



# Demensplan Tromsø kommune

---

*2012-2015*

Demensplan for Tromsø kommune viser hvordan omsorgen for personer med demenssykdom skal være i planperioden. Den foreliggende planen forutsetter videre utviklingsarbeid i perioden.



## Innhold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1 FAKTA OM DEMENS .....	5
1.2 SYKDOMSFORLØP VED DEMENS .....	6
1.3 GOD DEMENSOMSORG ER GOD OMSORG FOR ALLE .....	7
1.4 FOREKOMST AV DEMENS I TROMSØ KOMMUNE .....	7
<b>2 MÅL FOR PLANARBEIDET</b> .....	<b>8</b>
<b>3 GRUNNLAG FOR PLANARBEIDET</b> .....	<b>8</b>
<b>4 OMSORGSKJEDEN</b> .....	<b>11</b>
4.1 HELHETLIG TILBUD .....	11
<b>5 UTREDNING OG DIAGNOSTISERING</b> .....	<b>12</b>
5.1 MÅLSETTING FOR DEMENSUTREDNING .....	12
5.2 UTREDNING I KOMMUNEHELSETJENESTEN .....	12
5.3 UTREDNING I SPESIALISTHELSETJENESTEN .....	12
<b>6 KOORDINERTE TJENESTER</b> .....	<b>13</b>
6.1 TILDELINGSKONTORET .....	13
6.2 DEMENSKOORDINATOR .....	13
6.3 INDIVIDUELL PLAN .....	14
6.4 OMSORGSPLAN .....	14
6.5 FASTLEGEN .....	14
6.6 DEMENSTEAMET .....	14
6.7 DEMENSNETTVERKET .....	14
6.8 REGIONALT SAMARBEID .....	15
6.9 SAMARBEID MED SPESIALISTHELSETJENESTEN .....	15
6.10 SAMARBEID MED UNDERVISNINGS- OG FORSKNINGSINSTITUSJONER .....	15
<b>7 HJEMMETJENESTE</b> .....	<b>15</b>
7.1 TILBUD TIL PASIENTEN .....	15
7.2 TILBUD TIL PÅRØRENDE .....	16
<b>8 DAGAKTIVITETSTILBUD</b> .....	<b>16</b>
8.1 BRUKERENS BEHOV .....	17
8.2 BEMANNING .....	17
8.3 PÅRØRENDES BEHOV .....	18
8.4 TILRETTELAGT TILBUD FOR PERSONER MED DEMENSSYKDOM .....	18
8.5 FORVENTET ØKNING I BEHOV .....	18
<b>9 OMSORGSBOLIG OG SYKEHJEM</b> .....	<b>19</b>
9.1 OMSORGSBOLIGER FOR PERSONER MED DEMENSSYKDOM .....	20
9.2 SYKEHJEM FOR PERSONER MED DEMENSSYKDOM .....	20
9.2.1 Korttidsplass for personer med demens .....	20
9.2.2 Langtidsplass for personer med demens .....	20
9.2.3 Forsterket skjermet avdeling .....	21
9.2.4 Legetjenesten i sykehjem .....	21
<b>10 PERSONER MED DEMENSSYKDOM MED SÆRSKILTE BEHOV</b> .....	<b>22</b>
10.1 YNGRE PERSONER MED DEMENSSYKDOM .....	22
10.1.1 Senter for yngre personer med demens .....	23
10.2 URFOLK OG MINORITETER .....	24
10.2.1 Personer med demenssykdom med samisk bakgrunn .....	24
10.2.2 Personer med demenssykdom fra etniske og nasjonale minoriteter .....	25
<b>11. OMSORG FOR PÅRØRENDE</b> .....	<b>26</b>
11.1 GOD PÅRØRENDEOMSORG .....	26

11.2	KUNNSKAP.....	27
11.3	PÅRØRENDE HAR ULIKE BEHOV .....	27
11.4	ENDRING I BEHOV .....	27
11.5	PÅRØRENDESKOLE.....	28
11.6	SAMTALEGRUPPE FOR PÅRØRENDE .....	28
<b>12</b>	<b>HELSEHJELP TIL PASIENTER SOM MOTSETTER SEG HELSEHJELPEN.....</b>	<b>28</b>
<b>13</b>	<b>SAMARBEID MED FRIVILLIGE.....</b>	<b>29</b>
<b>14</b>	<b>KOMPETANSE.....</b>	<b>30</b>
14.2	DEMENSFYRTÅRN .....	30
14.3	UTVIKLINGSSENTER FOR HJEMMETJENESTER TROMS .....	31
14.4	GRUNNLEGGENDE KOMPETANSE .....	31
14.4.1	<i>Grunnleggende fagutdanning .....</i>	<i>31</i>
14.4.2	<i>Kunnskap til personer uten helsefaglig utdanning .....</i>	<i>32</i>
14.4.3	<i>Videreutdanning i demens og geriatri .....</i>	<i>32</i>
14.4.4	<i>Kunnskap om samisk bakgrunn, og om minoriteter.....</i>	<i>32</i>
<b>15</b>	<b>IKT OG VELFERDSTEKNOLOGI.....</b>	<b>32</b>
<b>16</b>	<b>IVERKSETTING OG OPPFØLGING .....</b>	<b>33</b>
<b>17</b>	<b>HANDLINGSPROGRAM 2012-2015.....</b>	<b>34</b>
<b>18</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>35</b>
18.1	MANDAT OG PROSESS .....	35
18.2	PROSJEKTORGANISERING.....	36
18.2.1	<i>Styringsgruppe.....</i>	<i>36</i>
18.2.2	<i>Prosjektleder .....</i>	<i>36</i>
18.2.3	<i>Arbeidsgruppe .....</i>	<i>36</i>
18.2.4	<i>Referansepersoner.....</i>	<i>36</i>
18.3	LITTERATUR .....	37



**Leseveiledning:** I den elektroniske utgaven av «Demensplan Tromsø kommune» er det satt inn hyperkoblinger i de ulike kapitlene. Ved å følge disse koblingene kommer man til nettsider med mer informasjon om det aktuelle tema. I papirutgaven vil den teksten som har hyperkoblinger framkomme som understreket tekst.

## 1. Innledning

Regjeringen ønsker at kommunene setter framtidens omsorgsutfordringer på dagsorden i det ordinære kommuneplanarbeidet. Dette vil bidra til langsiktig planlegging og prioritering av omsorgstjenesten generelt og demensomsorgen spesielt.

Tromsø kommune har i tillegg valgt å utarbeide en egen demensplan.

Demensplan 2015” [Den gode dagen](#)” ble publisert av Helse og Omsorgsdepartementet i november 2007. [Revidert utgave kom i november 2011.](#)

Demensplan for Tromsø kommune viser hvordan omsorgen for personer med demenssykdom og deres pårørende skal være i planperioden. Demensomsorgen må være i kontinuerlig utvikling, og den foreliggende planen vil være utgangspunkt for videre utviklingsarbeid.

### Når demensplan er gjennomført i 2015

- **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 – Den gode dagen»)

Demenssykdommene rammer mange enkeltmennesker, hele familier og vennenettverk. Holdninger til demenssykdommene er fortsatt preget av manglende kunnskap, og til dels skyld og tabubelagte forestillinger. Det er manglende kunnskap om demens både blant fagfolk og i samfunnet for øvrig. Dette kan være noe av forklaringen på at det ofte tar for lang tid før diagnosen blir stilt, at tjenestetilbudet for personer med demenssykdom ofte ikke er godt nok tilrettelagt, og at det mangler ledd i tiltakskjeden.

Dersom vi regner med de nærmeste pårørende, er minst 280 000 mennesker berørt av demenssykdommer i Norge. Det er ofte de pårørende som observerer de første symptomene og blir konfrontert med den enkeltes usikkerhet og problemer i hverdagen. Å være familieomsorgsgiver for en person med demens kan være svært belastende. Samarbeid med pårørende er grunnleggende både for å skape gode tjenestetilbud til den enkelte, og for å gi pårørende den støtte og avlastning de trenger.

## 1.1 Fakta om demens

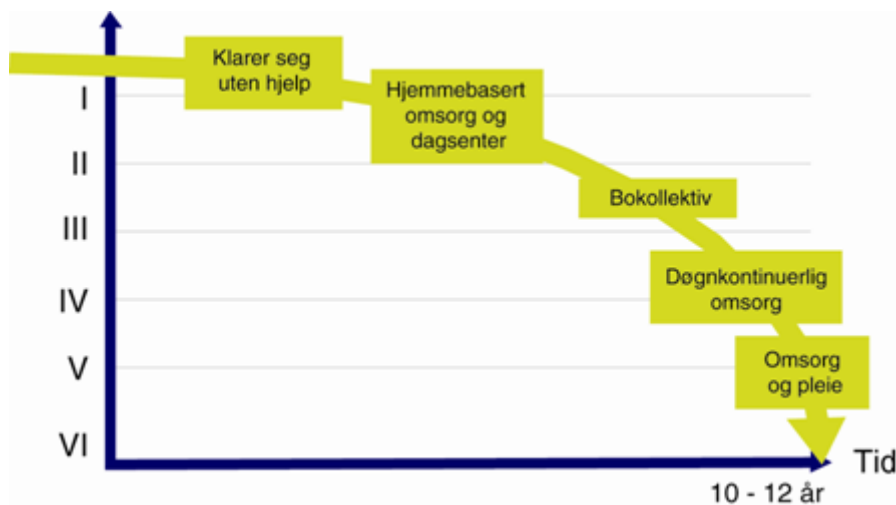
- Demens er en samlebetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder, og medfører blant annet symptomer på hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon og endret adferd.
- Undersøkelser viser at omlag halvparten av personer med sikre tegn på demens ikke er utredet eller diagnostisert.
- Tidlig diagnostisering er viktig for å utelukke annen sykdom, og for å gi personer med demens og deres pårørende informasjon, slik at de kan planlegge livet og søke hjelp i tide.
- Nærmere 71 000 mennesker i Norge har demens.
- Vi regner med at 140 000 nordmenn vil ha demens i 2040.
- Mellom 70 og 80 prosent av de som bor på sykehjem har en demenssykdom. Over 30 000 personer med demenssykdom bor i eget hjem i Norge.
- Den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom. Over halvparten av de demenssyke har Alzheimers sykdom.
- Det er ingen medikamenter eller behandling som kurerer sykdommen. I enkelte tilfeller kan medikamenter dempe symptomene.
- Tidlig i forløpet kan stimulering og tett oppfølging forsinke sykdomsutviklingen noe.
- Demenssykdommen utvikler seg vanligvis i løpet av en tiårsperiode. Hos noen går utviklingen raskere, og hos andre langsommere. Det er vanlig å bli helt hjelpetrengende i løpet av noen år.
- Personer med demenssykdom som er under 65 år, betraktes som «yngre».
- Demenssykdom forekommer sjelden hos personer under 50 år.
- Forekomst av demenssykdom er 0,9 % i aldersgruppen 65-69 år, 2,1 % for aldersgruppen 70 – 74 år, 6,1 % for aldersgruppen 75– 79 år, 17,6 % for aldersgruppen 80 – 84 år, 31,7 % for aldersgruppen 85 – 89 år, og forekomsten er 40,7 % for aldersgruppen over 90 år.

