

Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018

Først publisert: 14.06.2019

Sist faglig oppdatert: 24.05.2019



Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	7
3. Metode	8
4. Kommunenes planarbeid, informasjon og opplæring av ansatte	10
5. Utredning og diagnostisering	14
6. Oppfølging av hjemmeboende personer med demens etter diagnose	20
7. Samtykkekompetanse, motstand mot helsehjelp, og oppnevning av verge	22
8. Tilbud til pårørende til personer med demens	23
9. Kommunens hjemmetjenestetilbud til personer med demens ... 26	
10. Dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens	27
11. Tilrettelagte bo- og behandlingstilbud for personer med demens	32
12. Velferdsteknologi for personer med demens	43
13. Referanser	45
14. PDF-versjon av rapporten	46

Sammendrag

Strategiene og tiltakene i Demensplan 2020 skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunenes ordinære planarbeid for å sikre langsiktig og helhetlig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser, samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende. Viktige satsingsområder i planen er utredning av demens og systematisk oppfølging etter diagnose og gjennom sykdomsforløpet, blant annet med informasjon, dagaktivitetstilbud, pårørendeskoler og samtalegrupper, brukerskoler, fast koordinator og andre tiltak som kan settes inn før det blir nødvendig med heldøgntilbud, og som også kan støtte og avlaste pårørende. Demensplan 2020 omfatter videre tiltak for å øke kompetansen om demens og om lindrende behandling for personer med demens. Nasjonal faglig retningslinje om demens ble i 2017 lansert som del av Demensplan 2020.

Basert på tiltak og satsingsområder i Demensplan 2020 (D2020), ble det i oktober 2018 gjennomført en nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Kartleggingen er gjennomført av Helsedirektoratet med bistand fra Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse (Aldring og helse). Hele 403 av landets 422 kommuner (96 %) besvarte den nasjonale kartleggingen.

Politisk forankring, informasjon og opplæring

89 % av kommunene oppga at tjenester til personer med demens var omtalt i minst en av kommunens planer, mens 63 % av kommunene oppga at de hadde systematisk informasjons- og opplysningsarbeid til sine innbyggere om demens og tilbudet til personer med demens og deres pårørende. Demensvennlig samfunn har vært et satsningsområde, og 30 % av kommunene hadde gjennomført opplæring av ansatte i servicevirksomheter basert på Nasjonalforeningen for folkehelsens kampanje for et mer demensvennlig samfunn, mens 21 % hadde gjennomført annen opplæring og bevisstgjøring av ansatte i privat eller offentlig servicevirksomhet. I løpet av 2018 hadde 4 676 personer i 166 kommuner startet på en ny ABC-perm for enten Demensomsorgens ABC og/eller Eldreomsorgens ABC.

Diagnostikk og tverrfaglige team

90 % av kommunene oppga at de hadde et tverrfaglig team med kompetanse om demens i sin kommune, en økning fra 78 % i 2014. Sykepleier var den profesjonen som var hyppigst representert i tverrfaglige team med kompetanse om demens, etterfulgt av ergoterapeut og lege. I 95 % av kommunene som hadde etablert team, bistod teamet legene med diagnostisk utredning, i 98 % av kommunene kartla teamet funksjonsnivå og hjelpebehov, i 93 % av kommunene kartla teamet behovet for teknologiske hjelpemidler og velferdsteknologi, og i 96 % av kommunene kartla teamet pårørendes belastning. Teamene bidro i stor utstrekning med opplæring og veiledning både av ansatte i kommunen (81 %), av pasienter (85 %), og av pårørende (91 %). 92 % av teamene ga selv oppfølging av pasienter og pårørende etter diagnose, og 95 % av teamene sørget for at andre instanser i kommuner satte i gang oppfølging. Hele 93 % av kommunene med tverrfaglig team med kompetanse om demens, oppga at de brukte Aldring og helses verktøy for basal demensutredning, som bygger på anbefalinger i Nasjonal faglig retningslinje om demens.

Oppfølging etter diagnose

I alt svarte 55 % av kommunene at de hadde faste rutiner/modeller for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt. 40 % av

kommunene hadde rutiner eller ordninger som innebar at personer med en demensdiagnose ble tilbudt en individuell koordinator/kontaktperson uavhengig av omfang av hjelpebehov, mens 54 % av kommunene oppga at de hadde rutiner for utarbeidelse av individuell plan (IP) og koordinator for personer med demens etter forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Brukerskole, støtte- og aktivitetskontakt

28 % av kommunene oppga at de alene eller i samarbeid med andre kommuner, hadde arrangert brukerskole siste to år. I 78 % av kommunene var det fattet vedtak om å gi støttekontakt/ aktivitetskontakt til personer med demens i kommunen, og i 51 % av de kommunen som hadde fattet vedtak, ble det gitt spesiell opplæring om demens til støtte-/aktivitetskontakter.

