49)
Diagnostisert med MCI	215 (31)	101 (47)
Diagnostisert med demensdiagnose	248 (36)	131 (54)
Diagnostisert uten MCI eller demens	233 (33)	106 (45)

opp yngre personer med demenssykdom og i hvordan samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten var organisert.

Erfaringen fra prosjektet er at det er uklarhet omkring hvem som har ansvaret for oppfølgingen av yngre personer med demens. Det er viktig at det klargjøres nærmere hvilke arbeidsoppgaver spesialist- og kommunehelsetjeneste skal ha i dette arbeidet. Det vil bidra til å sikre at behovene til personer med demens og pårørende blir bedre ivarettatt etter at diagnosen er stilt. Arbeidet som nå gjøres for å utforme en nasjonal retningslinje om demens, er derfor viktig for å avklare hvordan utredning av yngre med demens skal organiseres og hvordan ansvarsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten skal være i oppfølging.

I en dansk studie fant en at bare 70 prosent av demensdiagnosene som var stilt hos yngre personer medførte riktighet. Flere hadde blitt utredet ved akuttinnleggelser, bare 24 prosent hadde blitt utredet ut fra de danske evidensbaserte retningslinjene for utredning av demens (Sundhedsstyrelsen 2013). Det ble konkludert med at pasientene burde vært henvist til en hukommelsesklinikk for utredning siden diagnostisering av demens hos yngre er komplekst og bør gjøres av spesialister med erfaring på dette området (Salem, Andersen,

Nielsen et al. 2014). Halvparten av enhetene i Norge utredet færre enn 20 yngre pasienter i året. Med et samlet relativt lite antall nye pasienter per år, er det en utfordring at utredningen av denne gruppa på landsbasis er spredt på mange steder. En reduksjon av steder som har til oppgave å utrede yngre personer med demens, ville gitt et bredere erfaringsgrunnlag for den enkelte enheten (GjØra, Haugen og Engedal 2013).

Tilbud for yngre personer med demens og deres pårørende

I 2011 ble det gjennomført en kartlegging av tilbud spesielt tilrettelagt for yngre personer med demens og deres familier. Til sammen utgjorde dette 53 tilbud og besto blant annet av dagaktivitetstilbud, døgntilbud og samtalegrupper. På landsbasis var det rundt 160 yngre personer med demens som hadde et tilrettelagt dagaktivitetstilbud, og 70 personer som bodde i tilrettelagte døgntilbud (Gausdal 2012). Selv om antallet tilrettelagte tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende i 2011 var relativt begrenset, hadde antall dagaktivitetstilbud og heldøgntilbud blitt fordoblet fra 2007 til 2011 (Westerberg 2009). Det ble registrert 22 dagaktivitetstilbud fordelt på 18 kommuner i 2011 (Gausdal 2012). Den nasjonale kartleggingen av kommunale tilbud viste en

ytterligere økning fram til 2014. Det var da 54 dagaktivitetstilbud, fordelt på 44 ulike kommuner (Gjora, Eek og Kirkevold 2015). Alle undersøkel-sene har vist at de tilrettelagte tilbudene for yngre stort sett befinner seg i de befolkningsrike kom-munene i Norge.

I større kommuner (over 20 000 innbyggere) er det mulig å etablere tilrettelagte tilbud som dagaktivi-tets- og heldøgntilbud til yngre personer med demens. Kommuner med få innbyggere og kort avstand til nabokommunene, kan vurdere inter-kommunale løsninger for å etablere tilbud. Små kommuner med lange avstander ut av kommunen, bør bygge opp individuelle tilbud basert på de tiltakene og ressursene som de har tilgjengelig. I flere små kommuner har en bygd opp egne individuelle tilrettelagte tilbud for yngre i regi av kommunens dagaktivitetstilbud for personer med demens. I slike opplegg har en benyttet seg av støttekontakter, brukerstyrt personlig assistent, samarbeidet med frivillige organisasjoner og etablert ansvarsgruppe (Gausdal 2012).

Yngre personer med demens og tekniske hjelpemidler

Prosjektet *Yngre personer med demens og hjelpe-midler* så på yngre personers bruk og nyttiggjør-else av hjelpemidler i hverdagen. I hvilke situa-sjoner og på hvilket tidspunkt kan hjelpemidler anbefales og hvilken betydning har det å få hjelpe-midler? Det ble først gjennomført fokusgruppe-intervjuer med yngre personer med demens og intervju med deres pårørende for å undersøke hvilke hverdagsvansker de hadde og hvilke hjelpe-midler de eventuelt hadde prøvd. Det ble deretter gjennomført en intervensjonsstudie med utprøving av tekniske hjelpemidler for yngre personer med demens. Det deltok 12 personer som var yngre enn 65 år og som nylig hadde fått stilt en demensdiag-

nose. Deltakernes behov for hjelpemidler ble kartlagt. Til sammen 20 ulike hjelpemidler ble prøvd ut og evaluert ut fra bruk og nytte for deltakerne. Deltak-erne og deres pårørende ble fulgt opp i inntil 19 måneder med regelmessige intervju, observasjoner og filming i bruk av hjelpemidlet (Holthe 2015).

Erfaringen fra utprøvingene er at hjelpemidler kan støtte yngre personer med demens og deres pårør-ende. Ofte kan personen med demens og pårørende være uvitende om hva som finnes av hjelpemidler og hva disse kan bidra med, det kan derfor være vanskelig for dem å konkretisere tydelige behov. Det kreves en kartlegging av den enkeltes behov for å komme fram til mulige løsninger med hjelpe-midler. Mange av løsningene kan ha god effekt en periode. Siden demens er en progredierende sykdom må hjelpemiddelet alltid følges opp, og en må være rede til å endre, tilpasse eller fjerne hjelpemidler som ikke lenger har en funksjon, eller som ikke lenger møter behovet til personen med demens og pårørende. Med utgangspunkt i erfaringene fra dette delprosjektet er det utarbeidet en håndbok om formidling av kognitive hjelpemidler til personer med demens. Håndboka er ment som hjelp til helsepersonell som er involvert i å vurdere tiltak, der tekniske hjelpemidler kan være aktuelt for å støtte opp om aktivitet og deltagelse i hver-dagen til personer med demens (Holthe 2013).

Familier til yngre personer med demens

For å få mer kunnskap om familiene til yngre personer med demens, ble det gjennomført tre parallelle undersøkelser. Det ble foretatt intervju av barn/ungdom som hadde en forelder med demens, ektefeller til yngre personer med demens og yngre personer med demens. I disse undersøkelsene deltok det 45 ektefeller/samboere, 14 ungdommer og 20 personer som selv hadde en demenssykdom. Det kom fram i intervjuene at perioden etter at

diagnosen er stilt, er en svært sårbar fase for mange familier. Et medlem av familien hadde fått en alvorlig diagnose som i de fleste tilfeller over tid vil resultere i en forverring, og at en etter hvert blir helt avhengig av andre. Pårørende opplever ofte å være alene med ansvaret. Hjelpeapparatet bør i større grad ta ansvar for administrering, koordinering og gjennomføring av undersøkelser og tiltak. Det er et stort behov for støtte, veiledning og informasjon til så vel ektefeller/samboere, barn og personen selv med demens. Dette kan dreie seg om få faktakunnskap om sykdommen og praktiske råd for å mestre hverdagen (Haugen 2012, Johannessen, Haugen og Möller 2012). Av intervjuene med ungdommene med en mor eller far med demens, gikk det fram hvor forskjelligartet demenssykdommen kommer til uttrykk. Ungdommene reagerte og tilpasset seg ulikt når en av foreldrene hadde blitt mentalt redusert og endret seg i væremåte. Det er viktig at barn og ungdom får mulighet til å uttrykke tanker, forestillinger, følelser og oppfatninger, og får mulighet til å møte andre ungdommer som er i samme situasjon som dem selv (Haugen 2012, Barca, Johannessen, Engedal et al. 2014).

Videreføring av utviklingsprogrammet om yngre personer med demens

Erfaringene fra alle delprosjektene i utviklingsprogrammet om yngre personer med demens gjorde at det i videreføringen fra 2012 til 2015 ble prioritert tiltak for å øke kompetansen hos helsepersonell. Det ble utarbeidet fagstoff og gjennomført kurs og konferanser om temaet yngre personer med demens. Kursvirksomheten ble støttet økonomisk ved at deltakeravgiften var subsidiert fra Helsedirektoratet. En viktig oppgave i prosjektet har vært å tilby veiledning og støtte til fagpersoner. Pårørende har også henvendt seg for å få hjelp. Behovet for støtte, rådgivning og informasjon

dreier seg om å få faktakunnskap om sykdommen, veiledning om hvordan en kan nå fram i hjelpeapparatet eller praktiske råd for å kunne mestre hverdagen. Det er behov for å etablere rådgivnings- og veiledningstjenester for familier til yngre personer med demens. Et slikt tilbud kan for eksempel etableres ved å bygge på de erfaringene som er gjort i allerede etablerte tilbud som *Rådgivnings- og veiledningstjenesten* på Villa Enerhaugen i Oslo kommune og hos Nasjonalforeningen for folkehelsen (Brovold, Helleborg og Isaksen 2012). Ved planperiodens slutt er det fortsatt stor etterspørsel fra ulike instanser om undervisning og veiledning knyttet opp mot yngre personer med demens.

I samarbeid med pårørendesatsingen ble det arrangert kurs om pårørende til yngre personer med demens og gitt ut to bøker, en for helsepersonell og en for personer med demens og deres pårørende. Tor Atle Rosness har skrevet en lærebok for fagpersoner. I denne boka beskrives de ulike demenssykdommene og betydningen av støtte, tilbud og behandling for pasient og pårørende (Rosness 2014). Ragnhild Eidem Krüger har gitt ut en bok rettet til pårørende (Krüger 2013). Denne boka bygger på intervju med et utvalg av personer som har demens, ektefeller og ungdommer med en mor eller far med demens.

Anne Brækhus har utarbeidet en håndbok om utredning og diagnostikk av yngre personer med demens. I denne boka legges det spesiell vekt på å beskrive prosedyrer og undersøkelser som er nødvendige for å kunne stille ulike demensdiagnoser (Brækhus 2016). Peter Horndalsveen har skrevet en bok om hvilke arbeidsoppgaver spesialist- og kommunehelsetjenesten har i oppfølging av yngre personer med demens (Horndalsveen 2016). I denne beskrives det hva som bør inngå i oppfølgingen og hvordan samhandlingen mellom

spesialist- og kommunehelsetjeneste kan legges opp.

Legemiddelbehandling

I Demensplan 2015 beskrives legemiddelhåndtering og riktig legemiddelbruk som en krevende oppgave for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelser har vist at personer med demens som bor i sykehjem ofte bruker mange ulike legemidler og at nesten tre firedeler av pasientene får psykofarmaka som fast forskrivning (Selbæk, Kirkevold og Engedal 2007). I en studie av sammenheng mellom uhensiktsmessig legemiddelbruk, nedsatt funksjonsnivå og sykehusinnleggelse hos eldre mennesker viste det seg at mange av pasientene ble innlagt på sykehus på grunn av alvorlige legemiddelbivirkninger (Kersten, Hvidsten, Gloersen et al. 2015). En stor andel av uønskede hendelser, både i spesialisthelsetjenestene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er knyttet til legemidler. Avvik i legemiddelbehandling kan bestå av feil i oversikten over pasientens legemidler, svikt i kommunikasjon mellom ulike behandlere/omsorgsnivå og manglende oppfølging av helsetjenesten. Dette kan føre til at pasientene får feil type legemiddel, feil dose, eller kombinasjoner av legemidler som fører til skade. Det er helt nødvendig at alle ledd som deltar i legemiddelbehandling av pasienter har innført gode og kvalitetssikrede rutiner for å sikre riktig behandling og legemiddelhåndtering. Det er også behov for økt kunnskap hos helsepersonell om legemidler til eldre og til personer med demens.

Pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender 24-7* (2011-2013) omhandlet tre av innsatsområdene legemiddelbehandling: *legemiddelsamstemming, riktig legemiddelbruk i sykehjem og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten*. Pasientsikkerhetskampanjen ble fra 2014 videreført i et femårig

nasjonalt pasientsikkerhetsprogram for å bidra til å redusere pasientskader i hele helsetjenesten. I programmet har ytterligere to innsatsområder startet opp: *samstemming av legemiddellister og forebygging av fall*. Kampanjen og programmet startet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Samstemming av legemidler handler om at sykehus, fastlege, hjemmetjeneste, sykehjem, pårørende og pasient skal ha lik informasjon om pasientens bruk av legemidler. Prinsippet for samstemming er at man ved hver overgang i pasientforløpet iverksetter tiltak for å sikre at endringer blir dokumentert, og at korrekt liste overføres til behandlende instanser. Manglende legemiddelsamstemming er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem (Skjellanger, Deilkås, Sørensen et al. 2014). I *samstemming av legemiddellister* er tiltakene rettet mot både helseforetak og fastleger, og fokuserer på viktigheten av å alltid ha korrekt og oppdatert legemiddelliste for alle pasienter.

Tiltakene innenfor innsatsområdene riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste, skal bidra til å optimalisere legemiddelbehandlingen av langtidspasienter på sykehjem og hos hjemmeboende over 65 år som har vedtak om legemiddelhjelp. Man finner mange av de samme utfordringene når det gjelder avvik i legemiddelbehandlingen i hjemmetjenesten som i sykehjem. Det er en ekstra utfordring at aktørene som er involvert i legemiddelbehandlingen til tjenestemottakere av hjemmetjenesten ikke er lokalisert samme sted. I løpet av Pasientsikkerhetskampanjen, ble tiltakene for *riktig legemiddelbruk i sykehjem* implementert i alle landets Utviklingssentre for sykehjem gjennom et nasjonalt læringsnettverk i 2012. I 2013 ble det gjennomført tilsvarende læringsnettverk for Utviklingssenter for hjemmetjenester med samstemming av legemiddellister og legemiddelgjennomgang som tema. I etterkant av dette har

utviklingssentrene i de fleste fylkene arrangert tilsvarende læringsnettverk for kommunene i sitt fylke, og gitt veiledning til team i etterkant av læringsnettverkene. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester anses å være hensiktsmessige og gode arenaer for spredning på dette satsingsområdet. I følge Helsedirektoratet var 62 prosent av landets kommuner involvert i Pasient-sikkerhetsprogrammet på ett eller flere innsats-områder per november 2015. Innsatsområdene innen legemiddelbruk er de områdene kommunene har kommet lengst med.

Tilbakemeldinger fra praksisfeltet, gjennom blant annet sluttrapporter fra nasjonale og fylkesvise

læringsnettverk, er at strukturert legemiddel-gjennomgang i team fremmer det tverrfaglige samarbeidet mellom sykehjemsleger, fastleger, sykepleiere, helsefagarbeidere og farmasøyter. I tillegg har tiltakene ført til bedre legemiddellister og diagnoselister, bedre dokumentasjon og oppfølging av legemiddelbehandling. I tillegg har fokus på legemiddelbruk gitt økt kunnskap og bevissthet om riktig bruk av legemidler til eldre og økt kunnskap om sykdommene til pasientene. Det har gitt mer objektive målinger, ført til tettere kontakt med farmasøyt og tettere dialog med pasienter og pårørende om legemiddelbehandling (Helsedirektoratet 2015).



KAPITTEL 5

Aktiv omsorg

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- *bør alle landets kommuner kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens, enten i eget hjem, i sykehjem eller som dagsentertilbud*
- *skal omsorgstjenesten ha et større faglig repertoar å spille på, med økt vekt på aktivisering, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid*
- *skal kultur, trivselstiltak, måltider og hverdagslivets aktiviteter ha økt oppmerksomhet*

Demensplan 2015, side 20.

- *skal kapasiteten av avlastningstiltak ha økt betydelig og dagaktivitetstilbud ha blitt et sentralt ledd i tiltakskjeden til mennesker med demens og deres pårørende*

Demensplan 2015, side 17.

Sammendrag

- Tilrettelagte dagaktivitetstilbud er et viktig tiltak for å bedre livskvalitet for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Det kan bidra til at personen kan bo lengre hjemme og kan være god og nødvendig avlastning for pårørende.
- Over 70 prosent av kommunene i Norge tilbyr nå dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens. Antallet personer som mottar tilbud er nærmere tredoblet siden 2007. Med kapasiteten i de tilbudene som er i drift per i dag, får i beste fall bare hver sjettede hjemmeboende person med demens et tilbud om dagaktivitetstilbud.

- Spekteret av miljøbehandlingstiltak som er i bruk i dag er bredt og spenner fra generelle trivselstiltak til individuelt tilpasset behandling basert på kartlegging og utredning. Utvikling av personsentrert demensomsorg krever langsiktig innsats. Det må formuleres et verdigrunnlag som ansatte og ledere i organisasjonen slutter opp om og ledelsen må legge til rette for at miljøbehandling prioriteres i det daglige arbeidet på lik linje med annen behandling. Det finnes ikke en fullstendig oversikt over i hvilken grad eller på hvilken måte miljøbehandling benyttes i helse- og omsorgstjenestene.

Dagaktivitetstilbud

Dagaktivitetstilbud er beskrevet som den manglende delen i omsorgstjenesten og utvikling av denne typen tilbud har vært en viktig del av satsingen i Demensplan 2015. *Utviklingsprogram om dagtilbud og avlastningsordninger for personer med demens* (2007-2010) fulgte utviklingen av 34 dagtilbud i 28 kommuner fra hele landet. Målet var å skaffe kunnskap om etablering og drift av tilrettelagte dagaktivitetstilbud og beskrive gode modeller. Det ble samlet inn data fra 219 tjenestemottakere av dagaktivitetstilbud og 195 pårørende som bidro med informasjon om sin situasjon. Dagaktivitetstilbudets plass i tiltakskjeden, innhold og kostnader relatert til tjenesten ble kartlagt (Taranrød 2011).

I den videre satsingen fra 2012-2015 var det en stigende etterspørsel og interesse i kommunene for etablering og drift av dagaktivitetstilbud. Under hele perioden har kurs og konferanser om ulike aspekter ved planlegging, etablering og drift vakt stor interesse i kommunehelsetjenesten og hos andre aktuelle aktører. Det ble arrangert inntil tre kurs per år. Målgruppen for dette har vært ledere, beslutningstakere i kommunen, ansatte i dagakti-

vitetstilbud og demensteam. I tillegg har det blitt arrangert årlige konferanser for å gi faglig påfyll og inspirasjon og skape rom for å utveksle erfaringer. Alle kursene og konferansene ble subsidiert fra Helsedirektoratet. Det har også blitt undervist om temaet på andre kurs/seminar gjennom Aldring og helse og i regi av kommuner og fylkesmanns-embeter. Spesielt har kunnskap om dagaktivitetstilbud innen modellen Inn på tunet blitt etterspurt. Samarbeid med Fylkesmannen har vært viktig for å promotere dagaktivitetstilbud, og flere steder har de vært pådrivere for å få kommuner til å etablere tilbud. Det har vært utstrakt veiledning i etablering, implementering og videreutvikling av tilbud.

Materiell til bruk i opplæring og som inspirasjon er utviklet for å bidra til utvikling av gode dagaktivitetstilbud tilpasset brukernes behov. I 2012 ble *Håndbok om etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens* utgitt. Håndboka er ment som et praktisk støtteverktøy for kommuner i planlegging, etablering og drift av tilrettelagte dagaktivitetstilbud (Helsedirektoratet 2012). Det ble utviklet egne temahefter om ernæring og fysisk aktivitet (Berg 2012, Fossli 2015, Sudmann 2015). Relevant informasjon og faglitteratur ble samlet i *Temakoffert – dagaktivitetstilbud* og sendt til alle kommuner og etter hvert som det har kommet til nytt informasjonsmateriale har dette blitt etter-sendt til kommunene (Wallander, Strandli og Taranrød 2012). Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo har i samarbeid med Aldring og helse laget en inspirasjonsbok om ulike dagaktivitetstilbud. Bokas målgruppe er planleggere av tilbud, politikere, dagaktivitetspersonale og allmennheten (Reinaas 2015). Etter mal fra *Demensomsorgens ABC* arbeides det med et hefte om dagaktivitetstilbud som er planlagt ferdig i løpet av 2016.

Tilskuddsordning for etablering og drift av dagaktivitetstilbud

Siden 2012 har det vært en betydelig statlig satsing på dagaktivitetstilbud med mulighet for kommunene til å søke øremerkede midler til etablering og drift av dagaktivitetstilbud gjennom tilskuddsordningen *Etablering og drift av dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens* (Helse- direktoratet 2015). Satsingen administreres av Helsedirektoratet, og ifølge Helsedirektoratet hadde rundt 280 kommuner fått midler fra tilskuddsordningen ved utgangen av 2015. Til sammen var dette tilskudd til om lag 2 630 plasser med om lag 5 650 tjenestemottakere.

Satsingen på dagaktivitetstilbud, inkludert tilskuddsordningen, har bidratt til stor økning i andelen kommuner med dagaktivitetstilbud. I 305 kommuner (71,3 prosent) tilbys det nå dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens og antall personer som mottar tilbud er nærmere tredoblet siden den nasjonale kartleggingen i 2007, se tabell 5.1. Ved årsskifte 2014-2015 hadde 6 318 personer med demens et tilrettelagt dagaktivitetstilbud hver uke. Til sammen hadde dagaktivitetstilbudene 3 443 daglige tjenestemottakere. Settes antall plasser likt med antall daglige brukere, var det i gjennomsnitt 1,8 brukere per plass.

Ved å benytte de samme prevalenstillene som Demensplan 2015 (Ott, Breteler, van Harskamp et al. 1995), var det noe over 72 000 personer med demens over 65 år i Norge i 2014. Forutsetter en at om lag halvparten av disse bor i eget hjem, vil noe over 17 prosent ha et dagaktivitetstilbud. Legger en til grunn at om lag 60 prosent bor hjemme vil dekningsgraden bli redusert til noe over 14 prosent. Legger man i tillegg til personer med demens under 65 år, vil dekningsgraden falle ytterligere. Ved å legge til grunn prevalenstillene fra Alzheimer Europe som anslår at det er 78 000 personer med demens i Norge blir dekningsgraden enda noe lavere (Alzheimer Europe 2014). Til tross for en meget positiv utvikling av dagaktivitetstilbud viser slike anslag at det fortsatt er behov for en betydelig satsing i årene som kommer for å møte behovet for denne typen tilbud hos personer med demens og deres pårørende.

Kostnadene for drift av dagaktivitetstilbud varierer med tilbudets størrelse og organisering. Beregningene som ble gjennomført basert på ni dagaktivitetstilbud i institusjon i utviklingsprogrammet ga en gjennomsnittlig dagspris på 700 kroner. Det tilsvarte en til to timer hjemmesykepleie per dag og harmonerte med en lignende undersøkelse gjennomført i Sverige (Socialstyrelsen 2010, Taranrød 2011). I en kostnadsberegning der 45 dagsentertilbud lokalisert i og utenfor institusjon,

Tabell 5.1. Tilrettelagte dagaktivitetsplasser for personer med demens

	2007	2010-2011	2014
Andel kommuner med dagtilbud	30,2 %	43,7 %	71,3 %
Antall kommuner med dagtilbud	130	188	305
Antall brukere totalt	2351*	3257**	6318

* Tallene er beheftet med noe usikkerhet, mangelfull informasjon fra 11 kommuner.