## 1.2 Sykdomsforløp ved demens

Sykdomsforløpet hos personer som har en demenssykdom kan variere. Det vanligste er gradvis nedsatt mestringsevne. Symptomene er få og knapt merkbare i starten, men blir etter hvert flere og tydeligere. Noen har en svært rask sykdomsutvikling.

Sykdomsforløpet kan deles inn i ulike faser:

- Mild: Evnen til å klare seg i dagliglivet er påvirket.
- Middels: Det er nødvendig med hjelp fra andre.
- Alvorlig: Det er nødvendig med kontinuerlig tilsyn og pleie.



Berger skala deler utviklingen av en demenssykdom i seks trinn på bakgrunn av personens funksjonsevne i løpet av en 10 – 12 års utvikling.

1. Klarer seg selv. Glemsom og avbryter ofte aktiviteter i dagliglivet.
2. Kan utføre vanlige aktiviteter, men pasienten blir ofte forvirret.
3. Kan klare seg i kjente omgivelser og situasjoner, men hukommelsesproblemene er store. Pasienten trenger påminnelse og er ofte initiativløs.
4. Pasienten har handlingssvikt og språkvansker.
5. Kan ikke kommunisere verbalt på en meningsfull måte.
6. Motoriske funksjoner er betydelig nedsatt, og pasienten må derfor ofte sitte i en stol eller ligge til sengs.

Ny forskning ([Demensstudien i Nord Norge](#), Fred Andersen 2011) viser at hos personer som nylig har fått diagnosen Alzheimers sykdom og som får stimulering og tett oppfølging av helsepersonell og pårørende, kan sykdomsutviklingen forsinkes noe.

### 1.3 God demensomsorg er god omsorg for alle

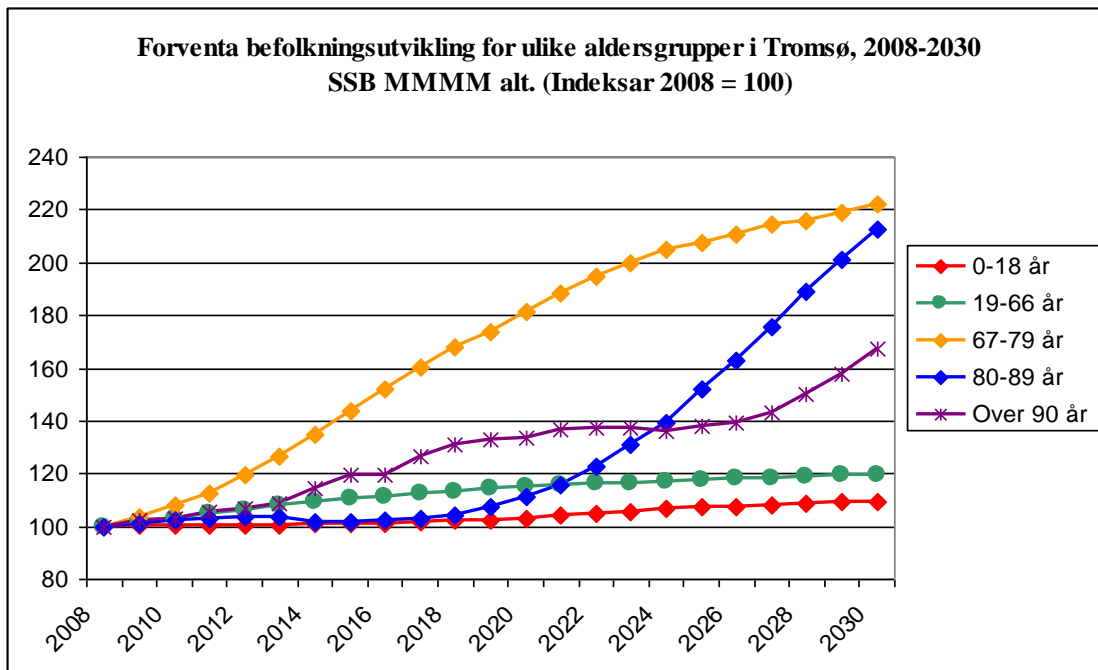
Et omsorgstilbud som er godt tilpasset mennesker med demens, er som oftest også et godt tilbud for øvrige brukere av pleie- og omsorgstjenestene. Demensomsorgen skal derfor i størst mulig grad være en integrert del av det helhetlige helse- og omsorgstilbudet i kommunen.

Demenssykdom er den vanligste årsaken til innleggelse og langvarig opphold i sykehjem. En svært stor andel av personer som får hjelp fra omsorgstjenesten har demenssykdom, ofte i kombinasjon med andre sykdommer og annet funksjonstap. Det er viktig å tilpasse omsorgstjenesten til en slik virkelighet.

Mennesker med demenssykdom er ingen ensartet gruppe. Som alle andre har de forskjellige behov og ulike interesser. God demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes levde liv og sykdomshistorie. Omsorgen må derfor skreddersys til den enkelte, og dette krever kunnskap og fleksibilitet.

### 1.4 Forekomst av Demens i Tromsø kommune

Forekomsten av demens er stigende med økende alder. Fra rundt år 2020 må vi regne med en kraftig vekst i antall innbyggere over 80 år i Tromsø. Gruppen 90 år og eldre vil vokse mye allerede de nærmeste årene.





På bakgrunn av forekomst av demens i ulike aldersgrupper og forventet befolkningsutvikling, kan man beregne forventet forekomst av demenssykdom i Tromsø kommune:

Tabellene er hentet fra SSB-Statistikkbanken 2010 og bygger på middeltallene MMMM (middels vekst etc.)  
 Forekomsttallene for demens baseres på Rotterdamstudien, Ott et al. 1995.

		2010	2015	2020	2025	2030		2010	2015	2020	2025	2030
Begge kjønn	65-69 år	2471	3332	3557	3743	3997		22	30	32	34	36
	70-74 år	1598	2270	3070	3295	3489		33	47	63	68	72
	75-79 år	1227	1389	1992	2722	2950		75	85	122	166	180
	80-84 år	982	949	1096	1597	2211		169	160	185	267	370
	85-89 år	576	620	609	726	1082		179	194	189	225	334
	90 år og eldre	252	316	359	371	443		103	129	146	151	181
		Sum						581	644	736	910	1173
Totalbefolkning		67 305	71 509	74 911	78 016	80 699						

Den venstre delen av tabellen viser forventet befolkningsutvikling for Tromsø kommune. Høyre del av tabellen viser forventet antall personer med demenssykdom i Tromsø kommune i ulike aldersgrupper, for begge kjønn. Framskrivningen er gjort av [Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse](#).

Vi kan anta at Tromsø kommune vil ha 644 personer over 65 år med demenssykdom i 2015. Dersom hver av disse har fire pårørende, vil 2576 pårørende i Tromsø kommune være berørt av demenssykdommen.

En spørreundersøkelse gjennomført i hjemmetjenesten, omsorgsboliger, sykehjem og blant fastleger viste at det var ca. 15 personer under 65 år med demenssykdom i Tromsø kommune i 2009.

## 2 Mål for planarbeidet

Tromsø kommune vil arbeide for at tilbudet til personer med demenssykdom og deres pårørende i løpet av 2015 skal ha nådd målene i Demensplan 2015 ”Den gode dagen”.

Tjenestetilbudet skal være basert på et helhetlig menneskesyn og være preget av kontinuitet og samhandling mellom ulike tjenesteytere. Dette innebærer en personorientert omsorg som tilpasses endringer i den enkeltes situasjon. Personen med demenssykdom skal kunne være aktiv i eget liv, oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, til tross for alvorlig sykdom og funksjonssvikt.

## 3 Grunnlag for planarbeidet

Til grunn for alt helse- og omsorgsarbeid i Tromsø kommune ligger Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) fra 2011. Av særlig relevans for arbeidet med Demensplanen er ulike punkter i Kapittel 3 «Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester».

For å oppfylle ansvaret for helse- og omsorgstjenester skal kommunene blant annet tilby:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester
2. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
  - a. legevakt,
  - b. heldøgns medisinsk akuttberedskap og
  - c. medisinsk nødmeldetjeneste
3. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
4. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
5. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
  - a. helsetjenester i hjemmet,
  - b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt,
  - c. plass i institusjon, herunder sykehjem og
  - d. avlastningstiltak.

I tillegg bygger Demensplan for Tromsø kommune på annet gjeldende lovverk

- [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#)
- [Lov om spesialisthelsetjenesten](#) m.m
- [Lov om helsepersonell](#) m.v.

Demensplan for Tromsø kommune bygger også på føringer gitt i:

- St. meld. nr. 25 (2005-2006); «[Mestring, muligheter og mening](#)– framtidens omsorgsutfordringer».
- Demensplan 2015 «[Den gode dagen](#)» (2007, [Revidert 2011](#))
- Rapport IS-1486; «[Glemsk men ikke glemt](#)» (2007)
- Omsorgsmeldingen «[Omsorgsplan 2015](#)» (2007-2008).
- [Prosjektplan for 3-årig demensprogram for pasienter som har samisk språklig og kulturell identitet 2010 – 2013.](#)
- Rundskriv I-5/2007 – «[Aktiv omsorg](#)»
- St.meld.nr.47 (2008-2009) [Samhandlingsreformen](#) .
- St.meld. nr. 16 (2010-2011) [Nasjonal helse- og omsorgsplan](#).
- NOU 2011:11 [Innovasjon i omsorg](#)
- [Nevroplan 2015](#)

En rekke forskrifter, særlig sentrale for personer med demens er:

- [Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie](#) (sykehjemsforskriften)
- [Forskrift om kvalitet](#) i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven (kvalitetsforskriften)
- [Forskrift om internkontroll](#) i sosial- og helsetjenestene (internkontrollforskriften)
- [Forskrift om individuell plan](#) etter helse- og sosiallovgivningen
- [Forskrift om fastlegeordning](#) i kommunene
- [Vederlagsforskriften](#) (for opphold i institusjon og for tjenester i hjemmet)
- Forskrift om en verdig eldreomsorg, [Verdighetsgarantien](#).

## 4 Omsorgskjeden

Tromsø kommune ønsker å utvikle en demensomsorg med en helhetlig og sammenhengende omsorgskjede, hvor personer med demenssykdom og deres pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med tjenesteapparatet.

### 4.1 Helhetlig tilbud

Demens er en progredierende sykdom. Den som rammes vil fungere stadig dårligere, og vil til slutt bli helt avhengig av hjelp (se Berger skala, kap. 1.2).

Personer med demenssykdom har ofte et svært sammensatt sykdomsbilde med funksjonssvikt på flere områder. For helsetjenesten generelt og omsorgstjenesten i kommunen spesielt, er det derfor nødvendig å planlegge, dimensjonere og tilrettelegge for en helhetlig og sammenhengende omsorgskjede. Kommunen må planlegge for det uforutsigbare, og kunne tilpasse et tilbud til behov som kan variere fra dag til dag for den enkelte.