Samtykkekompetanse

84 % av kommunene opplyste at de hadde egne rutiner eller ordninger for å sikre vurdering av samtykkekompetanse hos personer med demens, 51 % av kommunen oppga at de hadde rutiner for oppfølging av hjemmeboende personer med demens uten samtykkekompetanse som motsatte seg helsehjelp, og 54 % av kommunen oppga at de hadde en fast prosedyre for å vurdere behovet for verge for personer med demens.

Pårørendetilbud

74 % av kommunene oppga å ha rutiner for å kartlegge pårørendes behov for støtte. Til sammen hadde 71 % av kommunene gjennomført pårørendeskole enten i 2017 eller i 2018, 30 % av kommunene opplyste at de hadde egne samtalegrupper for pårørende til personer med demens i 2017, og 32 % hadde egne samtalegrupper for pårørende i 2018. Til sammen ble det gitt tilskudd fra Demensplan 2020 til 165 pårørendeskoler og 161 samtalegrupper for pårørende til personer med demens i 2018. Femtiseks pårørendeskoler var interkommunale, og samlet var det tilbud om pårørendeskoler i 230 kommuner. Omtrent alle kommunene (97 %) oppga at det var fattet vedtak om avlastning til pårørende til personer med demens i deres kommune.

Organisering av hjemmetjenestene

En måte å organisere hjemmetjenestene på som bidrar til personsentrert omsorg for personer med demens, er en personalgruppe bestående av få og kjente ansatte. 46 % av kommunene oppga at de hadde satt i verk systematiske tiltak som bidro til dette. Videre oppga 42 % av kommunen at de drev med hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring for personer med demens.

Dagaktivitetstilbud

88 % av kommunene oppga at de hadde dagaktivitetstilbud tilegnet og tilrettelagt for personer med demens, og i oktober 2018 mottok 7 909 personer et slikt dagaktivitetstilbud. 85 % av kommunene som hadde et dagaktivitetstilbud tilegnet og tilrettelagt for personer med demens, krevde egenandel for tilbudet. I gjennomsnitt krevde de 133 kroner per dag tilbudet ble benyttet.

Tilrettelagte bo- og behandlingstilbud

Kommunenes tilrettelagte bo- og behandlingstilbud for personer med demens ble kartlagt. Totalt ble det rapportert å være 37 876 sykehjemsplasser i kommunenes disposisjon pr. 01.10.2018. Samlet antall tilrettelagte plasser til personer med demens ble oppgitt å være 13 865 plasser, hvorav 10 799 plasser i spesielt tilrettelagte enheter i sykehjem, 772 plasser i forsterkede tilrettelagte enheter i sykehjem, og 2 294 plasser i bokollektiv i omsorgsboliger. Siden forrige kartlegging i 2014 har det vært en økning i det samlede antallet tilrettelagte plasser for personer med demens på 17 %.

92 % av kommunene svarte at de hadde tilrettelagte enheter til personer med demens i sykehjem, en økning på 4,4 prosentpoeng siden kartleggingen i 2014. Til sammen ble det oppgitt å være 1 442 tilrettelagte enheter til personer med demens i sykehjem. Den gjennomsnittlige størrelsen på slike tilrettelagte enheter var på 8,8 plasser. 80 % av de tilrettelagte enhetene til personer med demens hadde tilgang til tilrettelagt uteareal.

28 % av kommunene oppga at de hadde forsterkede tilrettelagte enheter til personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer. Det er en økning siden kartleggingen i 2014, da 17 % av kommunene svarte at de hadde slike enheter. Alle landets fylker hadde en eller flere forsterkede tilrettelagte enheter. Totalt ble det oppgitt at det var 149 forsterkede tilrettelagte enheter i Norge i 2018. Samlet antall plasser i disse enhetene var 772, det vil si et gjennomsnittlig antall på 5,2 personer per forsterkede tilrettelagte enhet. 62 % av de forsterkede tilrettelagte enhetene hadde tilgang til tilrettelagt uteareal. Interkommunalt samarbeid om plasser i forsterkede tilrettelagte enheter forekom sjeldent. Kun fire av kommunene oppga at de hadde opprettet slikt samarbeid.