** Tallene fra Oslo er beheftet med noe usikkerhet.

var inkludert, ble gjennomsnittskostnaden beregnet til 868 kroner per dag per plass. I gjennomsnitt ble 10 prosent av kostnaden dekket av pasientenes egenandeler, personalkostnader utgjorde 65 prosent. Dagtilbud tilknyttet sykehjem og eldresenter hadde lavere kostnader enn andre modeller. Årsaken ligger sannsynligvis i tilbudenes størrelse. Dagtilbud lokalisert i sykehjem og eldresenter har vanligvis flere plasser, lavere bemanning og derfor lavere personalkostnader per plass (Vossius, Selbæk og Lurås 2012). Dagaktivitetstilbud utenfor de vanlige institusjonsbaserte løsningene ses som hensiktsmessig for å rekruttere personer med demens som er i en tidlig fase av sykdomsutviklingen. Allikevel er det fortsatt slik at opp mot 70 prosent av dagaktivitetstilbudene er knyttet opp mot institusjoner som sykehjem og bokollektiv. Nærmere 16 prosent av alle plassene er lokalisert i tilbud som er organisert i lokaler uten direkte tilknytning til helse- og omsorgstjenester. Det har vært en positiv økning i tilbud organisert som *Inn på tunet*, men fortsatt er det under ni prosent av plassene som gis i slike tilbud (Gjóra, Eek og Kirkevold 2015).

I den nasjonale kartleggingen oppga 88 prosent av dagtilbudene at de krevde egenandel for dagaktivitetstilbudet og det var store variasjoner i størrelsen på egenandelene (Gjóra, Eek og Kirkevold 2015). Mange ganger vil dagaktivitetstilbud for personer med demens gis som nødvendige tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2. For tjenester som innvilges på dette grunnlaget kan det kun tas egenandel når dette følges av egenandelsforskriften. Dagaktivitetstilbud som gis som avlastning kan det ikke kreves betaling for. Dersom dagaktivitetstilbudet gis som et ikke lovpålagt kommunalt tilbud, det vil si at kommunen tilbyr dagaktivitetstilbud ut over deres ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, står kommunen i utgangspunktet fritt til å vurdere størrelsen på egenandelen. Dette beskrives i brev fra Helsedirek-

toratet til Fylkesmannen i Hedmark av 30.05.2014. Ut fra hensynet til likebehandling understreker Helsedirektoratet at kommunen likevel bør legge opp til lik egenbetaling, uavhengig av om tilbudet er lovpålagt eller ikke (Helsedirektoratet 2014). Den nasjonale kartleggingen undersøkte ikke om kommunene gir dagaktivitetstilbud til personer med demens som nødvendige tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2.

Brukere og pårørende ved dagaktivitetstilbud er opptatt av at tilbudet må tilrettelegges for aktivitet hvor det tas hensyn til den enkeltes funksjonsnivå. Videre er de opptatt av at omgivelsene skal preges minst mulig av uniformering og sterilt preg. Det beskrives i håndboka at dagaktivitetstilbudene bør inneholde aktiviteter og miljøtiltak som er tilrettelagt for å bidra til trivsel, mestring og livskvalitet for dem som mottar tjenestetilbudet. Når aktivitetene tar hensyn til personens interesser, støtter de opp under identitet og verdighet. En slik tilnærming bygger på prinsipper for miljøbehandling med utspring i *personsentrert omsorg* der målet er at personen skal oppleve respekt, tillit og trygghet. I miljøbehandling er personalets evne til å kommunisere disse verdiene avgjørende for kvaliteten i tilbudet. Ut fra en slik tilnærming vil dagaktivitetstilbudet virke forebyggende på utvikling av atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens, bistå til å vedlikeholde ferdigheter, og lette belastning på pårørende (Helsedirektoratet 2012). Det etterlyses alternative og mer fleksible avlastningstilbud gjennom hele døgnet, med mulighet for åpent om ettermiddag, i helger og for overnatting. Tilbud som er mer tilpasset den enkeltes funksjonsnivå, alder og interesser enn dagens tilbud i institusjon etterspørres. Pårørende etterlyser bedre dialog mellom hjem og tilbud. Flytting mellom omsorgsnivåer er en utfordring for både personen med demens og deres pårørende. Videre er det behov for utvikling av gode modeller

for smidige overføringer mellom ulike tiltak og omsorgsnivå. Det er fortsatt behov for kunnskapsformidling til planleggere og politiske beslutningstagere om hvorfor det er viktig med stabile, fleksible og kvalitetssikrede dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Bemanningen i dagaktivitetstilbudene varierer mye, og dette kan henge sammen med type tilbud og brukernes behov for bistand. Tilbud der det bare er én ansatt til stede er sårbare uavhengig av antall personer og deres funksjonsnivå. I alt 70 tilbud opplyste i den nasjonale kartleggingen at det bare var en ansatt til stede i åpningstiden, en tredel av disse tilbudene hadde fra 5 til 10 brukere. Gjennomsnittet for alle tilbudene var 3,5 brukere per ansatt. Nærmere 78 prosent av dagaktivitetstilbudene hadde ansatte som var utdannet helsefagarbeider (hjelpepleier/omsorgsarbeider) og i 33 prosent av tilbudene var det aktivtør. Nærmere 38 prosent av tilbudene hadde ansatt sykepleier, 11 prosent hadde vernepleier og 7 prosent hadde ergoterapeut. I nærmere 90 prosent av tilbudene ble det gitt opplæring om demens i perioden 2011-2014, og i nær tre firedeler av tilbudene har ansatte deltatt i virksomhetsintern opplæring med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC (Gjora, Eek og Kirkevold 2015). I videreutvikling av gode dagaktivitetstilbud er kompetanse og kvalitetsutvikling viktig. Dette for å gi brukerorienterte, virkningsfulle og koordinerte tjenester som utnytter ressursene på en god måte (Helse- direktoratet 2012).

Tilrettelagte dagaktivitetstilbud er et viktig tiltak for å bedre livskvalitet for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Et individuelt tilrettelagt tjenestetilbud og et godt fungerende dagaktivitetstilbud kan bidra til at personen kan bo lengre hjemme. Resultatene fra planperioden tyder på at mange har fått tilbud om dagaktivitet for

seint i sykdomsforløpet og at mange ble tilbudt for få dager per uke. Det er viktig at dagaktivitetstilbudet introduseres tidlig i sykdomsutviklingen. Det gir personen med demens og pårørende mulighet for å venne seg til tilbudet, etablere gode rutiner før situasjonen blir for belastende for pårørende og/eller for utrygg for personen med demens. Et dagaktivitetstilbud kan være god og nødvendig avlastning for pårørende. Effekten av avlastning er størst når dagaktivitetstilbudet gis tre dager eller mer per uke (Taranrød 2011, Helsedirektoratet 2012). Med kapasiteten i de tilbud som er i drift per i dag, får i beste fall bare hver sjettede hjemmeboende person med demens et tilbud om dagaktivitetstilbud. Politiske føringer tilsier at alle kommuner skal ha en lovpålagt plikt om å tilby dagaktivitetstilbud fra 1. januar 2020. Det er fortsatt en vei å gå før alle kommuner kan innfri dette.

Miljøbehandling

En målsetting innen miljøbehandling for personer med demens er å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og bidra til å opprettholde deres selvstendighet så lenge som mulig. Å skape glede, trivsel og livskvalitet og dermed redusere angst og uro er viktige mål. Denne målsettingen må hele tiden tilpasses pasientens forutsetninger (Rokstad og Smebye 2008).

Utviklingsprogram om miljøbehandling (miljøprogrammet) gjennomførte Aldring og helse i samarbeid med NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus og Alderspsykiatrisk forskningssenter ved Sykehuset Innlandet HF (2009-2011). Hovedmålsettingen med miljøprogrammet var å utvikle og formidle kunnskap om hvordan livskvalitet og trivsel hos personer med demens kan bedres. Felles for de metodene som ble brukt i programmet var personsentrert omsorg, et verdigrunnlag som er bredt anbefalt innen demensomsorgen. Miljø-

programmet innebar utprøving av rammeverk for refleksjon og utvikling av personsentrert omsorg i praksis (VIPS-modellen) (Brooker 2007). Det ble gjennomført prosjekter med bruk av Dementia Care Mapping (DCM), en strukturert metode for kartlegging, evaluering og utvikling av personsentret omsorg (Kitwood 1997). Marte Meo praktikerutdanning ble gjennomført i flere sykehjem. Marte Meo er en kommunikasjonsbasert og løsningsorientert veiledningsmetode som kan benyttes i veiledning av personell og video benyttes som verktøy (Aarts 2000, Rokstad 2012). Videre ble et strukturert miljøbehandlingsprogram på individ-, gruppe- og ledelsesnivå prøvd ut (Gunderson 1978). Det ble etablert fagnettverk innen miljøbehandling i Sogn og Fjordane og gjort en kartlegging av kompetansemiljøer innen miljøbehandling og metoder som er i bruk i praksis. Miljøbehandling til personer med demens i enheter for heldøgns pleie- og omsorg ble vektlagt, særlig miljøbehandling i sykehjem.

Utpøving av VIPS-modellen for utvikling av personsentrert omsorg viste at elementene som var beskrevet teoretisk måtte konkretiseres og gjøres praktisk tilgjengelig for personalet før modellen fikk nytteverdi. I sitt doktorgradsarbeid utarbeidet Janne Røsvik en ny måte å bruke VIPS-rammeverket på (Røsvik, Brooker, Mjørud et al. 2013). Rammeverket ble brukt til å analysere konkrete pasientsituasjoner i strukturerte fagmøter hvor personalet i avdelingen hadde definerte roller. Det ble laget en manual med eksempler på personsentrert omsorg til hver indikator i VIPS-rammeverket og metoden har fått navn VIPS praksismodell (VPM) for personsentrert omsorg (Mjørud 2012).

Personalet og lederne som deltok i utprøving av DCM opplevde at metoden bidro til å skape bevisstgjøring, engasjement og refleksjon rundt behandlingstiltak. Resultatene av pasientevalueringen

viste en tendens til redusert agitasjon i pasientgruppene samt redusert bruk av antipsykotika (Rokstad 2012).

Marte Meo-praktikerutdanning ble vurdert som en virkningsfull metode for bevisstgjøring og utvikling av kompetanse i samhandling og kommunikasjon med beboerne. Evalueringen viste at metoden ga omsorgspersonell opplevelsen av å være bedre i stand til å yte personsentrert omsorg i krevende samhandlingssituasjoner, og skoleringsen ga i tillegg økt jobbtilfredshet (Lunde, Munch og Skram 2012).

Utviklingen av strukturert miljøbehandlingsprogram var basert på en modell der trygghet, støtte, struktur, engasjement og beskjeftigelse står sentralt, og hvor organisering og ansvarliggjøring på individ-, gruppe og ledelsesnivå vektlegges (Gunderson 1978). Det ble utviklet konkrete planverktøy for å sikre gjennomføring av miljøbehandling. Planverktøyene ga oversikt, forutsigbarhet og sikret gjennomføring av miljøbehandlingstiltak både overfor den enkelte pasient og på avdelingsnivå. I startfasen opplevdes det tidvis tidkrevende å fylle ut planene og å holde dem oppdatert. Etter at de var innarbeidet og de ble benyttet som en rutine, opplevdes de som rammer rundt en hverdag der det var frihet og tid til å utøve god miljøbehandling for den enkelte pasient. For at modellen skal kunne implementeres på samtlige nivå (individ, gruppe og ledelse) kreves det at leder er engasjert og deltar aktivt i planlegging av miljøbehandlingen. Der arbeidet ble organisert på en slik måte at personalet deltok i utforming av planene og hadde rom for refleksjon i denne prosessen, fremmet modellen samarbeid og fagutvikling i personalgruppa (Røen og Storlien 2012, Røen og Storlien 2015).

Et prosjekt for å prøve ut samkjøring av de fire metodene VIPS praksismodell, DCM, Marte Meo og

Strukturert miljøbehandling ble gjennomført på to sykehjem i Stavanger fra mars til oktober 2015. Erfaringene fra prosjektet var at de fire metodene utfylte hverandre godt og at de bidro til at personale med ulik kulturbakgrunn fikk en felles tilnærmingssmåte.