Personer med demenssykdom og deres pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet i møte med tjenesteapparatet. Tjenestetilbudet skal være basert på et helhetlig menneskesyn. Det er viktig å sette inn tiltak tidlig i sykdomsforløpet, da dette vil kunne forebygge tilleggslidelser og kriser, og hos noen kan sykdomsutviklingen forsinkes. Riktig tilbud til rett tid vil kunne bedre livskvaliteten for personer med demenssykdom og deres pårørende.

Noen personer kan ha lite kontakt med familie og slekt. Mange kan også oppleve manglende støtte fra familie når livet byr på utfordringer. I tillegg vet vi at det sosiale nettverket reduseres med økende alder. Mange som rammes av demenssykdom, både pasient og pårørende, opplever at nettverket kan bli redusert med tiden.

Formelle kontakter som hjelpeapparat, offentlige kontorer, kirke mv., kan i en del tilfeller være det eneste nettverket personer med demenssykdom har.

Når en person får sin første kontakt med helse- og omsorgsapparatet er det viktig at nettverket kartlegges, slik at den enkelte kan følges opp av helsetjenesten ut fra sin situasjon.

Det er nødvendig med gode systemer for kartlegging og diagnostisering, oppfølging og tilrettelegging på mange områder.

## 5 Utredning og diagnostisering

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 kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten for å få til effektive, sammenhengende og forutsigbare behandlingsforløp for den enkelte bruker («Demensplan 2015 - Den gode dagen»)

### 5.1 Målsetting for demensutredning

Målsettingen er å diagnostisere demenssykdom i et så tidlig stadium som mulig. Demenssykdom må skilles fra kognitiv endring grunnet normal aldring, legemiddelbivirkning, somatisk sykdom (delirium) og psykiatrisk sykdom (angst, depresjon og psykose). Når diagnosen er stilt, må legen vurdere om medikamenter skal prøves ut. Demensteamet (se kap. 6.6) må sammen med legen vurdere behov for, og igangsetting av omsorgstiltak for pasient og pårørende.

### 5.2 Utredning i kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten skal foreta utredning av pasienter over 65 år med klare symptomer på kognitiv svikt, og hvor det ikke foreligger spesielle atferdsproblemer, eller samtidig annen kompliserende sykdom.

Det er naturlig at **fastlegen** fokuserer sitt utredningsarbeid på medisinsk diagnostikk og behandling av demenssykdommen og eventuelle somatiske og/eller psykiatriske tilleggsproblemer. **Demensteamet** skal kartlegge funksjonsevnen, og hjemmesituasjonen til pasienten og pårørende. Både fastlege og demensteam skal benytte [godkjent utredningsverktøy](#) fra Helsedirektoratet.

I sykehjem gjøres utredningen av sykehjemslegen i samarbeid med sykepleier og andre fagpersoner knyttet til sykehjemmet.

En av utfordringene med demenstestene som brukes i Norge er at de forutsetter at personen som utredes har grunnleggende skolekunnskaper, en vestlig kulturbakgrunn og behersker det språk som undersøkeren snakker (se kap. 10.2)

### 5.3 Utredning i Spesialisthelsetjenesten

Med spesialisthelsetjenesten menes i denne sammenhengen fagområdene nevrologi, (alders-) psykiatri og geriatri.

- Pasienter der det kun er mistanke om kognitiv svikt, uten at symptomene er overbevisende, bør fortrinnsvis utredes i spesialisthelsetjenesten.

- Personer med klare kognitive symptomer og samtidig tegn til atferdsproblemer, eller mange andre kompliserende sykdommer, skal utredes i spesialisthelsetjenesten.
- [Yngre personer](#) (under 65 år) der man mistenker demenssykdom, skal utredes i spesialisthelsetjenesten.

Når en person har fått stilt diagnosen demens i spesialisthelsetjenesten, er det ønskelig at kommunens demenskoordinator ved Tildelingskontoret straks kontaktes, slik at samarbeid med pasient og pårørende kan starte.

## 6 Koordinerte tjenester

### 6.1 Tildelingskontoret

For personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester er det avgjørende å ha ”en dør inn” til tjenesten. Alle som trenger bistand fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten kan henvende seg til [Tildelingskontoret](#).

Kontoret er opprettet for å ivareta at kommunedekkende tjenester samordnes ved at tildelingen av tjenestene skjer på ett sted. Tildelingskontoret mottar alle henvendelser om støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent, praktisk bistand, hjemmesykepleie, omsorgslønn, individuell plan, og alle de andre tjenestene Tromsø kommune tilbyr innen pleie og omsorg. Tildelingskontoret foretar en rettighetsvurdering, og tildeler tjenester gjennom å fatte [enkeltvedtak](#).

### 6.2 Demenskoordinator

Kommunene har en plikt til å tilby koordinator for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Demenskoordinator ivaretar denne funksjonen for personer med demenssykdom. Stillingen er lagt til Tildelingskontoret.

[Demenskoordinator](#), demensteam og demensnettverk følger opp det helhetlige demensarbeidet, og fokus er både på utredning og diagnostisering, samt planlegging, iverksetting og oppfølging av tiltak overfor personer med demens og deres pårørende.

Demenskoordinator er leder for demensteamet (kap. 6.6) og for demensnettverket (kap 6.7) i Tromsø kommune

Demenskoordinator i Tromsø kommune deltar i demensutredningen. Koordinator har som oppgave å tilby samtale, informasjon, råd og veiledning primært til hjemmeboende personer med demenssykdom og deres pårørende, samt formidle kontakt med hjelpeapparatet. Demenskoordinator har et overordnet ansvar for å organisere pårørendeskolen hver høst, og være kontaktperson for frivillige organisasjoner. Demenskoordinator bidrar til fagutvikling i kommunen.



### **6.3 Individuell plan**

Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til individuell plan. Med behov for «koordinerte» tjenester menes at behovet må gjelde to eller flere helse- og omsorgstjenester. Individuell plan skal bidra til å gi den enkelte større trygghet og forutsigbarhet, avklare ansvarsforhold og sikre samordning slik at tjenestene som mottas fremstår som helhetlige og i tråd med brukers egne målsettinger. Planen skal sikre koordinering og samarbeid, både mellom tjenesteytere innen kommunen og spesialisthelsetjenesten, og med pasient og familie. [Retten til individuell plan](#) er hjemlet i flere lover.

Tromsø Kommune vil etablere rutiner som sikrer at diagnosen demens umiddelbart fører til at arbeidet med å utarbeide individuell plan starter opp i samarbeid med pasient og pårørende, der det er ønskelig og hensiktsmessig. Dette gjør det mulig å være i forkant og planlegge tiltak som kan settes inn når behovet melder seg.

### **6.4 Omsorgsplan**

For personer som er beboere i institusjon vil som oftest gode omsorgsplaner for den enkelte erstatte individuell plan. Omsorgsplanen skal være oversiktlig og tydeliggjøre hvilken hjelp og omsorg den enkelte person skal ha i den aktuelle livssituasjon.

### **6.5 Fastlegen**

[Fastlegen](#), hjemmetjenesten og demensteamet samarbeider om kartlegging og diagnostisering av hjemmeboende pasienter med demens. Etter diagnosen er stilt, fortsetter de samarbeidet om opprettelse av tiltak.

Pasient og pårørende bør følges opp seinest etter 6 måneder, og deretter minst hver 6. måned. Fastlegen og demensteamet avtaler hvem som har hovedansvar for oppfølgingen. I tillegg samarbeider fastlegen fortløpende med hjemmetjenesten hos pasienter som har hjemmetjenester (kap. 7).

### **6.6 Demensteamet**

Demensteamet skal bestå av sykepleier(e) og ergoterapeut(er) som har særlige kunnskaper om demens. Demensteamets oppgave er å bistå fastlegene og hjemmetjenesten med å utrede/kartlegge hjemmeboende personer som er eldre enn 65 år, hvor man har mistanke om demenssykdom. Etter avtale med fastlegen, utfører Demensteamet en kartlegging i pasientens hjem, med pasient og pårørende til stede.

Under hjemmebesøk skal pasienten og pårørende få tilbud om oppfølging i form av samtale, informasjon, råd og veiledning hos kommunens demenskoordinator.

I forbindelse med kartlegging og oppfølging er det viktig også å ha fokus på pasientens gjenværende ressurser, for best mulig å kunne understøtte egenmestring.

### **6.7 Demensnettverket**

Demensnettverket i Tromsø kommune består av ressurspersoner fra kommunens demensomsorg, og representerer sykehjem, hjemmetjeneste og dagsenter.

Oppgavene omfatter undervisning og veiledning av kommunalt ansatte og frivillige, samt å bidra med å arrangere samtalegrupper for pårørende.

Nettverket ledes av kommunens demenskoordinator

## **6.8 Regionalt samarbeid**

Det er etablert et nettverk av demenskontakter og demenskoordinatorer fra kommunene Balsfjord, Karlsøy, Storfjord, Lyngen og Tromsø.

Det regionale demensnettverket har felles dagsseminarer med foredrag og diskusjon rundt utfordringer i demensomsorgen i kommunene.

Nettverket koordineres av en ressursgruppe tilknyttet Universitetssykehuset Nord-Norge.

## **6.9 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten**

Det er etablert et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Demenskoordinator har løpende kontakt med det tverrfaglige miljøet ved nevrologisk avdeling, alderspsykiatrisk og geriatrik seksjon ved Universitetssykehuset Nord Norge. Alle disse avdelingene bidrar dels med ambulante tjenester, vurderinger ved poliklinikker, og i samarbeid under innleggelses og ved utskrivning av pasienter. I tillegg er det et samarbeid om fagutvikling. Samarbeidet vil bli utviklet videre.

## **6.10 Samarbeid med Undervisnings- og forskningsinstitusjoner**

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale mellom Tromsø kommune og Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø. Formålet med avtalen er å legge til rette for godt samarbeid innenfor utdanning, forskning og formidling, og skal videre bidra til å levere helsevitenskapelig utdanning, forskning og formidling av høy kvalitet til landsdelen.

Det skal arbeides aktivt for å legge til rette for godt forskningssamarbeid mellom partene, og det enkelte forskningsprosjekt skal reguleres i nærmere avtaler.

Tromsø kommune er representert i instituttstyret for Institutt for helse og omsorgsfag og styringsgruppen og referansegruppen for Senter for omsorgsforskning. Det helsevitenskapelige fakultet er representert i felles styringsråd ved Utviklingscenter for sykehjem (Demensfyrtårnet) og hjemmetjenester i Troms. I dette styringsrådet er også Universitetssykehuset Nord Norge representert.

Samarbeidet må utvikles videre med fokus på demensomsorg i kommunen.

# **7 Hjemmetjeneste**

## **7.1 Tilbud til pasienten**

Hjemmeboende pasienter med demenssykdom får tilbud om hjemmetjenester, og kan få bistand knyttet til problemstillinger ved ernæring, medikamenter, personlig hygiene eller andre av dagliglivets aktiviteter.

