

Linda GjØra, Arnfinn Eek og Øyvind Kirkevold

Nasjonalt kartlegging av tilbudet til personer med demens

2014

Demensplan 2015

RAPPORT



Aldring og helse
Nasjonalt 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 GjØra 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
Demenssteam og demenskoordinator	13
Fylkesvise forskjeller	14
Interkommunale tilbud	15
Yrkesgrupper	15
Organisatorisk plassering av utredningstilbudet	16
Avsatt fast tid til demenssteamet	17
Tilgjengelighet	17
Bruk av utredningsverktøy	17
Oppgaver	17
Vurdering av samtykkekompetanse fra demenssteam	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, fylkesmanns-embetene 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 oppstartsfasen av tilbud og til kommuner med eksisterende tilbud som har hatt behov for veiledning.

En viktig del av *Demensplan 2015* har vært å øke kompetansen 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, utviklingscenter for sykehjem og hjemme-tjenester, og flere andre kompetansemiljø. Opplæringen 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 innsendte 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 kvalitetssikre 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 utfylt. 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 bydelsnivå 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 bydelsnivå.



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 innom 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 bydeler 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 aktivitør (figur 4.1).

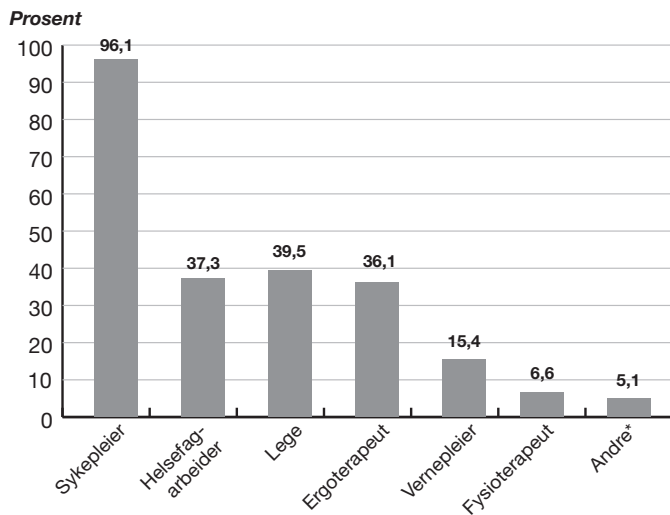
Fra 131 kommuner med utredningstilbud (39,5 prosent) opplyses det at lege er representert i demens-teamet. I 259 kommuner er det etablert samarbeid mellom demens-teamet eller demens-koordinatoren og fastlegene i kommunen. I alt 111

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 aktivitør

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 mottakerne av tjenesten opplever tilbudet. Det ble derfor spurt om personer med demens og deres pårørende kunne ta direkte kontakt med demensteamet/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 kommunehelsetjenesten, 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 demensutredning, 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 koordinatorne 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 demenskoordinatorstilbudet 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

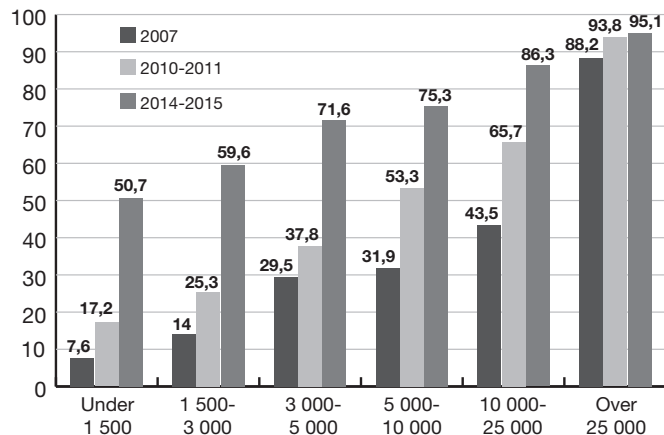
I de 305 kommunene med tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens, ble det gitt opplysninger om til sammen 451 tilbud. Ved kartleggingen i 2010-2011 var det i alt 275 tilbud fordelt på 188 kommuner. Som ved forrige kartlegging hadde opp mot 80 prosent av kommunene kun ett tilbud, nå hadde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