Beboere i forsterkede tilrettelagte enheter utgjør en gruppe der det stilles særlige krav til ansattes kompetanse. Andelen av ansatte med helsefaglig utdanning på bachelornivå eller over i forsterkede tilrettelagte enheter, varierte i stor grad mellom kommunene, men lå i gjennomsnitt på 30 %. Halvparten av kommunene som hadde forsterkede tilrettelagte enheter oppga at disse enhetene arbeidet systematisk med opplæring og innføring av metoder i personsentrert omsorg og behandling. 68 % av kommunene med forsterkede tilrettelagte enheter oppga at de hadde ansatte ved slike enheter som deltok/hadde deltatt i Demensomsorgens ABC og/eller Eldreomsorgens ABC i 2017-2018. 52 % av kommunene med forsterkede tilrettelagte enheter svarte at de hadde etablert ordning med fast veiledning av ansatte i enhetene.

28 % av kommunene oppga at de hadde spesielt tilrettelagte enheter for personer med demens organisert som bokollektiv eller bofellesskap i omsorgsbolig. Den tilsvarende andelen ved kartleggingen i 2014 var på 24 %. Totalt oppga kommunene at de i 2018 hadde 2 294 plasser i slike bokollektiv/bofellesskap fordelt på 302 enheter, og 88 % av enhetene hadde tilgang til tilrettelagt uteareal.

Når det gjelder organisering av tjenesteytingen i bokollektiv/bofellesskap, benyttet kommunene seg ofte av flere ulike organiseringsformer. Den vanligste var personell med fast base i boligen, og 86 % av kommunene med bokollektiv benyttet seg av denne organiseringsformen. Ambulant personell fra hjemmesykepleien/hjemmebaserte tjenester var også en vanlig organiseringsform, og 33 % av kommunene med bokollektiv/bofellesskap oppga at de benyttet denne typen personell. Tjenesteyting med personell fra sykehjem var langt sjeldnere. Kun 6 % av kommunene med bokollektiv/bofellesskap for personer med demens, svarte at de benyttet seg av denne organiseringsformen.

Virksomhetene skal legge til rette for at personer med demens tilbys tilpasset lindrende behandling, pleie og omsorg. I gjeldende kartlegging ble kommunene spurt om boenheter spesielt tilrettelagt for personer med demens, har rutiner eller prosedyrer knyttet til livets slutfase. 62 % av kommunene med spesielt tilrettelagte enheter i sykehjem til personer med demens, oppga at de hadde slike rutiner eller prosedyrer. Av kommuner med bokollektiv/bofellesskap spesielt tilrettelagt til personer med demens, var det 61 % som oppga at de hadde rutiner eller prosedyrer knyttet til livets slutfase.

Velferdsteknologi

For personer med demens var velferdsteknologi hyppigst brukt hos hjemmeboende personer, og i hovedsak var dette digital trygghetsalarm uten GPS-lokalisering, som 84 % av kommunene tilbød sine hjemmetjenestemottakere. På sykehjem var digitalt tilsyn/sensorteknologi mest benyttet, 56 % av kommunene oppga at de tilbød dette på sykehjem.

Innledning

Den nasjonale kartleggingen av kommunenes tilrettelagte tilbud til personer med demens er en del av Demensplan 2020, som avløste Demensplan 2015. Målet med den nasjonale kartleggingen er å få oversikt over omfanget av tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens i kommunene. Kartleggingen er gjennomført av Helsedirektoratet med bistand fra Nasjonal kompetansetjeneste for Aldring og helse (Aldring og helse).

Dette er den syvende nasjonale kartleggingen av tilrettelagte tilbud til personer med demens i kommunene. De seks første ble gjennomført i 1996 (1), i 2000 (2), i 2004 (3), i 2007/2008 (4, 5), i 2010 (6) og i 2014 (7).

Hensikten med kartleggingene har vært å få informasjon om hvor langt arbeidet med å tilrettelegge tjenestetilbudene til personer med demens har kommet i kommunene, for å gi en pekepinn på hvor det er behov for videre satsning. Spørsmålene til kommunene i denne kartleggingen omfatter i all hovedsak opplysninger og detaljer som ikke kunne hentes fra kommunenes KOSTRA-rapportering.

Alle de nasjonale kartleggingene gjennom årene har etterspurt informasjon fra kommunene innenfor de samme hovedområdene, men det har vært noen variasjoner fra gang til gang. I planperiodene for Demensplan 2015 og Demensplan 2020 har satsingsområder og tiltak i disse planene særlig blitt kartlagt.