Det er viktig at hjelpeapparatet tilbyr kontakt tidlig. Stabilitet og forutsigbarhet er viktig.

Hjemmetjenesten kan tilby dagaktiviteter for å forebygge ensomhet og gi dagen mening. Dette kan også fungere som god avlastning, både for pasient og pårørende.

Støttekontaktordningen kan være et viktig ledd i en helhetlig omsorgskjede. Dette er både et aktivitetstilbud tilrettelagt etter den enkeltes funksjonsnivå og behov, og et tilbud som gir avlastning for pårørende.

Støttekontakter kan øke muligheten for personer med demens og deres pårørende til i større grad å kunne delta i samfunnet og det sosiale liv. Det kan være utfordrende å rekruttere personer som ønsker å være støttekontakter, og å sørge for god opplæring og regelmessig veiledning. Personer med demenssykdom utvikler ofte symptomer som angst, depresjon og vrangforestillinger. Deres funksjonsnivå og graden av symptomene kan påvirkes av miljøet. På bakgrunn av dette er det viktig å gi støttekontakter både opplæring og veiledning for å kunne mestre sin rolle i å tilrettelegge miljøet for den som er syk.

## **7.2 Tilbud til pårørende**

Pårørende har en viktig rolle i demensomsorgen. Det er viktig å anerkjenne pårørendes omsorg for den demenssyke.

Hjemmetjenesten vil kunne støtte pårørende og gi fortløpende informasjon om de tilbud som finnes i kommunen

Av hensyn til pårørende er det også viktig å tilstrebe stabilitet og forutsigbarhet. Det bør være faste personer som yter hjelpen.

Kommunen kan tilby praktisk hjelp til rengjøring, handling eller personlig stell av den syke. Det er kommunen som i samarbeid med bruker og pårørende bestemmer hvilke tjenester som skal gis.

## **8 Dagaktivitetstilbud**

### **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 – Den gode dagen»)**

Dagaktivitetstilbud for personer med demenssykdom har som formål å aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager. Det vil samtidig kunne avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at familie og ektefelle kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon. I tillegg er dagsentrene en god arena for observasjon og kartlegging.

Både nasjonale og internasjonale undersøkelser viser at spesielt tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens kan være både kostnadseffektive og gi hensiktsmessig og helt nødvendig avlastning for familien. Om lag halvparten av personer med demens i Norge bor utenfor institusjon. Til tross for dette er det bare om lag 9,3 % av de hjemmeboende som har [et tilrettelagt dagtilbud](#).

Det er en utfordring å bygge opp et tilrettelagt dagaktivitetstilbud til alle som har behov for det i Tromsø kommune. Et riktig tilrettelagt dagtilbud vil kunne være et viktig element i samspillet med de pårørende og bidra til å forebygge og utsette behov for institusjonsplass.

Når planperioden er over i 2015 er det et mål fra Regjeringen at alle landets kommuner skal kunne tilby et tilrettelagt dagaktivitetstilbud for personer med demens, enten i eget hjem, i sykehjem eller som dagsentertilbud (Demensplan 2015). Målet er å innføre en lovfestet plikt for kommuner til å tilby dagtilbud til personer med demenssykdom.

Videre er det et mål at omsorgstjenesten skal ha et større faglig repertoar å spille på, med økt vekt på aktivisering, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. Det er og et mål at kultur, trivselstiltak, måltider og hverdagslivets aktiviteter har økt oppmerksomhet.

Dagtilbudene i Tromsø kommune er organisert under de ulike hjemmetjenesteenhetene; Fastlandet, Nordøya, Sentrum og Kvaløya. Tilbudene varierer både med hensyn til prioritering, dekningsgrad, faglig profil og bemanningsnivå.

Demensplan for Tromsø kommune gir føringer for den faglige kvaliteten og for dimensjonering av tilbudet for kommunen som helhet.

## **8.1 Brukerens behov**

For brukeren selv er det verdifullt å ha en arena hvor man opplever mestring, stimulering og fellesskap i trygge omgivelser. Tilbudet skal gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager.

Sykdomsforløpet varierer betydelig fra person til person. Det er nødvendig å ta hensyn til individuelle behov for å kunne lage et godt tilbud. Personer med demenssykdom er sårbare og tåler i liten grad å bli overlatt til seg selv. Det er viktig at de hele tiden opplever å bli sett og verdsatt, og det er viktig å bygge gode relasjoner med personalet. En slik tilnærming er nødvendig for at personer med demenssykdom skal kunne nyttiggjøre seg et dagtilbud.

## **8.2 Bemanning**

Det krever tid, kunnskap og etisk refleksjon hos personalet å etablere og drive gode dagaktivitetstilbud. Personalets aktive tilstedeværelse er viktig. Det forutsetter at man må ha tilstrekkelig mange ansatte, med tilstrekkelig faglig kompetanse.

De fleste av kommunens nåværende dagsentrer er lavt bemannet i forhold til de oppgaver de skal løse. Det er kun 2-3 ansatte som gir et tilbud til 12 – 15 daglige brukere. Dette er ofte for lite til å kunne gi et godt faglig tilbud.

Et tilstrekkelig godt bemannet dagsenter med et riktig faglig tilrettelagt tilbud kan gi gode tjenester til personer med langtkommet demenssykdom, og redusere behovet for hjemmetjenester og institusjonsopphold.

### **8.3 Pårørendes behov**

Mange pårørende har et omsorgsansvar 24 timer i døgnet og trenger avlastning av hensyn til egen helse, og for å kunne fortsette å gi omsorg. Noen pårørende er avhengige av et dagaktivitetstilbud for selv å kunne være yrkesaktive. Dagtilbudet bør være forutsigbart og fleksibelt, og tilbudet må kunne utvides for enkeltbrukere når spesielle behov oppstår. Ved akutt økt behov, for eksempel hvis pårørende ikke har fått sove pga. omsorgssituasjonen, bør dagsenteret være fleksibelt og ta imot brukeren på kort varsel til situasjonen er stabilisert.

Pårørende vil bli trygget i sin krevende omsorgssituasjon når de vet at de får nødvendig hjelp når behovet melder seg.

### **8.4 Tilrettelagt tilbud for personer med demenssykdom**

De fleste hjemmeboende med demenssykdom som deltar i dagaktivitetstilbud er i en tidlig fase av sykdommen.

Erfaringer fra en driftsmodell i Tromsø kommune viser at dersom bemanningen og lokalitetene er gode, kan personer med demenssykdom integreres med andre dagsenterbrukere. Det viser seg i praksis at personer med demenssykdom har behov for og glede av det meste dagtilbudet kan by på (sosial stimulering, humor, livsglede, trim og måltider i fellesskap).

Erfaringer i Tromsø kommune viser at det er gunstig at en person med demens tidlig får gode relasjoner til et dagsenter med kjent personale. Da kan tilbudet lettere opprettholdes og økes når sykdommen utvikler seg. Dersom tilbudet etableres senere i sykdomsutviklingen, kan det ofte være mer krevende å skape gode relasjoner.

### **8.5 Forventet økning i behov**

Beregninger gjort på bakgrunn av forekomst av demens i ulike aldersgrupper og forventet befolkningsutvikling i Tromsø kommune, viser at kommunen vil ha en betydelig økning i antall personer med demenssykdom, fra ca. 577 personer i 2010 til 664 personer med demens i 2015 jfr. kap. 1.4. Siden dekningsgraden skal økes (jfr Demensplan 2015), samtidig som forekomsten av demens øker, vil det være nødvendig å øke dagaktivitetsplasser betydelig i årene framover. Regjeringen anslår at 75 % av de med demenssykdom vil ønske et dagsentertilbud, og legger til grunn at hver plass benyttes av om lag 2,5 brukere per uke

(Demensplan 2015 «Den gode dagen» Revidert handlingsprogram for perioden 2012–2015). Dette betyr at Tromsø kommune vil trenge 200 dagplasser til personer over 65 år med demens i 2015.

Yngre personer med demenssykdom, bør ha et tilbud om dagaktivitet/dagsenter hver dag, se kap. 10.1.

Regjeringen har etablert et eget [øremerket stimuleringsstilsudd](#) til etablering av dagaktivitetsplasser i kommunene fra og med 2012. Tromsø kommune vil etablere et nytt, større dagsenter for eldre og personer med demens i 2012.

## 9 Omsorgsbolig og sykehjem

### 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 kognitiv svikt.**
  - **Skal kapasiteten av avlastningstiltak ha økt betydelig og dagaktivitetstilbud ha blitt et sentralt ledd i tiltakskjeden til mennesker med demens og deres pårørende.**
  - **Skal legetjenesten i sykehjem være betydelig styrket.**
- («Demensplan 2015 – Den gode dagen»)

Tromsø kommune arbeider for at alle personer med hjelpebehov skal kunne bo hjemme så lenge det er ønskelig og forsvarlig. I [Handlingsplan for eldreomsorga](#) heter det: ”Ei av dei sentrale målsettingane for tenesta, er blant anna at ingen skal bli fråteken oppgåver som dei kan utføra sjølv. Det er dette som ligg i prinsippet om lågast mogleg effektive omsorgsnivå, det såkalla LEON - prinsippet. Tilbodet skal vere innretta slik at den enkelte kan bu heime så lenge som ynskjeleg.”

Begrepet ”hjemme” refererer til eget hus, leilighet, privat bofellesskap eller omsorgsbolig.

Det er forskjellige regelverk og forskjellige økonomiske rammebetingelser for tjenester i institusjon og tjenester som ytes i brukerens egen bolig, inkludert omsorgsbolig

Sykehjem er definert som institusjon, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I institusjon betaler brukeren inntil 85 % av sin inntekt i vederlag for institusjonsplassen (begrenset oppad til kommunens selvkost). Beboerne betaler ikke annen form for husleie, og har heller ikke utgifter til medikamenter, legebeseøk eller behandling hos fysioterapeut.

I omsorgsbolig betaler ikke brukeren en fast andel av sin inntekt. Dermed beholder brukeren en selvstendig økonomi, og betaler selv sine utgifter. Hjemmeboende brukere (inkludert beboere i omsorgsbolig) omfattes av økonomiske skjermingsordninger som bostøtte,



medisiner på blå resept og egenandelstak for helseutgifter, slik at noen av utgiftene dekkes av staten.

Tromsø kommune har i dag 374 sykehjemsplasser. Det er 217 omsorgsboliger for eldre i Tromsø kommune. Ca. 10 % av disse plassene er bygget som bogrupper. Tromsø kommune har vedtatt at ”smått er godt” skal være et prinsipp ved bygging av omsorgsboliger og sykehjem. Det innebærer at det bygges små enheter med plass til 8 – 10 personer som fungerer i et fellesskap. For at disse enhetene skal være tilpasset personer med demens, må det også være ansatt tilstrekkelig kvalifisert personale som ivaretar beboerne hele døgnet.