Kartleggingen av miljøbehandling i praksis viste en høy grad av bevissthet og intensjoner om å utøve personsentrert omsorg og behandling i sykehjem. Ledelsens nærvær, engasjement og deltakelse i den daglige virksomheten hadde betydning for å gjennomføre miljøbehandling. Lokal tradisjon, historie og kultur hadde en vesentlig betydning i miljøbehandlingen og frivillig innsats, inklusive pårørende, representerte en betydelig ressurs i miljøtiltak i sykehjem (Fermann 2012).

Det finnes flere kompetansemiljøer på dette området og de har god geografisk spredning. Ikke minst utgjør spesialisthelsetjenesten innen alderspsykiatri en ressurs overfor kommunene. Klinisk virksomhet kombineres med kunnskapsutvikling og formidling. Etablering av et fagnettverk for miljøbehandling i Sogn og Fjordane, etter modell fra Hordaland, ble vurdert som vellykket og hadde stor deltakelse fra fylkets kommuner. Noen av faktorene som var viktige for å lykkes med nettverkene var de praktiske, enkle tiltakene som kunne iverksettes raskt i egen organisasjon uten tilførsel av ekstra ressurser. Det ble sett som nyttig at det var en ekstern koordinator med ansvar for praktisk organisering og ledelse av samlingene. Positivt var det også at det ble gitt presentasjoner av teori og metodikk med rom for faglig refleksjon, og at taus kunnskap ble satt ord på. Etter hvert var det hensiktsmessig med flere faglige innlegg fra

nettverksdeltakere om egne tiltak. Det var viktig å ha ledere og medarbeidere i samme nettverk, avklare forventninger til deltagelsen og involvere lokale fagmiljø til å delta i nettverket (Fermann 2012, Skram og Helland 2012).

Gjennom hele miljøprogrammet og i videreføringen fra 2012 til 2015 har det vært utstrakt kursvirksomhet om personsentrert omsorg og temakurs i de spesifikke metodene. Det har også blitt gitt veiledning og arrangert årlige erfaringskonferanser for personell og ledere som arbeider på dette feltet. I videreføringen har samkjøring av de ulike metodene blitt vektlagt, og det er høstet erfaringer med hvordan man kan kombinere flere metoder for å utvikle en personsentrert og systematisk miljøbehandling. Utviklingen av *Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling* ble gjennomført som en del av satsingen i videreføringen av miljøprogrammet (Døble og Eek 2015).

Miljøprogrammet og videreføringen har gitt nyttige erfaringer om betydningen av ledelse, organisering og struktur, samt betydningen av motivasjon og godt psykososialt miljø blant personalet. Utvikling av personsentrert demensomsorg krever langsiktig innsats. Det må formuleres et verdigrunnlag som ansatte og ledere i organisasjonen slutter opp om, og ledelsen må legge til rette for at miljøbehandling prioriteres i det daglige arbeidet på lik linje med annen behandling. Spekteret av miljøbehandlingstiltak som er i bruk er bredt og spenner fra generelle trivselstiltak til individuelt tilpasset behandling basert på kartlegging og utredning. Det finnes imidlertid ikke en fullstendig oversikt over i hvilken grad eller på hvilken måte miljøbehandling brukes i helse- og omsorgstjenestene.



KAPITTEL 6

Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Når demensplanen er gjennomført i 2015

- bør pårørendeskoler og samtalegrupper være tilgjengelig i hele landet*
- skal det være gjennomført et systematisk informasjons- og opplysningsarbeid for ansatte, pårørende, allmennheten og frivillige*
- skal samordningen med den frivillige innsatsen på demensområdet være styrket*

Demensplan 2015, side 21.

Sammendrag

- I planperioden har over to tredeler av kommunene gjennomført pårørendeskole og nærmere en tredel av kommunene tilbyr nå samtalegrupper. Andelen kommuner som tilbyr pårørendeskole har steget fra 4 til 67 prosent siden 2007. Pårørendesatsingen har skapt nye lærings- og mestringstilbud til flere grupper som tidligere ikke har hatt et tilpasset pårørendetilbud.
- Totalt 270 ulike frivillige instanser har vært samarbeidspartnere inn i pårørendeskolene og samtalegruppene som har blitt arrangert i planperioden. En betydelig andel frivillige har også vært samarbeidspartnere i drift av tilbudene i pårørendesatsingen. Over en tredel av de tilrettelagte dagaktivitetstilbudene for personer med demens har tilknyttet seg frivillige.
- I planperioden ble det arrangert to nasjonale informasjonskampanjer om demens for å bidra til mer kunnskap og åpenhet om demens i samfunnet. Den siste ble gjennomført i 2013 og over to tredeler av kommunene iverksatte egne informasjonstiltak i forbindelse med denne informasjonskampanjen. I etterkant av kampanjen hadde andelen som ønsket å snakke åpent om demens økt fra 57 prosent til 77 prosent.

Pårørendesatsing

Ved demenssykdom berøres ikke bare personen som får sykdommen, men også familie, venner og andre i nettverket. I de ulike fasene av sykdomsutviklingen, vil en person med demens i økende grad ha behov for støtte både fra pårørende og helsetjenesten (Engedal og Haugen 2009). Undersøkelser viser at pårørende assisterer og hjelper personen som er syk i en lang periode før de offentlige omsorgstjenestene kommer inn i bildet. Omsorg for en person med demens kan oppleves som belastende for pårørende og føre til redusert helse (Ulstein 2007). Både personer med demens og deres pårørende vil ha behov for tilrettelagte lærings- og mestringstilbud, utvikling av denne typen tilbud har vært en sentral del satsingen i Demensplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). I følge de nasjonale kartleggingsundersøkelsene har det vært en økning av antall kommuner med pårørendeskole fra 4,7 prosent i 2007 til 67,5 i 2014. I 2007 var det tilbud om samtalegrupper i 9,5 prosent av kommunene, i 2014 hadde tallet steget til 31,1 prosent (Westerberg 2009, Eek og Kirkevold 2011, GjØra, Eek og Kirkevold 2015).

Veiledning og kompetansehevende tiltak for arrangører av pårørendetilbud har vært en sentral del av pårørendesatsingen. Til sammen er det avholdt 39 regionale veiledningsseminarer som totalt samlet 1 270 deltakere. I hovedsak har seminarene omhandlet etablering og drift av pårørendeskoler og samtalegrupper. Noen av seminarene var i samarbeid med prosjektet *Yngre personer med demens* og omhandlet tilpasninger av informasjonstilbud til denne målgruppen. På temadagen *En pårørende forteller* har det blitt gitt veiledning til pårørende som ønsker å stå fram med sine egne erfaringer og holde innlegg ved pårørendetilbud rundt i landet. I tillegg til veiledningsseminarene ble den første landskonferansen om *DEMENS – Familieomsorg og omsorg for familien*

arrangert i 2015 som en avslutning for pårørendesatsingen i Demensplan 2015, totalt deltok det 252 deltakere på konferansen. Kursvirksomheten har blitt subsidiert fra Helsedirektoratet. Det er utviklet mye informasjons- og undervisningsmateriale som temahefter, filmer med mer til bruk i pårørendetilbudene. Dette ble samlet i *Temakoffert – pårørende*. I løpet av prosjektperioden ble det sendt ut 770 temakoffert til arrangører av de ulike tilbudene og innholdet viste seg å være til stor nytte både for arrangørene og deltakere. For å supplere temakoffertene ble det etter hvert som det ble utviklet nytt informasjonsmateriale ettersendt til arrangørene.

Utviklingsprogram om tilbud til pårørende – pårørendeskoler og samtalegrupper

Den aller første pårørendeskolen i landet ble etablert i Oslo i 1992 (Borg og Hotvedt 2007). Målsettingen er å gi pårørende støtte til å mestre omstillingene og utfordringene som følger med omsorgen for en person med demens. Pårørendeskole holdes over flere samlinger og består av faglige forelesninger og temabaserte gruppesamtaler der deltakerne får informasjon, kunnskap og mulighet til å utveksle erfaringer (Hotvedt 2010).

Utviklingsprogrammet *Tilbud til pårørende – pårørendeskoler og samtalegrupper* (2007-2010) ble gjennomført ved Aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet. Målet var å prøve ut pårørendetilbud i et utvalg av norske kommuner og bidra til erfaringsdeling mellom kommunene. I alt 49 kommuner deltok i utprØving av 38 pårørendeskoler. I tillegg deltok det fem kommuner med god erfaring fra drift av slike tilbud som bisto med informasjon og råd. Det totale deltakerantallet på pårørendeskolene var 1 439, hvorav 78 prosent var kvinner. Deltakerantallet på skolene varierte fra under 10 deltakere i mindre kommuner, opptil 50

deltakere i større kommuner. Omtrent en tredel av alle deltakerne var i aldersgruppen 51-60 år. Nesten halvparten (46 prosent) av deltakerne var døtre, og 32 prosent var ektefeller eller samboere. Evalueringen viste at kurset hadde hatt stor nytteverdi for de pårørende og en høy andel svarte at de taklet omsorgsoppgavene bedre etter å ha deltatt på pårørendeskole. Nesten alle arrangørene ga uttrykk for at de ønsket å videreføre tilbudet (Hotvedt 2016). Med bakgrunn i erfaringene fra utviklingsprogrammet ble det utviklet en håndbok i etablering og drift av pårørendeskole (Hotvedt 2010).

Videre satsing på pårørendeskoler og samtalegrupper

I 2011 bevilget Stortinget ekstra midler for å oppnå målsettingen med pårørendesatsingen. Prosjektet *Pårørendesatsing – Pårørendeskoler og samtalegrupper i demensomsorgen* har bestått av en tilskuddsordning og flere delprosjekter. Helse- og sosialdepartementet valgte å legge ansvaret for prosjektgjennomføringen til Aldring og helse i et samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Tilskuddsordning

I tilskuddsordningen har kommuner og spesialisthelsetjeneste hatt mulighet til å søke om midler til gjennomføring av pårørendeskoler og samtalegrupper, og frivillige organisasjoner kunne søke om midler til samtalegrupper. Ved utgangen av 2015 var 351 (82 prosent) av kommunene representert med søknad i tilskuddsordningen, som hovedsøker og/eller som samarbeidspart i interkommunalt samarbeid. Totalt ble det innvilget midler til 1 405 tilbud, hvorav 444 var pårørendeskoler i regi av én kommune, 233 interkommunale pårørendeskoler og 728 samtalegrupper. Over 50 prosent av kommunene i alle fylkene har arrangert pårørendeskole og/eller samtalegruppe i satsingsperioden.

I 15 fylker var over 70 prosent av kommunene deltagende, ni av fylkene hadde med 90 prosent eller flere av kommunene.

Totalt har det deltatt 10 952 pårørende på de gjennomførte pårørendeskolene, av disse var 74 prosent kvinner. Det var flest barn og ektefeller/samboere. Nærmere 75 prosent av deltakerne var pårørende til hjemmeboende personer med demens. Målgruppen for samtalegruppene var i hovedsak pårørende, men noen steder ble det prøvd ut samtalegruppe for personer med demens. I samtalegruppene for pårørende har det til sammen deltatt 4 444 personer, 72 prosent kvinner. I disse gruppene var ektefeller/samboere, dernest barn, de hyppigst nevnte relasjonene. Nærmere to tredeler (62 prosent) var pårørende til hjemmeboende personer med demens. I gruppene for personer med demens har det til sammen deltatt 461 deltakere, 48 prosent kvinner.

Møteplass for mestring – Demens midt i livet

Mange yngre personer med demens er i en livsfase med yrkesaktivitet og omsorgsansvar for mindreårige barn (Haugen 2012). Studier har vist at informasjons- og støttetiltak som involverer både personen som selv har sykdommen og pårørende har god effekt (Vifladt og Hopen 2013). *Møteplass for mestring* er et kurstilbud der yngre personer med demens deltar sammen med en pårørende. Å treffe andre som er i en lignende situasjon er av stor betydning for å oppleve mestring og fellesskap (Mittelman, Haley, Clay et al. 2006). Kurset har vært en videreføring av et prosjekt (2007-2010) drevet med midler fra Extratiftelsen Helse og Rehabilitering som ble gjennomført i samarbeid mellom Nasjonalforeningen for folkehelsen og spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal.