Prosent



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	2014
	Antall kommuner (%)	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

Antall dager åpent per uke	2004-2005 Antall kommuner (%)	2007 Antall kommuner (%)	2010-2011 Antall kommuner (%)	2014 Antall kommuner (%)
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)**

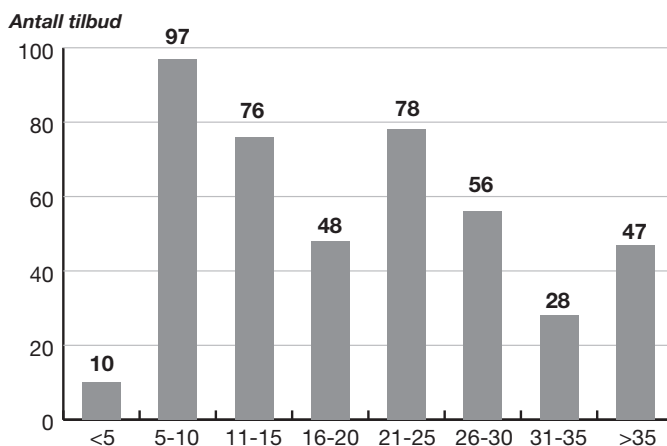
* Ikke alle kommunene besvarte spørsmålet. Andelen er beregnet ut fra dem som svarte.

** 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 eldresenter. 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)
Eldresenter	23 (5,0)
Dagaktivitetstilbud i eget hjem	4 (0,9)
Annet	70 (15,5)

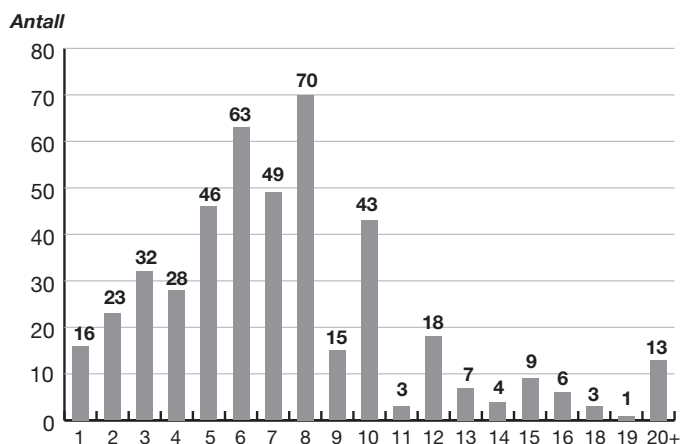
* 49 av tilbudene i sykehjem var knyttet til skjermet enhet.

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 aktivitetstilbud 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

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)

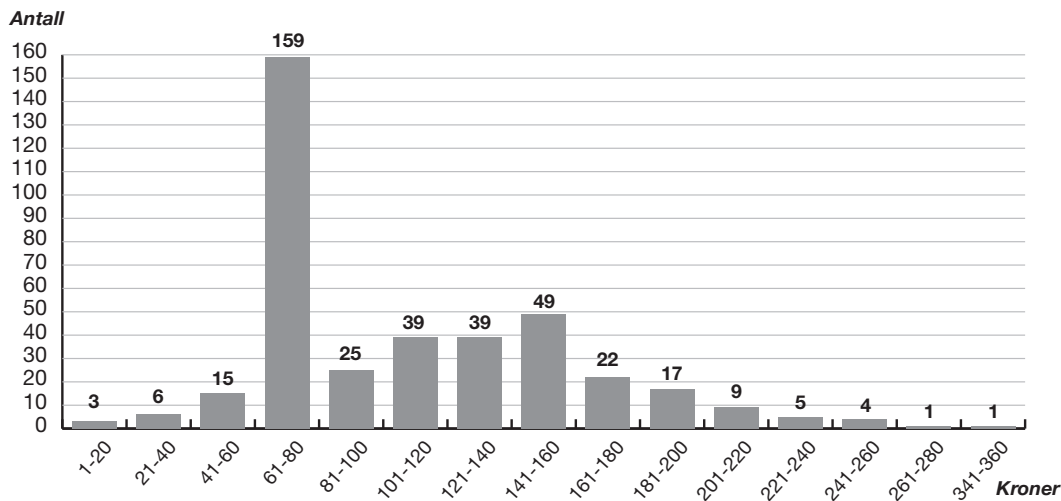
opplæring, mens det i 46 tilbud (10,3 prosent) ikke var gitt opplæring i perioden (tabell 5.7).