### **9.1 Omsorgsboliger for personer med demenssykdom**

Sykdomsutviklingen er av en slik karakter at personer med demenssykdom bør ha en bolig som er oversiktlig og gjenkjennbar så langt ut i livsløpet som mulig. Å bo i kjente omgivelser skaper forutsigbarhet og trygghet. Flytting kan noen ganger være nødvendig, og må gjennomføres etter nøye planlegging. Dersom personen med demenssykdom skal flytte fra egen bolig til omsorgsbolig, stiller det krav til utforming og personalressurser.

Det er viktig å være oppmerksom på at omsorgsbolig ikke er et alternativ til sykehjem for personer med demenssykdom dersom visse deler av pasientrettighetsloven slik den er i dag, må tas i bruk. Tvangstiltak som å låse dørene i boligen for å hindre at personen med demenssykdom går ut alene, er kun tillatt i institusjon (Se kap.12.)

### **9.2 Sykehjem for personer med demenssykdom**

I dag har nesten 80 % av alle som bor i norske sykehjem en demenslidelse, og demens er ofte årsaken til at pasienter som mottar hjemmetjenester ikke kan fortsette å bo i eget hjem/omsorgsbolig.

#### **9.2.1 Korttidsplass for personer med demens**

Korttidsplass er sykehjemsplass for en avgrenset tidsperiode. Tilbudet bør være tilrettelagt med aktiviteter og et innhold i dagen som er tilpasset personer med demens. Korttidsplasser kan også brukes til kartlegging av funksjonsnivå og bidra ved utredning av demens i samarbeid med hjemmetjenesten og fastlege. Noen plasser brukes for å avlaste pårørende ved behov, og noen har tilbud om faste perioder med avlastning (rullerende avlastning).

#### **9.2.2 Langtidsplass for personer med demens**

Ved flytting fra eget hjem vil personer med demenssykdom ha behov for trygge og forutsigbare rammer. Flere av de institusjonene vi har i dag er ikke bygget for denne målgruppen. Demenssykdom kjennetegnes av svikt i hukommelse, oppmerksomhet, steds- og tidsorientering, og forståelse for rom og retning. Nye sykehjem tar hensyn til disse behovene, og bygges nå de fleste steder med små og oversiktlige enheter med private arealer for den enkelte og tilrettelagte arealer for sosialt fellesskap, samt direkte tilgang til tilpassede uteareal.

I Tromsø kommune er det tilrettelagt for personer med demens så langt det er mulig innenfor aktuell bygningsmasse. Sykehjemmene har varierende alder og er utformet ulikt. Nye sykehjem vil være tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt.

«Omsorgstjenesten Jadeveien» er et sykehjem med 40 plasser som er spesielt tilrettelagt for pasienter med demenssykdom.

Bemanning skal være tilpasset ved at det tilsettes helsepersonell med faglig kompetanse (kap. 14). Tilstrekkelig personale skaper trygghet for pasientene, og gir personalet mulighet for å utvikle gode faglige løsninger.

I Norge anbefales større grad av differensiering av plasser i institusjon for personer med demenssykdommer, fordi det gir mulighet for å ha ulike bemanning i ulike tilbud tilpasset den pasientgruppen avdelingen skal gi omsorg til. Erfaringer fra slike differensierte institusjonstilbud i Norge er at pasienter lettere slår seg til ro og trives bedre.

For å kunne gi den enkelte den rette omsorgen vil det ofte bli nødvendig med flytting mellom avdelinger i institusjon. Noen ganger er det behov for forsterket skjermet avdeling når atferden endrer seg.

### **9.2.3 Forsterket skjermet avdeling**

Atferden vil oftest endre seg i løpet av sykdomsutviklingen. I en del tilfeller vil den endrede atferden være utfordrende å forholde seg til for pårørende og for helse- og omsorgspersonell, og kan være vanskelig for pasienten selv. Det kan dreie seg om atferd i form av sinne som er uforståelig for andre, vandring, roping eller agitasjon.

I noen tilfeller vil atferden være av en slik karakter at disse personene trenger et spesielt tilrettelagt tilbud. En forsterket skjermet avdeling vil da kunne være det riktige tilbudet. Kompetansen hos personalet må være slik at personen med endret atferd blir ivaretatt på en faglig god måte. God grunnutdanning, intern skoling og stabilitet i personalgruppen er forutsetninger for å gi denne pasientgruppen et godt tilbud. Det vil være behov for høyere bemanning enn ved andre avdelinger.

Tromsø kommune har fem slike plasser på avdeling Strimmelen ved Omsorgstjenesten Jadeveien. Denne avdelingen har et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten, slik at sykehusinnleggelse kan unngås så langt det er mulig. Med økende forekomst av demens i kommunen, vil behovet for plasser i forsterket skjermet avdeling øke.

### **9.2.4 Legetjenesten i sykehjem**

En styrket legetjeneste i sykehjem er viktig for å sikre riktig utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter med demens.

Tromsø kommune har vurdert behovet for legetjenester i sykehjem, og kommunestyret har fastsatt følgende norm ([Kommunestyresak 43/08](#)):

- 1 uketimer pr 3 langtidsplasser
- 2 uketimer pr korttidsplass for opphold av 3 - 4 ukers varighet
- 3 uketimer pr 1 rehabiliteringsplass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold.
- 1 uketimer pr 2 plasser i spesialavdelinger for personer med demenssykdom med atferdsproblemer.

- 5 uketimer pr plass med spesielt beregnet for palliativ behandling og/ eller terminalomsorg.

Siden normen ble vedtatt har det vært en viss økning av antall legetimer på sykehjem i Tromsø kommune, men normen er ikke nådd pr. 31.12.2011.

Normen understreker at Tromsø kommune legger vekt på at det er behov for mer legetjenester ved spesialavdelinger for personer med demenssykdom med endret adferd, enn ved flere andre typer sykehjemsavdelinger.

Det er ønskelig med flere leger i større stillinger i sykehjemmene for å ivareta kontinuitet i pasientbehandlingen, samarbeid med pårørende og deltakelse i fagutvikling. Noen kommuner har prøvd ut vaktordninger for sykehjemsleger, og ordninger for økt tilgjengelighet kan vurderes i Tromsø kommune.

## **10 Personer med demenssykdom med særskilte behov**

### ***10.1 Yngre personer med demenssykdom.***

Demens er en lidelse som øker i forekomst i høyere aldersgrupper. Personer med demenssykdom som er under 65 år betraktes som «yngre». I 2009 var det omtrent 15 personer i denne alderen med demenssykdom i Tromsø kommune. Flere av disse var under 60 år.

På landsbasis er to tredjedeler av de som får en demenssykdom før 65 år i arbeid på det tidspunkt demenssymptomene blir merkbare. De fleste er imidlertid ute av arbeid på det tidspunkt diagnosen stilles, og har allerede tapt viktige roller. Det er et problem at det ofte tar mange år før demensdiagnosen blir stilt. Økt oppmerksomhet hos fastleger om at demenssykdom også forekommer før pensjonsalder, vil kunne bidra til at det går kortere tid fra de første symptomene melder seg til diagnosen stilles, og riktige tiltak kan iverksettes tidligere.

Yngre personer med demenssykdom bør raskt få utarbeidet en Individuell plan (se kap 6.3). Dersom arbeidet med Individuell plan kommer i gang tidlig, gir dette mulighet for at personen selv kan bidra aktivt i prosessen.

I tidlig fase trenger mange yngre personer med demenssykdom et dagaktivitetstilbud der roller fra arbeidslivet kan opprettholdes. I Tromsø kommune ønsker vi å utvikle slike tilbud i samarbeid med aktuelle aktører.

[Yngre personer](#) trenger en tiltakskjede som er noe forskjellig fra tiltakskjeden for eldre personer med demens. Tiltakskjedene må kunne kobles sammen dersom tidsaspektet og sykdomsutviklingen tilsier at dette er mulig. Man kan se for seg en modell der ulike tilbud finnes i samme bygg: Dagtilbud, natt-tilbud, heldøgns avlastning, og permanent langtidsplass.

## **10.1.1 Senter for yngre personer med demens**

Høsten 2011 ble «Senter for yngre personer med demens» etablert i Tromsø. Dette består av dagtilbudet «Møteplassen» med 5-6 plasser, og døgntilbudet «Geitrams» med 7 plasser, og er lokalisert til Sør-Tromsøya sykehjem.

Dette tilbudet har blitt etablert parallelt med utarbeidelse av Demensplan for Tromsø kommune.

### ***10.1.1.1 Dagtilbudet «Møteplassen»***

Formålet er:

- Å tilby en møteplass for unge personer med demenssykdom som base for ulike tilbud og aktiviteter.
- Å kartlegge behov og utvikle modeller for hvordan tilrettelegge tilbud til personer i denne gruppen.
- Å utvikle kunnskap og kompetanse og dermed handlingsrom i denne tjenesten etter hvert som behov melder seg
- I tillegg er det viktig at tilbudet fungerer som en avlastning for pårørende

Det er viktig at tilbudet varer en hel arbeidsdag og avsluttes med en felles middag.

Det vil være behov for 6 – 8 plasser fem dager i uka. Antallet brukere vil kunne variere over tid.

Behovet kan komme til å øke dersom kunnskap om forekomst av demens hos yngre fører til at flere blir diagnostisert.

### ***10.1.1.2 Tilrettelagt institusjonstilbud for yngre personer med demens***

Yngre personer med demens trenger et tilrettelagt institusjonstilbud. Yngre personer vil lettere kunne finne seg til rette sammen med andre i samme aldersgruppe, og det vil også kunne bidra til at pårørende treffer andre pårørende i samme livsfase. Døgntilbudet «Geitrams» er fleksibelt og fungerer som en felles sosial arena både for de som har behov for dagtilbud, natttilbud (enkeltnetter), korttidsplass og langtidsplass.

#### ***10.1.3.1 Korttidsopphold***

Brukere av dagsenteret (og andre) kan få tilbud om fast rullerende avlastning. Omgivelsene og personalet vil da være kjent, og det sosiale fellesskapet med de andre på dagsenteret kan fortsette på dagtid.

#### ***10.1.3.2 Langtidsopphold***

Det er viktig at unge personer med demenssykdom har sin egen leilighet når det blir behov for heldøgns omsorg og pleie, slik at det er tilrettelagt for privat sosialt liv og samvær med familie. Noen yngre personer med demenssykdom er enslige og lever alene. Disse vil kunne få behov for å flytte til langtidsavdeling tidligere i sykdomsforløpet enn pasienter som har pårørende med mulighet for å bidra. Andelen enslige personer i vårt samfunn er økende, det er viktig å planlegge for denne gruppen.

## 10.2 Urfolk og minoriteter

God kommunikasjon er en forutsetning for å utrede, avdekke og diagnostisere demens. Kunnskap om den andres språk og kultur gjør kommunikasjon mulig, og flerkulturell forståelse minsker muligheten for kommunikasjonsproblemer. Retten til et tilpasset tilbud er nedfelt i internasjonale konvensjoner og i norsk lovverk.

Ved utvikling av demens kan personen miste sitt andre språk, og for samer og minoriteter kan dette medføre at norskerdighetene går tapt og kommunikasjonsvansker kan oppstå.