Målsettingen for *Møteplass for mestring* er å bidra til at yngre personer med demens og deres pårørende (fortrinnsvis ektefelle/partner) skal få informasjon, kunnskap, veiledning og støtte til å håndtere en ny livssituasjon. *Møteplass for mestring* er arrangert i alle landets helseregioner med totalt 27 kurs, kursene har gått over fire dager med overnatting. I alt har 486 personer deltatt, herav 242 personer med demens og 244 pårørende. Blant personene med demens var 44 prosent kvinner, og gjennomsnittsalderen har vært mellom 59,5 og 62 år. Kursene er arrangert i samarbeid med kompetansemiljøer i de ulike regionene og lokale instanser i Nasjonalforeningen for folkehelsen. Kursopplegget består av felles forelesninger og gruppesamtaler der personene med demens og pårørende deltar i hver sine grupper. I tillegg legges det til rette for sosialt samvær og felles aktiviteter. I etterkant av kursene er det arrangert 15 oppfølgingssamlinger med totalt 253 deltakere i form av dagsamlinger, helgesamlinger og sosiale tiltak.

Via spørreskjemaer og intervjuer på kurset og i etterkant, oppga deltakerne at de hadde hatt godt utbytte av undervisningen, ikke minst om demenssykdommene og om det å leve best mulig med demens. Flere ga uttrykk for at det var fint å få presentert den samme informasjonen. Korte undervisningsøkter der foreleserne unngikk vanskelige faguttrykk og fremmedord ble beskrevet som viktig. Nesten alle deltakerne vurderte gruppesamtalene som nyttige og at det var lærerikt å dele erfaringer med andre. Kursopplegget og rammene rundt med felles måltider og sosialt program opplevdes av mange å gi trygghet til å åpne opp og dele erfaringer, samt økt forståelse for egen og andres situasjon.

Mange pårørende løftet fram fellesskap og støtte som det viktigste ved kurset. Å treffe andre i samme

situasjon ga gjenkjennelse, felles referanseramme og opplevelsen av ikke å være alene. Åpenhet var et gjennomgående tema og flere personer med demens ga uttrykk for at de tidligere hadde snakket lite om sykdommen hjemme, men at det var lettere å være åpen om sykdommen etter kurset. En viktig effekt av *Møteplass for mestring* var at det hadde blitt lettere for parene å snakke sammen om de vanskelige følelsene knyttet til demenssykdom. Flere viste omsorg og forståelse for at ektefellen også trengte å treffe andre i samme situasjon, at dette kunne være positivt for begge parter (Hotvedt, Fosberg og Garden 2016).

Tilbud til barn og unge som har en forelder med demens

Omtrent en tredel som får en demenssykdom før 65 års alder har barn under 18 år på det tidspunktet sykdommen starter (Haugen 2006). I årene framover forventes det en økning av barn og unge som omsorgsgivere til personer med demens. Dette på grunn av økning i husholdninger med enslige foreldre og høyere alder ved barnefødsler (Gelman og Greer 2011). De få undersøkelsene som har inkludert barn og unge, konkluderer med at denne gruppen har et særlig behov for tilpasset informasjon og oppfølging når mor eller far blir syk. Mange kan også ha nytte av å møte andre jevnaldrende i samme situasjon (Beattie, Daker-White, Gilliard et al. 2002, Barca, Johannessen, Engedal et al. 2014).

Tid til å være ung? – Helgekurs for ungdom som har en forelder med demens

Tid til å være ung? er et landsdekkende tilbud med helgesamlinger for unge i alderen 18-30 år som har en forelder med demens. Målsettingen er å gi ungdommene informasjon og kunnskap om demens, mulighet til å snakke med fagpersoner og dele råd og erfaringer med andre samt delta på felles aktiviteter. Kursene ble arrangert i samarbeid med

spesialisthelsetjenesten, kommuner og lokale instanser i Nasjonalforeningen for folkehelsen. Fagpersoner og brukerrepresentanter fra disse miljøene har deltatt på kursene og bidratt med faglige innlegg og gruppeledelse. Kursene varte fra fredag til søndag, og programmet består av forelesninger, samtalegrupper, felles aktiviteter og sosialt samvær. Til sammen er det gjennomført ti helgesamlinger, de to første kursene ble gjennomført med midler fra Extrastiftelsen Helse og rehabilitering, deretter som et delprosjekt i pårørendesatsingen. Åtte av samlingene har vært for nye deltakere og to har vært oppfølgingssamlinger. I alt 78 ungdommer med en gjennomsnittsalder på 24 år har deltatt, og over en tredel av disse har vært med på flere enn en samling. Etter en forsiktig start har tilbudet blitt bedre kjent i både spesialist- og kommunehelsetjeneste, noe som har resultert i en markert økning fra sju deltakere i 2011 til 53 i 2015.

Kursene ble evaluert med spørreskjema på siste kursdag og tre måneder etter endt kurs. Ungdommene evaluerte deltagelsen på helgekursene som utbytterikt. Spesielt la de vekt på betydningen av det sosiale samværet. Mange ungdommer beskrev samtalegruppene som svært viktige og ønsket det hadde vært mer tid til dette. De formidlet også at det var av stor betydning å få informasjon om sykdommen, samt råd og støtte til å mestre følelser og praktiske omsorgsoppgaver i hverdagen. Deltakerne beskrev stor nytte av å kunne møte andre som forstår og er i samme situasjon som en selv (Hotvedt, Fossberg og Garden 2016).

Hvem ser meg? – Barn av personer med demens
Hovedmålet med prosjektet *Hvem ser meg?* (2015-2016) er å utvikle tilbud til barn under 18 år som har en forelder med demens. I prosjektet foretas det en kartlegging med hensyn til hvor mange barn i Norge som har en forelder med

demens, om barn får egnet og tilstrekkelig informasjon og hvilke tilbud barn får fra spesialisthelsetjenesten. Det er påbegynt et arbeid med å utvikle skriftlig informasjonsmateriale og filmer til barn, tenåringer og foreldre på egne nettsider (*hvemsermeg.no* og *tidenflyr.no*). Det utvikles informasjonsmateriell til ansatte i barnehage, skole og helsepersonell som møter barn som er pårørende til en forelder som har demens. Det er utarbeidet en animasjonsfilm rettet mot barn under 12 år, for å vise barn og foreldre hvordan det kan oppleves å ha en mamma eller pappa med demens. Filmen kan også være nyttig for helsepersonell og andre som skal støtte disse barna. Det skal arrangeres en sommerleir for mindreårige barn sommeren 2016, der også frisk forelder eller annen omsorgsperson deltar. Målet med sommerleiren er at deltakerne skal få kunnskap om demens og få stille spørsmål og få støtte fra fagpersoner med kompetanse på demens. Videre å få treffe andre som er i samme situasjon og også å ha det gøy.

Pårørende til personer med utviklingshemning og demens

Forekomsten av demens er høyere hos personer med utviklingshemning enn i befolkningen generelt, og personer med Downs syndrom kan få demens i yngre alder (Wigaard 2009, Larsen 2011). For å bidra til at pårørende, verger og andre nærperso-
ner til personer med utviklingshemning skulle få informasjon og økt kunnskap om aldring og demens, ble det arrangert kurs for denne målgruppen. Kursvirksomheten bygger på erfaringer fra det tidligere *STERK-prosjektet; Støtte, erfaring og kunnskap* (Hotvedt, Johansen, Larsen et al. 2013). Det ble holdt henholdsvis to kurs i Lørenskog kommune og ett i Trondheim. Tema som ble belyst var aldring og demens, vergemål, individuell plan, forebygging og håndtering av vold og aktuelle tilbud i kommunehelsetjenesten. I hovedsak var

det foreldre og søsken til personer med utviklingshemning som deltok. Deltakere ga uttrykk for at de hadde savnet et slikt tilbud og at de ønsket flere samlinger (Hotvedt, Fossberg og Garden 2016). Det er samlet egnet informasjonsmateriale til bruk på kurs i *Temakoffert – utviklingshemning og demens*.

Pårørende til personer med demens som har samisk kulturbakgrunn

Det har vært et mål i pårørendesatsingen å tilpasse informasjons- og støttetilbud til pårørende til personer med demens som har en samisk kulturbakgrunn. I mange samiske samfunn har familie og familiestruktur en annen betydning enn i det norske majoritetssamfunnet. Hvem en samisk person regner som sine nærmeste pårørende kan dermed være noe annerledes enn i majoritetssamfunnet (Blix og Hamran 2015). Utgangspunktet etter pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 (1999) er at pårørende er den pasienten selv oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.

For å gi pårørende tilpasset kunnskap og støtte, ble det sammen med flere samarbeidspartnere arrangert et tredagers kurs i Karasjok. Kurset var lagt opp med forelesninger knyttet til demens, gruppesamtaler, sosialt samvær og aktiviteter. Det var et mål å tilpasse forelesningstemaer etter deltakernes behov for informasjon, samisk kultur og språk. I tillegg til gruppesamtalene ble individuelle samtaler tilbudt etter behov. Brosjyremateriale og påmeldingsblanketter ble laget på norsk og samisk (Helsedirektoratet 2013). Det var 11 pårørende som deltok, via spørreskjema vurderte deltakerne kurset som positivt og utbytterikt. Kurset hadde gitt mer kunnskap og forståelse om demens. Det er påbegynt et arbeid med å utvikle film om demens på nord-, sør- og lulesamisk til bruk i lokale informasjons- og veiledningstilbud til personer

med demens og deres pårørende. Målet med filmen er å informere om ulike sider ved demens med utgangspunkt i et samisk perspektiv. For å bidra til at innholdet vekker gjenkjennelse og blir nyttig for målgruppen, er det utarbeidet et spørreskjema for innhenting av innspill og erfaringer fra personer med demens og pårørende med samisk kulturbakgrunn (Hotvedt, Fossberg og Garden 2016).

Pårørende til eldre innvandrere med demens

NAKMI sine undersøkelser i forsknings- og fagutviklingsprogrammet Eldre innvandrere med demens viste at pårørende kan mangle kunnskap om og tillit til tjenestene, og terskelen for å be om hjelp kan være høy. Mange av de pårørende bidro med en stor omsorgsinnsats før de søkte offentlige hjelpetilbud til personen med demens. Det ble etterspurt en mer familieorientert tilnærming fra helsepersonell og det ble konkludert med at det er behov for tilpasning av kurs for pårørende til eldre innvandrere med demens (Ingebretsen, Spilker og Sagbakken 2015). Målsettingen med dette delprosjektet har vært å prøve ut kurs for pårørende og andre ressurspersoner til eldre innvandrere med demens.

Kurs om demens for pårørende med pakistansk bakgrunn

Aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen arrangerte et åpent møte om demens i Oslo for pårørende og andre interesserte med pakistansk bakgrunn. Det ble gjennomført i et samarbeid med NAKMI og ressurspersoner fra kommune, spesialisthelsetjenesten, kompetansemiljøer og frivillige organisasjoner. Til sammen deltok det 55 personer, hvorav 17 var kvinner. De fleste vurderte møtet som meget nyttig. Et påfølgende pårørendekurs ble gjennomført med tre samlinger á tre timer. Både til det åpne møtet og kurset ble det utarbeidet plakater og foldere på urdu og norsk og rekruttert

forelesere med både pakistansk- og norskspråklig bakgrunn. Det ble delt ut brosjyremateriell på urdu på kurset som var utviklet av Nasjonalforeningen for folkehelsen. Det ble engasjert tolker, noe deltakerne mente var av stor betydning. Prosjektmedarbeider med pakistansk bakgrunn bisto med utforming av kurset og hadde ansvar for markedsføring. Totalt var det 77 deltakere på pårørende-kurset. Kurset ble evaluert med hjelp av spørreskjemaer på kurskveldene og fokusgruppe i etterkant av kurset. Deltakerne var fornøyde med kursopplegget. Temaene ble vurdert som interessante og lærerike, viktigheten av å få kunnskap om demens, og at det å glemme ikke bare hadde med aldring å gjøre ble poengtert. Åpenhet og aksept om demens og viktigheten av å bryte tabuer ble også trukket fram, samt betydningen av å gi informasjon på tvers av generasjoner. Inntrykket var at mange opplevde trygghet ved å ha med seg noen de kjente og ved at det deltok noen som hadde en viktig funksjon i det pakistanske miljøet (Hotvedt, Fossberg og Garden 2016).