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 ...»



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 sjettede 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 bydelsovergrepene 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. Ansvaret for slike samtaler var mange steder hos demensteam, 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 omsorgsboliger. 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 omsorgsbolig. 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 sykehjemsavdelinger 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

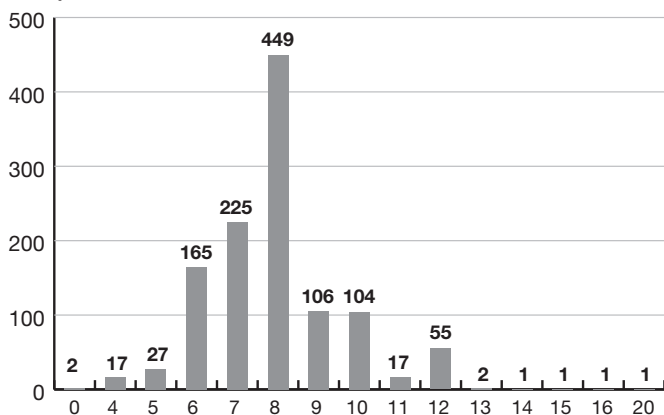
* I 2008 var det 397 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for de 397 kommunene.

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

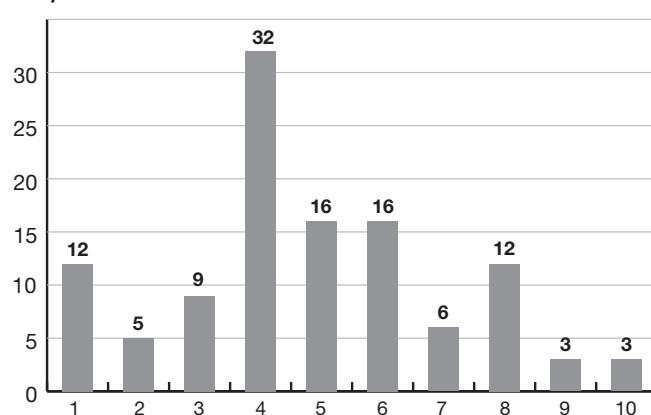


Figur 7.1.
Skjermede enheter etter størrelse. (n=1173)

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 varierer 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

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

Kompetanse

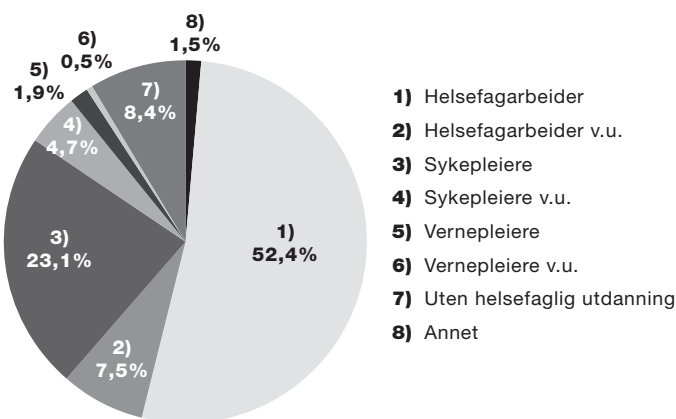
Ansattes utdanningsbakgrunn ved skjermet og forsterket skjermet enhet presenteres i figur 7.3 og 7.4. Ved kartleggingen ble kommunene bedt om å angi bemanning i årsverk oppgitt i prosent.