### 10.2.1 Personer med demenssykdom med samisk bakgrunn

Samene er anerkjent som urfolk og som minoritet av Norge og av FN. Retten til tilpassede tjenester begrunnes i samelovens språkregler, i pasient- og brukerrettighetsloven, og i helsepersonelloven. Til grunn ligger også et menneskerettsperspektiv. Dette er forankret i internasjonale rettsregler og normer Norge har sluttet seg til. Det er særlig grunn til å trekke fram [ILO-konvensjonen nr. 169](#) om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater.

Kunnskap og kompetanse om utredning, diagnostisering og behandlings- og omsorgstiltak for personer med demens som har samisk språklig og kulturell identitet er fortsatt lav. Det trengs derfor opplysninger og informasjon til pasienten selv, deres pårørende, helse- og omsorgspersonell og allmennheten.

Personer som har samisk som førstespråk, kan komme til å miste sitt andrespråk, norsk, i løpet av sykdomsutviklingen. Dersom det ikke finnes helse- og omsorgspersonell som har kunnskap om samisk språk og kultur, kan dette bidra til forvirring, og økt funksjonssvikt hos den syke.

Norsk helse- og omsorgstjeneste er i dag tilpasset norsk kultur. Bidrag fra helse- og omsorgstjenesten vil kunne virke fremmed for en pasient med samisk språklig og kulturell identitet. Dette gjør at det tidligere enn ellers blir vanskelig å orientere seg i miljøet, og personen kan bli mer avhengig av hjelp.

I den samisktalende befolkningen er demenssykdom et vanskelig tema. Dette beror i hovedsak på kulturelle forhold. Gamle nyter stor respekt på bakgrunn av livserfaring og kunnskap, og er stolte av å kunne dele dette med de yngre. Den som får en demenssykdom, kan derfor miste status. Demenssykdom er tabubelagt. Demens på samisk er ”hovkkidit”. Det betyr at man nærmest er blitt gal. Demensforeningens styre i Karasjok foretrekker ”[muittohuvvot](#)” i stedet, som betyr å bli glemsk.

Ved utredning av personer med samisk bakgrunn bør det brukes tolk. Ofte kan det være behov både for språkmessig og kulturell tolk, siden det også er store forskjeller innad i den samiske befolkningen avhengig av tilhørighet. En utredning kan ta lang tid, da det er mange kulturelle normer som skal respekteres og følges. [Utredningsverktøy som er spesielt tilpasset den samiske befolkning](#) har vært prøvd ut ved [Nasjonalt utviklingscenter](#) for sykehjemstjenester til den samiske befolkningen.

[Samisk Demenstelefon](#) er et tilbud til samisktalende som trenger noen å snakke med om demens, enten de er pårørende eller selv har sykdommen.

## 10.2.2 Personer med demenssykdom fra etniske og nasjonale minoriteter

Demenssykdom hos personer med minoritetsbakgrunn har ikke hatt tilstrekkelig oppmerksomhet i Norge. Det finnes få studier som belyser etniske gruppers spesifikke behov.

Begrepet [minoritet](#) brukes om folkegrupper som utgjør et mindretall i en befolkning. [Nasjonale minoriteter](#) betegner grupper med langvarig tilknytning til landet. I Norge er dette kvener, jøder, skogfinner, rom (sigøynere) og romanifolk/tatere.

Betegnelsene innvandrer benyttes om personer som selv har innvandret, og som har to utenlandsfødte foreldre.

Begrepene «kultur», «identitet» og [«etnisitet»](#) står i et nært forhold til hverandre.

Kulturbegrepet anvendes ofte slik at mennesker som tilhører en nærmere avgrenset gruppe, har visse felles kjennetegn (språk, religion, moralnormer etc.) som andre grupper ikke har, eller ikke har i samme grad. Også identitetsbegrepet er et uttrykk for slike felles kjennetegn; når gruppetilhørigheten blir tilstrekkelig sterk, vil den enkeltes identitet være knyttet til vedkommende gruppe, eller om man vil, vedkommende kultur. Etnisk identitet er på sin side knyttet til tilsvarende variabler som kultur- og identitetsbegrepene, slik som «rase», hudfarge, avstamning, religion etc., men betegner i tillegg relasjonene mellom ulike grupper og identiteter.

Etniske minoriteter inkluderer barn av innvandrere som er født i Norge, og andre som har bakgrunn fra et annet land men som er født og oppvokst i Norge.

Som hos samer, bruker andre etniske minoriteter i liten grad betegnelsen «demens». Dette kan skyldes flere forhold, bl.a. annen sykdomsoppfattelse og frykt for stigmatisering. Helse- og omsorgstjenesten må derfor ha kunnskap om både sosiale og kulturelle forhold, i tillegg til å ha kunnskap om sykdommen demens.

Sykehjem og omsorgsboliger kan virke fremmed på personer med minoritetsbakgrunn. Kosthold er i liten grad tilrettelagt for etniske minoriteter. Ved behov for hjelp med personlig hygiene vil det kunne være vanskelig å akseptere en hjelper av motsatt kjønn. Institusjonene har i liten grad vært vant til å legge til rette for personer med andre trosretninger enn den kristne.

Metoder som ofte brukes i demensomsorgen kan være uegnet for personer med flyktningebakgrunn. En alminnelig og utbredt metode i forhold til personer med demens er reminisensmetoden - dvs. at man hjelper personen med en demenssykdom til å huske fortiden og at denne erindringen kan fremkalles ved hjelp av gjenstander, gamle fotografier, m.m. De som har kommet til landet som flyktninger fra krig og tortur kan ha brukt det meste av et voksenliv på nettopp å glemme fortiden.

Blant eldre fra etniske minoriteter vil det være en kombinasjon av «opprinnelige» og «nye» verdier og vaner. Det er store variasjoner mellom og innad i de enkelte minoritetsgrupper med hensyn til hvordan deres levesett er preget av kulturene i henholdsvis opphavslandet og det nye hjemlandet. Dette vil virke inn på deres ønsker om og behov for tilpasning av tjenester og tilbud.

Arbeidsplasser i helse- og omsorgstjenestene blir i økende grad flerkulturelle. Dette mangfoldet kan fungere som en ressurs i forhold til kulturforståelse, men det fordrer en aktiv



personalpolitikk, faglige diskusjoner og åpenhet i forhold til forskjellighet. Et minoritetsperspektiv krever bevissthet om den kultur som ligger til grunn for praksis, og det tjenestetilbud som er utviklet i majoritetsbefolkningen. God språkopplæring og kompetanseutvikling blir sentrale temaer.

Rekruttering av besøksvenner og støttekontakter fra ulike minoritetsgrupper vil også kunne bidra til en bedre omsorg for personer med minoritetsbakgrunn.

## 11. Omsorg for pårørende

### 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 – Den gode dagen»)

Det er ofte de pårørende som observerer de første symptomene og blir konfrontert med den enkeltes angst og usikkerhet. Å være familieomsorgsgiver for en person med demens, kan være svært belastende. Helse- og omsorgstjenestens samarbeid med pårørende er grunnleggende både for å skape kvalitativt gode tjenestetilbud til den enkelte, og for å avlaste pårørende. Omsorgslønn og avlastning er ordninger som skal legge til rette for privat omsorgsarbeid fra pårørende og andre når dette blir regnet som det beste for brukeren.

### 11.1 God pårørendeomsorg

God pårørendeomsorg kjennetegnes av:

- Enkel tilgang til informasjon for befolkningen generelt.
- Tidlig utredning og diagnose.
- Pårørendeskole og samtalegrupper.
- Jevnlig oppfølging av både den demenssyke og pårørende under sykdomsforløpet.
- Tilpasset dagaktivitetstilbud.
- Avlastning ved behov. Hjemme eller i tilpassede avdelinger for personer med demens på sykehjem.
- God informasjon ved flytting til omsorgsbolig eller sykehjem, også ved korttidsopphold.
- Støtte og informasjon under hele oppholdet på sykehjemmet.

## **11.2 Kunnskap**

Pårørende trenger kunnskap om demenssykdommen, aktuell behandling og tilgjengelige støttetiltak, og de må trekkes med i utredning og diagnostisering. De pårørende sitter inne med viktige opplysninger om hvordan pasienten fungerte før han/hun begynte å få symptomer på kognitiv svikt. De kan fortelle hvordan sykdommen har utviklet seg og gi viktig informasjon om hvordan medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingstiltak virker. Pårørende må tas med og gis reell brukermedvirkning når behov for hjelp fra omsorgstjenester skal tilrettelegges, og de må kunne delta i evalueringen av tiltakene.

Informasjon er meget viktig, særlig i en tidlig fase av sykdommen, men også gjennom hele sykdomsforløpet. Det er viktig at det finnes et godt kjent lavterskeltilbud i kommunen der pårørende kan henvende seg med sine bekymringer når en av de nærmeste endrer adferd og viser tegn på demens. Dette må være et tilbud der de kan få god veiledning og informasjon om sykdommen og hjelpeapparatet. I Tromsø kommune ivaretas dette av demenskoordinator (se kap 6.2). Pårørende vil også på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen ha god nytte av å delta på pårørendeskole og i samtalegrupper (se kap. 11.5). Den informasjonen som blir gitt der vil kunne gi en bedre forståelse av sykdomsutviklingen og for den demenssykes oppførsel og reaksjoner. Dette vil kunne bidra til at både den som er rammet av sykdommen og de pårørende får et bedre liv og kan utsette flytting til sykehjem.

## **11.3 Pårørende har ulike behov**

Pårørende er en sammensatt gruppe og har forskjellige behov. Alder, kjønn, tilhørighet, arbeidssituasjon, språk og kulturbakgrunn har betydning for pårørendes behov for hjelp og støtte. Pårørendes medvirkning er avgjørende for å kunne tilrettelegge tjenestene og særlig for tilrettelegging av hjemmemiljøet. Pårørende kan reagere med sorg over å gradvis "miste" sin ektefelle, mor eller far, og samtidig får de flere krevende oppgaver, både når det gjelder omsorg og ivaretagelse av forholdet.

Det er godt dokumentert at å være familieomsorgsgiver for en person med demens øker risikoen for helseskader. Det er i første rekke de atferdsmessige endringene og de psykiatriske symptomene ved demens som belaster pårørende. I tidlig sykdomsfase vil de fleste pårørende takle situasjonen bra. Mange opplever det som en lettelse at den syke får en klar diagnose, mens andre reagerer med fortvilelse. Særlig yngre ektefeller kan føle en stor belastning når drømmer og planer for fremtiden må skrinlegges.

Voksne barn kan slite med frykt for at sykdommen skal ramme dem selv.

Mindreårige barn vil ha særskilte utfordringer. Endringer i Helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten fra januar 2010 skal sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar det informasjons- og oppfølgingsbehov [mindreårige barn som pårørende](#) har. Tromsø kommune har etablert «Barneansvarlig» ved Tildelingskontoret.