Kurs om demens for pårørende med ulik innvandrerbakgrunn

Pårørendeskolen i Oslo og Primærmedisinsk Verksted, begge virksomheter i Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo, arrangerte kurs om demens for pårørende og andre interesserte med innvandrerbakgrunn. Kurset samlet 38 deltakere med bakgrunn fra Irak, Palestina og Somalia. Dette ble videreført med ytterligere to kurs og evaluert i samarbeid med Aldring og helse og NAKMI. Kursene ble lagt opp over to samlinger og til sammen deltok 73 personer fra ulike nasjoner, alle kvinner. Undervisningen ble holdt på norsk og vurdert som nyttig, men rundt halvparten oppga at de ville foretrukket undervisningen på morsmålet eller med tolk. Viktigheten av språktilpasning var også den hyppigste tilbakemeldingen på råd for framtidige kurs (Hotvedt, Fossberg og Garden 2016).

Frivillig innsats

Innsamlingen under TV-aksjonen i 2013 Ingen tid å miste gikk til Nasjonalforeningen for folkehelsen og deres arbeid med å bedre livskvaliteten for personer med demens. Nasjonalforeningen for folkehelsen har ved bruk av midler fra TV-aksjonen satt i gang en rekke tilbud som bidrar til utstrakt frivillighet i demensomsorgen. For eksempel gjennom prosjektet *Aktivitetsvern* som gir personer med demens mulighet til å opprettholde sine aktiviteter sammen med en frivillig (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2016).

Under satsingen i Demensplan 2015 publiserte Helsedirektoratet i samarbeid med Nasjonalforeningen for folkehelsen i 2009 brosjyren *Bli med!* Denne rettet seg til frivillige organisasjoner med tips til hvordan inkludere eldre og personer med demens i sitt frivillige arbeid (Helsedirektoratet og Nasjonalforeningen for folkehelsen 2009). I 2013 ble det på initiativ fra pårørendesatsingen arrangert et dialogmøte der 17 nøkkelpersoner fra aktuelle frivillige organisasjoner, utviklingsprosjekter i Demensplan 2015 og Helsedirektoratet deltok. Målet var å gi gjensidig informasjon om ulike tilbud og prosjekter i demenssatsingen og stimulere til ideer om aktuelle samarbeidsarenaer mellom frivillige og offentlige organisasjoner. Kvalitetssikring av den frivillige tjenesten og hvilke behov organisasjonen har med hensyn til opplæring av frivillige var noen av temaene. Dialogmøtet ble en innledning til et fortsatt samarbeid mellom organisasjonene.

Som det beskrives innledningsvis i idehåndboka *Frivillighet i omsorgssektoren* kan ingen kreve frivillig engasjement, en vellykket frivilligpolitikk er avhengig av at den utvikles på de frivilliges premisser og dette kan være krevende for et offentlig hjelpeapparat som fungerer på helt andre premisser (Rønning 2015). Et mål i pårørendesatsingen har

vært å forankre tilbudene til de pårørende og personer med demens inn de offentlige helse- og omsorgstjenestene, med oppfordring til samarbeid med frivillige organisasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). En betydelig andel frivillige har vært samarbeidspart i drift av mange av tilbudene i pårørendesatsingen. I tilskuddsordningen for pårørendeskoler og samtalegrupper oppga 61 prosent av søkerne at tilbudet var i samarbeid med frivillige organisasjoner. Totalt ble 270 ulike frivillige instanser oppgitt som samarbeidspartnere i pårørendeskoler og samtalegrupper i planperioden, med Nasjonalforeningens demensforeninger og/eller helselag som den hyppigst nevnte. I tillegg har frivillige bidratt som likepersoner, forelesere, medarbeidere i gjennomføring av tilbud og i arbeidsgrupper. Samarbeid med frivillige og kvalitetssikring av frivillige tjenester i demensomsorgen er vektlagt i veiledning og undervisning i pårørendesatsingen. Det ble også undervist om dette på kurs og konferanser knyttet opp mot dagaktivitetstilbud. Over en tredel av de tilrettede dagaktivitetstilbudene for personer med demens har tilknyttet seg frivillige hjelpere (GjØra, Eek og Kirkevold 2015).

Informasjonstiltak om demens på nett

Helsedirektoratet arrangerte nasjonale informasjonskampanjer om demens i 2010 og 2013. Målet med informasjonskampanjene var å bidra til mer kunnskap og åpenhet om demenssykdom i samfunnet og bidra til at personer ved mistanke om demens og deres pårørende oppsØker fastlegen/demsteam for utredning og diagnostisering. Pårørende og personer med demens skal ha lett tilgang til informasjon om demenssykdom og tjenestetilbud som finnes. Hovedtiltakene var kampanjefilm på TV, betalt søk på Google til

helsenorge.no og ny informasjon på dette nettstedet. Det ble også satset på at kommunene lokalt skulle legge ut informasjon om demens og aktuelle tilbud på sine nettsider. I den nasjonale kartleggingen i 2014 oppga nærmere 37 prosent av kommunene at de hadde iverksatt egne informasjonstiltak i forbindelse med den nyeste informasjonskampanjen. Disse iverksatte flere tiltak, mediasaker om demens i lokalpresse, oppdatert informasjon om demens på sine nettsider og informasjonsmøter om demens for innbyggerne. Flere hadde også hatt informasjonstands på ulike steder i kommunen og en god del hadde gitt ut informasjonsmateriell (GjØra, Eek og Kirkevold 2015). I en undersøkelse gjennomført av Opinion Perduco på oppdrag fra Helsedirektoratet, fant de at andelen som vil snakke åpent om demens hadde økt fra 57 prosent til 77 prosent i etterkant av informasjonskampanjen i 2013.

Demensinfo og Fagnett demens

Aldring og helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet den nettbaserte erfaringsbanken *Demensinfo* som et av tiltakene under demensplansatsingen. I erfaringsbanken er det beskrevet gode eksempler fra demensomsorg i praksis fra kommuner rundt i landet, med grunnleggende bakgrunnsstoff og veier til videre informasjon. Målet er å informere og inspirere til å etablere gode, tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Målgruppen til erfaringsbanken er i hovedsak personell som arbeider eller planlegger tilrettelegging av tjenester til personer med demens. I 2014 ble erfaringsbanken flyttet fra nettstedet *demensinfo.no* til *aldringoghelse.no*. Overføringen innebar i all hovedsak kosmetiske endringer (Nasjonal kompetanse-tjeneste for aldring og helse 2014).

I tråd med demensplanens målsetting om å styrke kompetanse og kunnskap om demens ble det opprettet et eget fagnett for helsepersonell innen fagområdet demens. *Fagnett demens* har gitt informasjon om satsingsområder innen Demensplan 2015 og har hatt som mål å formidle erfaring fra prosjekter som er gjennomført innenfor planens satsingsområder. Fagnettet skulle være til støtte for fagfolk og planleggere i utvikling av tilbud til personer med demens og deres pårørende. Portalen ble finansiert av Helsedirektoratet som en del av Demensplan 2015. Aldring og helse har stått ansvarlig for det faglige innholdet, portalen ble utviklet i samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST).

Målet med Fagnett demens var å etablere en felles møteplass for informasjon, kunnskapsbygging og erfaringsutveksling. Det ble utviklet seks underområder på fagnettet: ABC, dagaktivitetstilbud, demensteam, miljøbehandling, pårørendesatsing og et om yngre personer med demens. Under de ulike områdene i portalen ble det lagt inn informasjon som kunne leses på nett eller lastes ned for bruk i eget arbeid. Det ble etablert diskusjonsfora på de ulike temaområdene der fagfolk kunne diskutere og utveksle erfaringer (Helsekompetanse 2013). Besøk på fagnettet av enkeltpersoner ble registrert av NST i *Google Analytics*. Antall besøkende i portalen totalt i perioden 2013 til 2015 var 20 350. Besøkstoppen i alle fagnettene var i 2014, mens dagaktivitet og demensteam var de to som ble startet først og hadde besøkstopp allerede i 2013.



REFERANSER

- Aarts M (2000). *Marte Meo – Grundbog*. Oversat af Lone Bakke og Pernille Roug. Harderwijk, Aarts Productions.
- Alzheimer Europe (2014). *The prevalence of dementia in Europe*. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Norway/>. Retrieved 02.02., 2016.
- Barca M L, Johannessen A, Engedal K, Haugen PK, Thorsen K (2014). Erfaringer fra voksne barn til yngre foreldre med demens. *Demens & Alderspsykiatri* 18(1): 12-15.
- Beattie AM, Daker-White G, Gilliard J, Means R (2002). Younger people in dementia care: a review of service needs, service provision and models of good practice. *Aging Ment Health* 6(3): 205-212.
- Bekkehus-Wetterberg P (2015). *Normering av et tverrkulturelt kognitivt testbatteri på punjabtalende friske personer over 50 år med pakistansk eller indisk opprinnelse, bosatt i Norge*. Utkast september 2015, Oslo: NAKMI.
- Berg G (2012). *Måltider er mer enn mat. Personer med demens i dagaktivitetstilbud*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Blix BH, Hamran T (2015). *Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Borg K, Hotvedt K (2007). Pårørendeskole – et satsingsområde. I: *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Krüger RE. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse: 306-312.
- Brooker D (2007). *Person-centered dementia care. Making services better*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Brovold F, Helleborg AF, Isaksen M (2012). Råd- og veiledningstjeneste for yngre personer med demens og deres familier - oppsummering av tre års drift av et lavterskeltilbud. *Demens & Alderspsykiatri* 16(3): 25-27.
- Brækhus A (2016). *Håndbok om yngre med kognitiv svikt og demens. Årsaker og utredning*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse. (In press)
- Døble BS, Eek A (2015). *Virksomhetsintern opplæring i kommunene*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Eek A, Kirkevold Ø (2011). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Eek A, Nygård AaM (1999). *Innsyn og utsyn, Tilbud til personer med demens i norske kommuner*. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Eek A, Nygård AaM (2003). Et hjem for deg et sted for oss. Kommunenes botilbud til personer med demens i norske kommuner. *DEMENS* 7(1).
- Eek A, Nygård AaM (2006). *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse*. Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Engedal K, Haugen PK (2009). *Demens – Fakta og utfordringer*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