Oversikten viser dermed ikke antall personer, med aktuell utdanning, med hvor stor andel av samlede årsverk som innehar den aktuelle utdanningen.

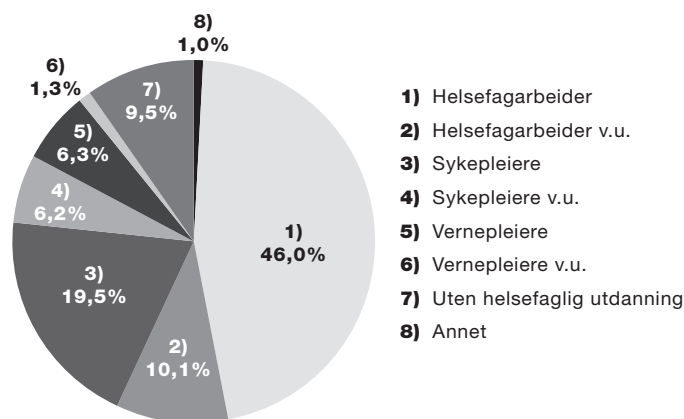
Ved både skjermet enhet og forsterket skjermet enhet er helsefagarbeidere (inkluder hjelpepleiere og omsorgsarbeider) og sykepleiere de største yrkesgruppene.

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 dekkes 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
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 overlappning 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.

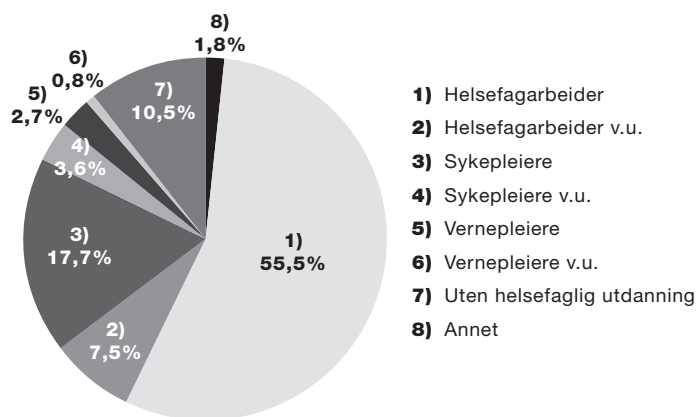
Kompetanse i bokollektivene

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 aktivitør 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.

Gjennomsnittstørrelsen 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.

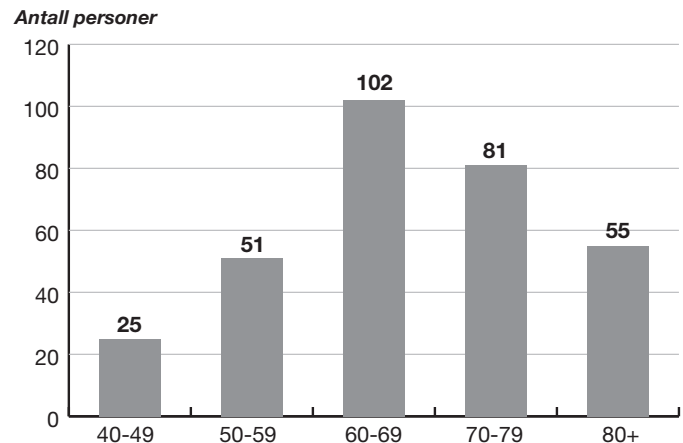
Det ble i denne kartleggingen tatt med en del spørsmål spesielt rettet mot tilbudet til personer med utviklingshemning og demens.

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, Gjóra 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.
- Gjóra L, Gausdal M (2011) *Ny kunnskap, bedre omsorg: utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjensten*. 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 & Gjora 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