## **11.4 Endring i behov**

Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil belastningen for de pårørende øke, og det vil bli behov for flere tjenester, som hjemmetjenester, dagaktivitetstilbud og avlastning i form av korttidsopphold, avlastning i hjemmet og/eller støttekontakt. Det er viktig å ta hensyn til at pårørende har kunnskap om egen belastning. Samarbeidet må ta utgangspunkt i det de ønsker

å få hjelp med, og ikke være en fastlagt kjede av tiltak for alle pårørende. Pårørende trenger kjennskap til et knippe av tiltak som de kan benytte seg av.

For å forhindre at de pårørende sliter seg ut i en meget krevende livssituasjon, bør det gjennomføres programmerte hjemmebesøk fra demensteamet f.eks. hvert halvår (se kap. 6.5), slik at man kan danne seg et best mulig bilde av utviklingen og dagens situasjon både for den demenssyke og for pårørende. Kontakten med fastlegen og hjemmetjenesten må ivaretas. Belastningen for de pårørende opphører ikke når den syke flytter til et sykehjem. De fleste har dårlig kjennskap til hvordan livet ved et sykehjem er, eller de kan ha et negativt bilde av dette. Mange kan derfor få en opplevelse av å ha sviktet den syke når fast plass på sykehjem etter hvert blir nødvendig. Savnet av en ektefelle eller foreldre vil da kunne oppleves enda sterkere. Riktig og god informasjon om sykehjemmet og mulighetene for fortsatt kontakt med den syke er derfor meget viktig snarest etter innflyttingen. Det er spesielt viktig med informasjon om tider for besøk, personlig møblering av rom, deltakelse i omsorgen og muligheten for å ta ham/henne med ut eller på besøk til hjemmet.

Pårørende vil kunne være en ressurs for sykehjemmet, og er den viktigste kilden for informasjon om pasienten. De må derfor oppmuntres til å ta med bilder, fortelle om bakgrunn, oppvekst, arbeid, hobbyer, preferanser og andre interesser. Dette er viktig informasjon for å gi personalet ved sykehjemmet best mulig grunnlag for å kunne kommunisere med den demenssyke etter hvert som sykdommen utvikler seg.

Under hele oppholdet skal nærmeste pårørende ha informasjon om sykdomsutviklingen, medisiner og annen behandling, og om pasientens generelle tilstand. Oppfølging av pårørende bør også fortsette etter at den syke har gått bort.

### **11.5 Pårørendeskole**

Tromsø kommune har drevet pårørendeskole siden 2007 i samarbeid med Tromsø demensforening, Universitetssykehuset Nord Norge, og Videreutdanning i eldreomsorg ved Universitetet i Tromsø. Tilbudet har blitt evaluert som svært godt. Tilbudet skal fortsette, og vil for fremtiden være forankret i Tromsø kommune ved Tildelingskontoret, gjennom Demenskoordinator.

Det skal arrangeres pårørendeskole en gang hvert år. Det er utarbeidet en mal for hvordan drive pårørendeskole som Tromsø kommune følger.

### **11.6 Samtalegruppe for pårørende**

Demensnettverket og Tromsø demensforening samarbeider om å arrangere samtalegruppe for pårørende til personer med demens. Personene blir rekruttert fra gruppen som har deltatt på pårørendeskolen om høsten, blant medlemmer i Demensforeningen og pårørende som demenskontakten har kommet i kontakt med. Dette samarbeidet vil fortsette gjennom felles initiativ fra Demensforeningen og demenskoordinator.

## **12 Helsehjelp til pasienter som motsetter seg helsehjelpen**

Å yte helsehjelp som pasienten motsetter seg dette, er et inngrep i pasientens selvbestemmelsesrett. Det er en faglig og etisk utfordring for helsepersonell å tilrettelegge

helsehjelpen slik at respekten for personen med demenssykdom sin integritet og verdighet ivaretas.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 4-6 om helsehjelp til myndige personer som mangler samtykkekompetanse og som i tillegg motsetter seg helsehjelpen ([kapittel 4A](#)) er aktuelle regler for personer med demens. Bestemmelsene gjelder somatisk (fysisk) helsehjelp til personer med demens, men undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke kan bare skje etter [psykisk helse helsevernloven](#).

Formålet med lovbestemmelsen er å yte nødvendig helsehjelp, hindre vesentlig helseskade og begrense bruk av tvang. For å gi god helsehjelp til personer med demens, hvor tvang skal brukes i minst mulig grad, skal Tromsø kommune drive kontinuerlig undervisning om dette. Etisk refleksjon, fokus på den demenssykes opplevelse av situasjonen, og kunnskap om pasient- og brukerrettighetsloven er sentralt. Tillitsskapende tiltak og en personsentrert omsorg skal være kjennetegnet på Tromsø kommune sitt møte med personer med demenssykdom.

### **13 Samarbeid med frivillige**

Samarbeid med frivillige organisasjoner, grupper og enkeltpersoner har en lang tradisjon i eldreomsorgen i Tromsø kommune. I mange år har det vært arrangert sosiale tilstelninger for beboere på sykehjem og for hjemmeboende eldre. Ved flere sykehjem har det vært grupper av pårørende som har arbeidet med trivselstiltak for beboerne.

I de senere år har en del frivillige organisasjoner fokusert sin innsats spesielt mot personer med demens. Siden 2002 har kommunen hatt et samarbeid med [Nasjonalforeningen Tromsø demensforening](#) (Demensforeningen) om å arrangere samtalegruppe for pårørende.

Det er noen områder som peker seg ut for videre samarbeid mellom kommunen og frivillige når det gjelder demensomsorg.

- Sosiale tilstelninger, kulturtilbud, utflukter og erindringskafé for personer med demenssykdom og deres pårørende
- Pårørendeskole hver høst.
- Samtalegrupper for pårørende til personer med demens.
- Åpne arrangement hvor kommunalt ansatte informerer om demenssykdom og demensomsorgen i kommunen.
- Medlemsmøter hvor kommunalt ansatte holder innlegg i lokale foreninger og andre fora når dette kan bidra til økt kunnskap om og forståelse for demenssykdom i befolkningen.

Klare avtaler om ansvarsfordeling når det gjelder litt større arrangement er en forutsetning for godt samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner. Demenskoordinator (kap 6.2) er kommunens kontaktperson for frivillige organisasjoner i demensomsorgen.

## 14 Kompetanse

### 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.
- 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 høgskoleutdannet personell og personell med videregående utdanning være utvidet i tråd med Kompetanseløftet 2015.
- skal omsorgstjenesten ha et større faglig repertoar å spille på, med økt vekt på aktivisering, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid

(«Demensplan 2015 - Den gode dagen»)

God omsorg oppstår i samspillet mellom personell, og mellom personell og brukere og deres pårørende. Kvaliteten bestemmes av helse- og sosialpersonellens kunnskaper, ferdigheter, holdninger og personlige egenskaper. Kompetanseutvikling handler om mer enn utdanning og kurs. For at personalet skal kunne ha mulighet for å videreutvikle sin grunnleggende kompetanse, og ha mulighet for å ta i bruk kunnskap de får ved videreutdanning, er det viktig med en kultur som er åpen for kunnskap på alle plan. Dette er et lederansvar.

Demensplan 2015 påpeker at kunnskapsgrunnlaget for det personell som skal arbeide med personer med demenssykdom skal utvides og styrkes gjennom forskning og utviklingstiltak. I tillegg bør ansatt få tilbud om grunnopplæring og videreutdanning.

Tromsø kommune har vedtatt en egen [Strategiplan for rekruttering og kompetanse i pleie og omsorgstjenesten 2010-2030](#), som bl.a. sier: «Demografiske og epidemiologiske framskrivninger belyser flere utviklingstrekk for fremtiden. I tillegg til en forventet vekst i antall eldre og nedgang i andel yrkesaktive, forventes en økning i livsstil- og aldersrelaterte sykdommer som kols, demens, diabetes, overvekt, rus og psykiatriske lidelser og kreft. Dette gir et bilde som både krever behov for økt personell i tjenesten og behov for personell som innehar ny og mer tverrfaglig kompetanse.» Dette er i tråd med føringer gitt i «Demensplan 2015- Den gode dagen»

### 14.2 Demensfyrtårn

Helsedirektoratet utpekte i 2007 tre av undervisningssykehjemmene i Norge som ”Demensfyrtårn”. Hensikten var at de skulle ha et særlig ansvar, og bli pålagt oppgaver i forhold til den 10-årige handlingsplanen for en styrket demensomsorg. Oppgavene skulle knyttes til forskning og utviklingstiltak i en 3-årig periode fra 2008 frem til 2011. Demensfyrtårnene skulle også inngå som en del av det nettverk og de samarbeidspartnerne som var, og ble etablert for å heve kapasiteten og bedre kvaliteten i tjenester til personer med demens. Et av disse fyrtårnene var Utviklingssenteret for sykehjem i Troms (USH) Kroken Sykehjem.

«Demensfyrtårnprosjektet» ble videreført ett år for 2011 med en forankring i Demensplan 2015. Utviklingssentrene skulle ha et særskilt ansvar for fag- og kompetanseutvikling innenfor demensomsorgen for å sikre fortsatt kompetanseutvikling og spredning i henhold til demensplanens satsningsområder. I november 2011 ble Kroken sykehjem, Utviklingssenter for sykehjem i Troms forspurt om å fortsette som «Demensfyrtårn» i hele perioden for Demensplan 2015.

Satsingsområder i 2012 er:

- Kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demens»
- Videreføre «Demensdagene i Tromsø»
- opprette «ressursavdelinger» for pasienter med demens med fokus på miljøretta tiltak og kompetanse hos personalgruppen
- Videreføre Demensomsorgens abc
- «Pårørende og frivillige på sykehjem» - prøve ut veiledningsmodell etter modell fra pårørendeskolen

### **14.3 Utviklingssenter for hjemmetjenester Troms**

For utvikling av tilbudet til hjemmeboende med demens og deres pårørende vil Utviklingssenter for hjemmetjenester Troms ha en sentral funksjon. Kompetansebygging samt fag- og tjenesteutvikling i hjemmetjenesten vil være blant utviklingssenterets oppgaver. Det fordrer fokus på mange ulike arenaer, som bl.a. hjemmet, dagsentertjenesten, avlastningstilbud, og omsorgsboliger.

### **14.4 Grunnleggende kompetanse**

For å få til en omsorgsprofil som beskrevet i Demensplan for Tromsø kommune, må alt personell som skal arbeide med personer med demenssykdom ha en grunnleggende kompetanse. De må ha kunnskaper om demenslidelsene og om ulike samhandlingsmåter.

#### **14.4.1 Grunnleggende fagutdanning**

De enkelte enheter skal arbeide for å fremme et godt faglig miljø som kan bidra til å styrke gruppen med fagpersonell.