- Fermann T (2012). Kartlegging av kompetansemiljø. I: *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Rokstad AMM. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Fermann T (2012). Miljøbehandling i praksis. I: *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Rokstad AMM. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Fossli KR (2015). *Ernæringspraksis er mer enn måltid. Personer med demens i dagaktivitetstilbud*. Tønsberg/Oslo: Forlaget aldring og helse.
- Fossli KR, Døble BS, Kirkevold Ø (2011). *Kompetanseløft på arbeidsplassen. Kommunenes erfaringer med ABC modellen*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gausdal M (2012). *ONE SIZE passer ikke alle! Behov for skreddersydde tilbud til yngre personer med demens og pårørende*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gausdal M, Gjøre L (2013). *Etablering og organisering av demensteam*. Undervisningsfilm. Produksjon: Railway. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gausdal M, Haugen PK, Galle E, Galle V, Rudi AP, Nitter L, Aune M, Klüwer M, Engedal K (2013). *Utredning av demens – En film for deg som skal til utredning og dine nærmeste*. Informasjonsfilm. Produksjon: Railway. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gausdal M, Michelet M (2011). *Demensteam – oppgaver og utfordringer – En undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gelman CR, Greer C (2011). Young children in early-onset Alzheimer's disease families: research gaps and emerging service needs. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 26(1): 29-35.
- Gjelstad SB (2014). Fagskolen har gjort noe med meg. *Demens & Alderspsykiatri* 18(4): 1.
- Gjøre L, Eek A, Kirkevold Ø (2015). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gjøre L, Gausdal M (2011). *Ny kunnskap, bedre omsorg – Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten – 3-årig utviklingsprogram om utredning og diagnostisering av personer med demens. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gjøre L, Haugen PK, Engedal K (2013). *Det burde henge sammen. Diagnostikk og oppfølging av yngre personer med demens. Delprosjekt i utviklingsprogrammet Yngre personer med demens. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gunderson JG (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry* 41(4): 327-335.
- Haugen G, Woods R, Høyland K, Kirkevold Ø (2015). *Er smått alltid godt i demensomsorgen? Kunnskapsstatus om botilbud*. SINTEF Notat 16. Oslo: SINTEF akademisk forlag 2015, SINTEF.
- Haugen PK (2006). En må selv være pådriver. Tilbud til yngre personer med demens. I: *Evige utfordringer. Helsetjenester og omsorg for eldre*. Krüger RE. Tønsberg/Oslo: Aldring og helse (46-64).
- Haugen PK (2012). *Demens før 65 år. Fakta, utfordringer og anbefalinger*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 – Den gode dagen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Omsorgsplan 2015*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Demensplan 2015. Den gode dagen*. Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt!: Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2011). *Etablering og drift av demenssteam – demensutredning i primærhelsetjenesten – Håndbok*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2012). *Etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens – Håndbok*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Helsedirektoratet (2013). *Treårige satsinger innen samiske helse- og omsorgstjenester (2010-2012)*. Oslo: Helsedirektoratet i samarbeid med Senter for omsorgsforskning Nord-Norge, Høgskolen i Finnmark og Nasjonalt utviklingssenter for sykehjemstjenester til den samiske befolkningen, Karasjok.
- Helsedirektoratet (2014). *Spørsmål om det kan tas egenandel for kommunale dagtilbud*. Svarbrev til Fylkesmannen i Hedmark, 30.05.2014, ref.: 14/4753-2.
- Helsedirektoratet (2015). «<https://helsedirektoratet.no/Sider/Etablering-av-nye-dagaktivitetstilbud-til-hjemmeboende-personer-med-demens.aspx>.» Retrieved 11.01.2016.
- Helsedirektoratet (2015). «www.pasientsikkerhetsprogrammet.no.»
- Helsedirektoratet (2016). «<https://helsedirektoratet.no/nasjonal-faglig-retningslinje-om-utredning-av-demenssykdom-og-oppfolging-av-personer-med-demens-og-deres-parorende>.» Retrieved 11.02, 2016.
- Helsedirektoratet og Nasjonalforeningen for folkehelsen (2009). «http://docplayer.no/6655087-Bli-med-slik-kan-frivillige-organisasjoner-inkludere-eldre-og-personer-med-demens-is-1760-hd_demens-v7_web-indd-1-28-01-10-10-50.html.» Retrieved 12.02, 2016.
- Helsekompetanse (2013). «kurs.helsekompetanse.no/fagnett-demens/.» Retrieved 15.01, 2016.
- Helvik AS, Engedal K, Benth JS, Selbaek G (2015). Prevalence and Severity of Dementia in Nursing Home Residents. *Dement Geriatr Cogn Disord* 40(3-4): 166-177.
- Holthe T (2013). *Kunsten å skynde seg sakte ... Formidling av kognitive hjelpemidler til personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Holthe T (2015). *Mot – håp – tålmodighet. Yngre personer med demens og betydningen av hjelpemidler til kognitiv støtte i hverdagen*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Horndalsveen P (2016). *En ubuden gjest. Fra diagnose til institusjon. Oppfølging av yngre personer med demens og deres pårørende*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Hotvedt K (2010). *Etablering og drift av pårørendeskole – Kunnskap, støtte og fellesskap for pårørende til personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

- Hotvedt K (2016). *Samarbeid og nye muligheter. Utviklingsprogram om tilbud til pårørende – pårørendeskoler og samtalegrupper. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse. (In press)
- Hotvedt K, Fosberg M, Garden MH (2016). *Pårørendesatsing – Pårørendeskoler og samtalegrupper i demensomsorgen. Demensplan 2015*. Rapport for perioden 2011-2015. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Hotvedt K, Johansen KB, Larsen FK, Nordström BO (2013). *Kurs for pårørende til eldre personer med utviklingshemning. Evaluering av prosjektet STERK – Støtte, erfaring og kunnskap*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Høyland K, Kirkevold Ø, Woods R, Haugan G (2015). *Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens*. SINTEF Fag 33. Oslo: SINTEF akademisk forlag, SINTEF.
- Ingebretsen R (2011). *Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn. En kartlegging i norske kommuner*. Oslo: NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. 28/11.
- Ingebretsen R, Spilker SR, Sagbakken M (2015). *Eldre innvandrere og demens. erfaringer fra eldre, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten*. Oslo NAKMI rapport. 1.
- Johannessen A, Haugen PK, Möller A (2012). «Å leve med demens midt i livet.» *Demens & Alderspsykiatri* 16(3): 28-32.
- Kersten H, Hvidsten LT, Gloersen G, Wyller TB, Wang-Hansen MS (2015). Clinical impact of potentially inappropriate medications during hospitalization of acutely ill older patients with multimorbidity. *Scand J Prim Health Care* 33(4): 243-251.
- Kitwood T (1997). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Krüger RE (2013). *Langsomme jordskjelv*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Larsen F K (2011). Miljøbehandling ved demens. I: Bakken TL: *Samhandling med og uten ord. Miljøbehandling for mennesker med utviklingshemning og psykiske lidelser*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (1999). LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Lunde LH, Munch M, Skram M (2012). Marte Meo – praktikerutdanning i omsorgen for personer med demens. I: Rokstad AMM: *Bedre hverdag til personer med demens. Utviklingsprogram om miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Marijke V, Kvale Havig A, Gautun H (2015). *Resultatevaluering av Omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging*. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Michelet M (2015). *Demensteam – godt i gang, fortsatt i utvikling*. Tønsberg/Oslo, Forlaget Aldring og helse.
- Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 67(9): 1592-1599.
- Mjørud M (2012). Utpøring av VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg. I: Rokstad AMM: *Bedre hverdag til personer med demens. Utviklingsprogram om miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2014). «<http://aldringoghelse.no/startside/demens/demensinfo>.» Retrieved 11.02, 2016.
- Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (2016). «<http://www.aldringoghelse.no/fag-og-forskning/lenker-forskningsmiljoer>.» Retrieved 26.02, 2106.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (2016). «<http://nasjonalforeningen.no/tilbud/aktivitetsvern-for-personer-med-demens/>.» Retrieved 12.02, 2016.
- Nielsen TR, Andersen BB, Kastrup M, Phung TK, Waldemar G (2011). Quality of dementia diagnostic evaluation for ethnic minority patients: a nationwide study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 31(5): 388-396.
- Nielsen TR, Vogel A, Riepe MW, de Mendonca A, Rodriguez G, Nobili F, Gade A, Waldemar G (2011). Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *Int Psychogeriatr* 23(1): 86-95.
- Norges forskningsråd (2012). «http://www.forskningsradet.no/prognnett-nevronor/Om_satsingen/1224698072622.» Retrieved 26.02, 2016.
- Ott A, Breteler MM, van Harskamp F, Claus JJ, van der Cammen TJ, Grobbee DE, Hofman A (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study. *BMJ* 310(6985): 970-973.
- Reggestad M (2014). Helsefagarbeiderutdanning. *Demens & Alderspsykiatri* 18(4): 1.
- Reggestad M (2015). Fra «ufaglært» til helsefagarbeider. I: Døble BS, Eek A: *Virksomhetsintern opplæring i kommunene*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Reinaas RA (2015). *En dag og en reise. Dagaktivitetstilbud til personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad AMM (2012). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad AMM, Smebye KL (2008). *Personer med demens – møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Rosness TA (2014). *Tidstyven – hva det vil si å få demens i ung alder*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Røen I, Storlien MS (2012). Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe- og ledelsesnivå. I: *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Røen I, Storlien MS (2015). *Håndbok i strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Rønning R (2015). Forord. I: Jensen LH: *Frivillighet i omsorgssektoren*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Røsvik J, Brooker D, Mjørud M, Kirkevold Ø (2013). What is personcentred care in dementia? Clinical reviews into practice: the development of the VIPS practice model. *Reviews in Clinical Gerontology* 23(5): 155-163.
- Salem LC, Andersen BB, Nielsen TR, Stokholm J, Jorgensen MB, Waldemar G (2014). «Inadequate diagnostic evaluation in young patients registered with a diagnosis of dementia: A nationwide register-based study.» *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 4(1): 31-44.

- Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 22(9): 843-849.
- Skjellanger AG, Deilkås ET, Sørensen R, Advocaat-Vedvik J, Brudvik M, Schreiner M, Fredheim N, Longva KW, Austdal C, Lemser M, Nikolaisen J (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen – I trygge hender 24-7. 2011–2013*. Oslo: Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7.
- Skram M, Helland L (2012). Stimulering til miljøbehandling – etablering og drift av fylkesnettverk. I: *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Västerås.
- Strandenæs MG (2016). *Håndbok i etablering og drift av demensteam*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Sudmann TT (2015). *Fysisk aktivitet. Dagaktivitetstilbud til personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Sundhedsstyrelsen (2013). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Taranrød LB (2011). *Mellom hjem og institusjon. Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Ulstein I (2007). *Dementia in the family*. Oslo: Faculty of Medicine Unipub.
- Vifladdt EH, Hopen L (2013). *Pasientopplæring: kompetanse – veivalg – lederskap*. Oslo: Kolofon forlag A/S.
- Vossius C, Selbæk G, Lurås H (2012). *Enhetskostnader for dagsentertilbud*. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet og Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM).
- Vossius C, Selbæk G, Ydstebø A, Benth EJ, Godager SG, Lurås H, Bergh S (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) (langversjon)*. Hamar: Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet.
- Wallander B (2014). Aksjonsmidler til demensforskning. *Demens & Alderspsykiatri* 18(4): 1.
- Wallander B, Strandli EHA, Taranrød LB (2012). Departementet tenker koffert. Vil stimulere til dagaktivitet. *Demens & Alderspsykiatri* 16(2).
- Westerberg TH (2009). *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørende-skolen. Nasjonal kartlegging 2007*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Westerberg TH (2010). *Tilrettelagte boligtilbud for personer med demens. Nasjonal kartlegging 2008*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Wigaard E (2009). Demens hos personer med utviklingshemning. I: Larsen FK, Wigaard E (red). *Utviklingshemning og aldring – En lærebok*. Tønsberg, Forlaget Aldring og helse.



VEDLEGG

Litteratur produsert under Demensplan 2015

Her følger en oversikt over bøker, håndbøker, studiemateriell og filmer som er utgitt i hovedsak ved Aldring og helse, under Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015. Noe er samproduksjoner med Nasjonalforeningen for folkehelsen eller andre samarbeidspartnere.

Det er tatt med to doktorarbeider som har pågått parallelt med utviklingsprosjekter og til dels hentet data derfra.

Nasjonale kartlegginger

GjØra L, Eek A, Kirkevold Ø (2015). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Demensplan 2015*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Eek A & Kirkevold Ø (2011). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011. Demensplan 2015*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Westerberg TH (2010). *Tilrettelagte boligtilbud for personer med demens. Nasjonal kartlegging 2008*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse

Westerberg TH (2009). *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørende-skoler. Nasjonal kartlegging 2007*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Dagaktivitetstilbud

Fossli KR (2015). *Ernæringspraksis er mer enn måltid. Personer med demens i dagaktivitetstilbud*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Reinaas RA (2015). *En dag og en reise. Dagaktivitetstilbud til personer med demens*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Sudmann TT (2015). *Fysisk aktivitet. Dagaktivitetstilbud til personer med demens*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Berg G (2012). *Måltider er mer enn mat. Personer med demens i dagaktivitetstilbud*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Taranrød LB, Strandli EHA (2012). *Etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens. Håndbok*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Taranrød LB (2011). *Mellom hjem og institusjon. Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens*. TØnsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Miljøbehandling

Røen I, Storlien MS (2015). *Håndbok i strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Røsvik J (2014). *Development, evaluation and effects of the VIPS practice model for the person-centred care of patients with dementia. An intervention study in Norwegian nursing homes*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet.