Alle enheter ved institusjon eller hjemmetjeneste som ivaretar personer med demenssykdom skal ha en tilstrekkelig bemanning av sykepleiere. Denne faggruppen er viktig for å ivareta medisinske forhold, utvikle gode miljøbehandlingstilbud og tilrettelegge for faglige diskusjoner i det daglige arbeid. Vernepleiere er også en viktig faggruppe i denne sammenheng. Tromsø kommune skal arbeide for å rekruttere sykepleiere og vernepleiere til den pasientnære demensomsorgen gjennom «Strategiplan for rekruttering og kompetanse i pleie og omsorgstjenesten 2010- 2030».

Demensomsorgen er også avhengig av omsorgsarbeidere/hjelpepleiere. Tromsø kommune vil arbeide for å rekruttere dyktige personer til slike stillinger, og gi god interne faglig skoloring for å beholde godt kvalifisert personell. [Det er flere veier til økt kompetanse.](#)

Demensplan 2015 peker på at omsorgstjenesten skal ha et større faglig repertoar å spille på, med økt vekt på aktivisering, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. For å ivareta dette, er det nødvendig å ansette personer med annen utdanning enn de tradisjonelle pleie- og omsorgsfagene.

#### **14.4.2 Kunnskap til personer uten helsefaglig utdanning**

I eldreomsorgen er det et stort antall personer uten helsefaglig utdanning. Personale uten fagutdanning skal ha en grunnleggende opplæring. Slik opplæring kan gis på den enkelte enhet (hjemmetjeneste/sykehjem), eller opplæringen kan organiseres som et felles tilbud for hele kommunen. [Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester \(Troms\)](#) har prøvd ut en modell som har blitt kalt «basiskurs med særlig fokus på personer med demens». Dette er et 24 timers kurs over 6 kvelder. Dette tilbudet vil bli fulgt opp videre.

#### **14.4.3 Videreutdanning i demens og geriatri**

Demensplan 2015 gir tydelige føringer når det gjelder å sikre videreutdanning for høyskoleutdannet personell og for omsorgsarbeidere/hjelpepleiere i kommunene. Videreutdanningsmuligheter for høyskoleutdannet personell finnes i Tromsø både på videreutdanning og masternivå, noe som gir Tromsø kommune store muligheter for å sikre ansatte med gode kvalifikasjoner. Omsorgsarbeidere/ hjelpepleiere kan ta fagskole i eldreomsorg i Tromsø.

#### **14.4.4 Kunnskap om samisk bakgrunn, og om minoriteter**

Likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet forutsetter at den samiske befolkningen blir møtt av personell med kompetanse på samisk språk og kultur (kap.10.2.1). Samene er mer eller mindre synlig i Tromsø kommune, fordi de er en minoritet. Fornorskingsprosessen, og holdninger til samisk språk og kultur i Tromsø kommune har betydning for hvordan og på hvilke arenaer samer kommuniserer ut sin samisk språklige og kulturelle identitet.

Kunnskap om minoriteters språk, kultur og religion må være i fokus (se kap.10.2.2).

### **15 IKT og Velferdsteknologi**

For å kunne møte framtidens utfordringer er det helt nødvendig med en satsning på velferdsteknologi i omsorgstjenesten.

Det må innhentes kunnskap om bruk av smarthus/velferdsteknologi i omsorgsbygg. Det er også nødvendig med kompetanseoppbygging på bruk velferdsteknologi i hjemmetjenesten. Regjeringens investeringstilskudd til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger forutsetter at alle sykehjem og omsorgsboliger som finansieres med tilskudd fra Husbanken skal være tilrettelagt for tilkobling av velferdsteknologi. Dette vil bidra til at framtidens boliger kan benytte velferdsteknologi og smarthusløsninger for å øke den enkelte brukers mestrings- og funksjonsevne, sikkerhet og kommunikasjonsmuligheter.

[NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg»](#) ble lagt fram i juni 2011. Regjeringen vil komme tilbake til oppfølgingen av utvalgets samlede forslag, etter at utredningen har vært på høring. En del av utredningen følges imidlertid opp allerede nå. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utarbeide et faglig grunnlag for en plan for implementering av velferdsteknologi i de kommunale omsorgstjenestene som del av Omsorgsplan 2015. Tromsø kommune vil følge denne utviklingen tett

## **16 Iverksetting og oppfølging**

Ansvaret for iverksetting av tiltak og oppfølging ligger hos Byråden for Helse og omsorg. Tiltakene planlegges og evalueres i forbindelse med økonomiplanarbeidet årlig.



## 17 Handlingsprogram 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
<b>Demensplanens plass i kommunenes planverk (kap 3)</b>				
Relasjon til Kommuneplan	X	X	X	X
Relasjon til øvrige planer	X	X	X	X
<b>Utredning og diagnostikk (kap. 5)</b>				
Alle fastleger skal ha tatt i bruk godkjent utredningsverktøy				X
Demenskoordinator knyttes til Tildelingskontoret	X			
Styrking av demensteamet		X	X	X
Avtaler med spesialisthelsetjenesten om samarbeid	X	X		
Etablere rutiner for samarbeid mellom fastlegene og demensteamet/demenskoordinator	X	X		
<b>Oppfølging etter diagnose (kap. 6)</b>				
Utarbeide individuell plan for alle som ønsker det	X	X	X	X
Etablere rutiner for samarbeid mellom fastlege og hjemmetjeneste/demensteam		X		
Etablere rutiner for samarbeid mellom hjemmetjenesteenhetene og demensteamet	X	X		
<b>Dagaktivitetstilbud (kap.8)</b>				
Tilrettelagt dagaktivitetstilbud for yngre med demenssykdom	X	X	X	X
Økning i tilrettelagt dagaktivitetstilbud for alle hjemmeboende med demenssykdom	X	X	X	X
<b>Omsorgsboliger (kap.9)</b>				
Nye omsorgsboliger skal planlegges slik at de er tilpasset brukere med demens	X	X	X	X
<b>Sykehjem (kap.9)</b>				
Nye sykehjem skal planlegges tilpasset brukere med demens	X	X	X	X
Eksisterende sykehjem skal utnyttes på en slik måte at personer med demens får ivarettatt sine behov	X	X	X	X
Legetjenesten i sykehjem skal økes til vedtatt norm		X	X	X
<b>Støtte til familier og pårørende (kap.11)</b>				
Tilbud om pårørendeskole og samtalegruppe til alle som ønsker å delta	X	X	X	X
Nye avlastningsplasser tilpasset den enkeltes behov	X	X	X	X
<b>Samarbeid med frivillige (kap.13)</b>	X	X	X	X
<b>Kompetanseøkning (kap.14)</b>				
Demensfyrtårn ved Kroken sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem	X	X	X	X
Økt kunnskap om demens hos samer og minoriteter	X	X	X	X
Demensomsorgens ABC tilbys alle aktuelle ansatte	X	X	X	X
Kurs for allmennleger om demens og demensdiagnostikk		X		X
Videreutdanning i demens og geriatri		X		X
<b>IKT og velferdsteknologi (Kap.15)</b>				
Kompetanseoppbygging	X	X	X	X
Ta i bruk aktuell ny teknologi	X	X	X	X

## 18 Vedlegg

### 18.1 Mandat og prosess

Høsten 2007 kom Demensplan 2015 "Den gode dagen" fra Helse og Omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgskomiteen i Tromsø kommune ble i sak [64/08](#) orientert om at Kroken sykehjem, undervisningssykehjemmet (Ny betegnelse: «Utviklingscenter for sykehjem») i Tromsø var blitt bedt om å stille opp som "Demensfyrtårn". Etter søknad, ble Kroken sykehjem utpekt til et av tre "Demensfyrtårn" i Norge. I forbindelse med behandling av denne orienteringssaken, ble det bestemt at det skulle iverksettes «et arbeid med en Demensplan for Tromsø kommune».

Arbeidet med Demensplan for Tromsø kommune startet opp i 2009.

Under arbeidet med demensplanen har det vært fokus på samtidig å utvikle tilbudet, og iverksette nye tiltak innenfor gjeldende rammer. Medlemmer av arbeidsgruppen har vært sentrale bidragsytere.

- Tiltak innenfor diagnostikk og dagtilbud har blitt iverksatt.
- Det er avholdt kurs for allmennleger om diagnostikk av demenssykdommer.
- Demenskoordinatorstillingen er utvidet, og det er etablert et sentralt demensteam som bistår enhetene og fastlegene ved utredning av personer når det er mistanke om demenssykdom.
- Det er etablert et dagtilbud og et døgntilbud til yngre personer med demens.
- Annet arbeid, som pårørendeskole og samtalegrupper har blitt videreutviklet.

## **18.2 Prosjektorganisering**

### **18.2.1 Styringsgruppe**

Olsen, Eva T	Kommunaldirektør, Helse og omsorg
Folgerø, Terese	Eldreoverlege, dr. med

### **18.2.2 Prosjektleder**

Folgerø, Terese	Eldreoverlege, dr. med
-----------------	------------------------

### **18.2.3 Arbeidsgruppe**

Hansen, Aud	Hovedtillitsvalgt, Norsk ergoterapiforbund, Tromsø
Eilertsen, Hilde Fryberg	Demenskoordinator
Grønbech, Eva	Avdelingsleder, Omsorgstjenesten Sentrum
Hermansen, Britt	Avdelingsleder, Nordøya dagsenter
Kristoffersen, Cathrine	Ergoterapeut, Rehabiliteringstjenesten
Lian, Solveig	Eldrerådet i Tromsø kommune
Nermo, Astrid	Enhetsleder Omsorgstjenesten Jadeveien
Samuelsen, Roy	Leder Nasjonalforeningen Tromsø demensforening
Støback, Anne-Margrethe	Universitetslektor Universitetet i Tromsø, Prosjektleder Demensfyrtårnet USH, 2008-2010
Røed, Morten	Sykepleier, Mortensnes Sykehjem
Stueland, Bernt	Fastlege, Kommuneoverlege for psykiatri

### **18.2.4 Referansepersoner**

Lyngmo, Inga Margrethe	Sykehjemsoverlege, Spesialist i geriatri
Mobakken, Toril Bulow	Leder FoU-avdelingen Kroken sykehjem, Utviklingscenter for sykehjem i Troms (Tidligere kalt «Undervisningssykehjem»)

### **18.3 Litteratur**

I den elektroniske utgaven av Demensplan for Tromsø kommune er det satt inn hyperkoblinger i de ulike kapitlene. Ved å følge disse koblingene kommer man til nettsider med mer informasjon om det aktuelle tema. I papirutgaven framkommer disse hyperkoblingene som understreket tekst.

Forøvrig kan følgende litteratur anbefales:

- Demens. Fakta og utfordringer. En lærebok. 5. utg. Engedal K, Haugen PK. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse, 2009.
- Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Eek A, Nygård AM. Innsyn og utsyn. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Tønsberg: INFO-banken, 1999
- Rapport: Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse 2011.
- Rapport: Etablering og drift av demensteam. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse 2011.
- Rapport: Ny kunnskap, bedre omsorg. Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse 2011.
- Rapport: Mellom hjem og institusjon. Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse 2011.
- Rapport: Kompetanseløft på arbeidsplassen. Kommunenes erfaring med ABC modellen. NKAH 2011
- Rapport: Etablering og drift av pårørendeskole. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse 2011.