Rokstad AMM (2013). *Person-centred dementia care to prevent and treat neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients. The role of leadership and the use of Dementia Care Mapping*. Oslo: Universitet i Oslo.

Rokstad AMM (2012). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Pårørendesatsingen

Hotvedt K (2016). *Samarbeid og nye muligheter. Etablering av pårørendeskoler i kommunene*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Demens midt i livet (2014) (Informasjons- og samtalehefte) Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Andersen AE, Munch M (2013). *Utfordringer og muligheter. Samvær med personer med demens. Informasjonshefte*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

En pårørende forteller – Et idéhefte til pårørende som holder innlegg på pårørendeskolen (2013) Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Anfinnsen E, Kaardahl A (2012). *«Uff da!» sa farmor*. (Barnebok) Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Samtalekort for personer med demens og deres pårørende (2012) Tønsberg/Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Hotvedt K (2010). *Etablering og drift av pårørendeskole. Håndbok. Kunnskap, støtte og fellesskap for pårørende til personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Utredning og diagnostikk

Strandenæs MG (2016). *Etablering og drift av demensteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten. Revidert håndbok*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Michelet M (2015). *Demensteam – godt i gang, fortsatt i utvikling. Rapport*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Gausdal M, Gjører L (2011). *Etablering og drift av demensteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten. Håndbok*. Tønsberg/Oslo: Helsedirektoratet og Forlaget Aldring og helse.

Gausdal M, Michelet M (2011). *Demensteam – oppgaver og utfordringer. En undersøkelse av demensteam og demenskoordinatorers rolle i norsk demensomsorg i 2011*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Gjører L, Gausdal M (2011). *Ny kunnskap, bedre omsorg. Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten. 3-årig utviklingsprogram om utredning og diagnostisering av personer med demens. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Yngre personer med demens

- Brækhus A (2016). *Håndbok om yngre med kognitiv svikt og demens. Årsaker og utredning*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Horndalssveen P (2016). *En ubuden gjest. Fra diagnose til institusjon. Oppfølging av yngre personer med demens og deres pårørende*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Holthe T (2015). *Mot – håp – tålmodighet. Yngre personer med demens og betydningen av hjelpemidler til kognitiv støtte i hverdagen*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Rosness TA (2014). *Tidstyven. Hva det vil si å få demens i ung alder*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gjøra L, Haugen PK, Engedal K (2013). *Det burde henge sammen. Diagnostikk og oppfølging av yngre personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Holthe T (2013). *Kunsten å skynde seg sakte... – Formidling av kognitive hjelpemidler til personer med demens*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Krüger RME (2013). *Langsomme jordskjelv. Erfaringer med demens midt i livet*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gausdal M (2012). *One size passer ikke alle! Behov for skreddersydde tilbud til yngre personer med demens og pårørende*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Haugen PK (2012). *Demens før 65 år. Fakta, utfordringer og anbefalinger. Rapport. Utviklingsprogram om yngre personer med demens. Demensplan 2015*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC

- Døble BS, Eek A (2015). *Virksomhetsintern opplæring i kommunene*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Blix BH, Hamran T (2015) *Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Stordalen J (red) (2014) *Eldreomsorgens ABC – Aldring og omsorg*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Mjørud M, Røsvik J (red) (2012) *Demensomsorgens ABC – Miljøbehandling*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Røsvik J, Brønstad A, Taranrød LB, et al. (2012). *Dette må jeg kunne: introduksjon til helse- og omsorgsarbeid*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Fossli KR, Døble B, Kirkevold Ø (2011). *Kompetanseløft på arbeidsplassen. Kommunenes erfaringer med ABC modellen*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Berentsen VD (red) (2009) *Demensomsorgens ABC – Perm 2*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Berentsen VD (red) (2008) *Demensomsorgens ABC – Perm 1*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Undervisningsfilmer

- Endrestad L (2015) *Demens og rettigheter. Pårørendeskoler og samtalegrupper i demensomsorgen. Undervisningsfilm*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gustavsen L, Løvlien LS (2014) *Vergemål for personer med demens. Undervisningsfilm. Pårørende-skoler og samtalegrupper i demensomsorgen*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gausdal M, Gjører L (2013) *Etablering og organisering av demensteam. Undervisningsfilm*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Gausdal M, Haugen PK, Galle E, Galle V, Rudi AP, Nitter L, Aune M, Klüwer & Engedal K (2013) *Utredning av demens. En film for deg som skal til utredning og dine nærmeste. Informasjons-film*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Bjørnebye S (2012) *Praktiske råd og hjelpemidler. Pårørendeskoler og samtalegrupper i de-mensomsorgen. Undervisningsfilm*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal K (2012) *Hva er demens? Pårørendeskoler og samtalegrupper i demensomsorgen. Undervisningsfilm*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Mjørud M, Røsvik J (2012) *Fremdeles med – en film om miljøbehandling. Undervisningsfilm*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad AMM (2012). *Kommunikasjon og holdninger. Pårørendeskoler og samtalegrupper i demensomsorgen. Undervisningsfilm*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Støback AM (2012) *Når atferd endrer seg. Noen ganger blir mannen min så annerledes at han ikke er til å være i hus med. Undervisningsfilm*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Torgan E, Ditlev-Simonsen F, Heradstveit E, et al. (2012) *Pyramiden: Novellefilm*. Oslo: Husjord entertainment i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- Ulstein I, Skramstad W, Brage M, et al. (2012) *En pårørende forteller. Pårørendeskoler og samtale-grupper i demensomsorgen. Undervisningsfilm*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Ulstein I, Schönpf S, et al. (2011) *Ledelse av samtalegrupper i demensomsorgen. Pårørende-skoler og samtalegrupper i demensomsorgen. Undervisningsfilm*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.

Å favne bredt og treffe rett

«Når demensplanen er gjennomført i 2015, skal ...»

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag av Helsedirektoratet, for å gi en kortfattet oppsummering av erfaringene med de ulike satsingsområdene i Demensplan 2015. Det er blant annet tatt utgangspunkt i planens målsettinger og sett nærmere på hvordan disse er innfridd ved å holde dem opp mot resultatene fra de nasjonale kartleggingene som er gjennomført i planperioden.



Linda Gjora (f. 1980)

Utdannet ergoterapeut ved HIST i 2005. Master i folkehelsevitenskap ved Nordic School of Public Health (NHV) 2011. Fra 2005-2007 ansatt ved Hukommelsesklinikken på Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Siden 2007 ansatt ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

ISBN 978-82-8061-259-5



9 788280 612595

ISBN 978-82-8061-263-2 (digital versjon)



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

Forlaget Aldring og helse
Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no
www.aldringoghelse.no

Helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten 2018

Spørsmål til tjenestens faglige referansegruppe

SETT MARKØREN I DET GRÅ FELTET FØR DU STARTER SKRIVNINGEN.

Navn på tjenesten:	Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse
Lokalisering:	Sykehuset i Vestfold HF og Oslo Universitetssykehus, Ullevål
1. Er det lagt til rette for at referansegruppen kan utøve sin funksjon i tråd med sitt mandat ? (jf. kjernemandat for referansegruppene) Ja; referansegruppen tas med i diskusjoner om utvikling og endring av tjenesten. Det er årlige møter i referansegruppen som organiseres av sekretariatet til Aldring og helse. Referansegruppen blir gitt innsikt i oppgaver, prioriteringer og drift av tjensten og gis derfor mulighet til å gi tilbakemelding på hvorvidt tjenesten er drevet i tråd med kriteriene. Oppfølging av ICD-10 koder er ansett som lite relevant for akkurat denne tjenesten, som omfatter ulike grupper eldre. Referansegruppen deltar i diskusjoner om tilrettelegging for vitenskapelige studier og oppbygning av forskningsmiljø i de ulike helseregionene.	
2. Er referansegruppens sammensetning dekkende for kompetansetjenestens ansvarsområde og oppgaver? Referansegruppen har deltakere fra alle regionale helseforetak. De har ulik fagbakgrunn og faglige interesseområder. Det er medlemmer fra både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Til sammen dekker dette hovedinnsatsområdene til Aldring og helse; demens, alderspsykiatri og eldre med funksjonshemming og utviklingshemning. I tillegg har referansegruppen 2 brukerrepresentanter.	
3. Er det lagt til rette for aktiv brukermedvirkning i referansegruppens arbeid? Brukerrepresentantene deltar i referansegruppen på samme vilkår og med samme roller som de andre deltakerne i referansegruppen.	
4. Hvor ofte arrangeres det møter mellom tjenesten og referansegruppen?	

Det er ett fast møte i året for hele referansegruppen. Referansegruppen inviteres også til å delta på demensdagene. Aktivitet ut over dette skjer per mail. I tillegg har leder for referansegruppen jevnlig telefon og møte-kontakt med daglig leder av Aldring og helse.
5. Får den enkelte helseregion dekket sitt behov for kompetanseoppbygging innenfor kompetansetjenestens ansvarsområde? Gi en kort beskrivelse. Referansegruppen har gitt tilbakemelding på kompetanseoppbygging i alle landets helseforetak i sine årsrapporter. Dette er noe tjenesten forsøker å følge opp og leder av referansegruppen har dialog med tjenesten om dette.
6. Beskriv hvilke tiltak som er iverksatt for å videreføre kompetansetjenestens arbeid i alle regionene – evt. nasjonalt. -Støtte til oppbygging av forskningsmiljø i alle helseregioner. Referansegruppen anbefaler i sin siste rapport (for 2017) at tjenesten oppretter en koordinatorfunksjon i alle helseregioner for å ivareta spredning og implementering av kunnskap i alle helseregioner.
7. Dersom det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet, gi en begrunnet beskrivelse av hvorfor dette er nødvendig. Fokusområdene til Aldring og helse er mer aktuelle enn noen gang, sett i lys av demografiske endringer med en økt levealder og økt andel eldre i årene som kommer. Det er ikke sannsynlig at små kommuner og distrikter har tilstrekkelig fagkompetanse til å utvikle, sette i verk og drifte gode faglige tiltak for opplæring av personell og forebyggende og behandlende tiltak for brukerne. Aldring og helse har gjennom mange år bygget opp en infrastruktur for effektiv spredning av kunnskap som er nødvendig for å bidra til å spre kunnskap på nasjonal basis. Aldring og helse ivaretar på en utmerket måte formidling av kompetanse til pårørende og helsepersonell på alle kompetanseområdene, samtidig som de bidrar sterkt innen forskning på sentrale tema. En viktig satsing er opprettelse og drift av to register (demens og alderspsykiatri) som er/holder på å bli nasjonale. Videre har Aldring og helse i oppdrag fra Helsedirektoratet å implementere satsinger i Demensplan 2020, og bistår også direktoratet med kunnskapsutvikling innen området. Oppsummert, mener vi det er behov for å videreføre kompetansetjenestens virksomhet. Vi stiller imidlertid spørsmål til om nasjonal kompetansetjeneste er riktig virkemiddel.
Tilleggsinformasjon
8. Det bes om eventuell tilleggsinformasjon som er viktig å ta hensyn til ved helhetlig vurdering av denne nasjonale kompetansetjenesten. Det er startet en dialog med Helsedirektoratet om hvilken form tjenesten skal ha i framtiden og hvordan tjenesten eventuelt skal organiseres. Referansegruppen er aktive

støttespillere til Aldring og helse i denne prosessen.

Signering av ansvarlig leder

Dato og navnet på den som har skrevet denne tilbakemeldingen:

Trondheim 10.04.2018
Jorunn L Helbostad

Jorunn L Helbostad (leder for referansegruppen for Alding og helse), med innspill fra
resten av referansegruppen

040118 arl