Målet med Demensplan 2020 er å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Strategiene og tiltakene i Demensplan 2020 skal bidra til å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunenes ordinære planarbeid. Målet er å sikre langsiktig og helhetlig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser, samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende. Demensplan 2020 skal bidra til å utvikle gode, fleksible og tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester med vekt på forebygging, diagnostisering til rett tid og oppfølging etter diagnose. Viktige satsingsområder i planen er utredning av demens og systematisk oppfølging etter diagnose og gjennom sykdomsforløpet, blant annet med informasjon, dagaktivitetstilbud, pårørendeskoler og samtalegrupper, brukerskoler, fast koordinator og andre tiltak som kan settes inn før det blir nødvendig med heldøgntilbud, og som også kan støtte og avlaste pårørende. Personer med demens skal selv være med på og ta avgjørelser som angår dem, og det skal legges til rette for økt brukerinnflytelse og brukerinvolvering. Demensplan 2020 omfatter videre tiltak for å øke kompetansen om demens og om lindrende behandling for personer med demens. Nasjonal faglig retningslinje om demens ble i 2017 lansert som del av Demensplan 2020.

Resultatene fra den nasjonale kartleggingen som presenteres i denne rapporten, beskriver situasjonen i kommunene i oktober 2018 eller gjennom hele kalenderåret 2018. Helsedirektoratet har innhentet opplysninger fra landets kommuner ved hjelp av elektroniske spørreskjema i Questback. Aldring og helse har bistått med å purre på kommuner og analysere data.

Rapporten bygger på opplysninger og informasjon fra 403 av landets 422 kommuner (95,5 %). I Oslo ble det innhentet informasjon fra alle de 15 bydelene, basert på spørreskjema tilpasset organiseringen av helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Oslo kommune regnes å tilby en spesifikk tjeneste dersom én eller flere bydeler tilbyr denne tjenesten. I tillegg til å presentere resultater for hele Oslo kommunen som én samlet kommune, vil noen resultater presenteres på bydelsnivå for Oslo.

Metode

Spørreskjemaet til denne kartleggingen er bygget på erfaringer fra spørreskjema i tidligere nasjonale kartlegginger. Spørreskjemaet er blitt revidert og oppdatert for å innhente informasjon om måloppnåelse i Demensplan 2020. På noen områder ble det i denne nasjonale kartleggingen (2018) spurt om utdypende informasjon sammenlignet med tidligere kartlegginger, men i hovedsak ble spørreskjemaet denne gangen forenklet sammenlignet med tidligere kartlegginger. Helsedirektoratet har utarbeidet spørreskjemaet i tråd med mål og satsningsområder i Demensplan 2020 og føringer i Nasjonal faglig retningslinje om demens, med bistand fra Aldring og helse. Nasjonalforeningen for folkehelsen som brukerorganisasjon, ga innspill til spørreskjemaet både i forkant og under arbeidet.

Tema for denne kartleggingen var:

- kommunenes informasjons- og planarbeid
- kommunens opplæring av ansatte
- organisert utredning og diagnostisering av demens i kommunene
- oppfølging av personer med demens etter diagnose, herunder
 - rutiner for systematisk oppfølging
 - pårørendeskoler
 - brukerskoler
 - dagaktivitetstilbud
 - tilrettelagte bo- og behandlingstilbud
 - velferdsteknologi

Våren 2018 sendte Helsedirektoratet et utkast av spørreskjemaet på innspillsrunde til Nasjonalforeningen for folkehelsen, alle landets fylkesmannsembeter, KS og Oslo kommune. Representanter fra brukerrådet til Aldring og helse ble også rådført underveis i prosessen. De ga alle innspill både til spørsmålstilling og tema som ble vektlagt. Det ble gjort endringer i spørsmålsformuleringer der de opplevdes uklare, og enkelte nye spørsmål ble lagt til som følge av innspillene. Spørreskjemaet ble deretter kvalitetssikret. Det ble valgt å gjennomføre denne kartleggingen i digital versjon, og Helsedirektoratet laget derfor en digital versjon av spørreskjemaet i Questback. Denne digitale versjonen ble så testet ut i noen kommuner før kartleggingen ble gjennomført.

Før utsendelse av spørreskjemaet ble kommunene bedt om å oppgi en kontaktperson for den nasjonale kartleggingen i sin kommune. Denne kontaktpersonen hadde ansvar for, ved behov, å innhente informasjon fra andre ansatte i kommunen om kommunens tjenester og tilbud til personer med demens, om ikke kontaktpersonen selv hadde tilstrekkelig oversikt til å svare på kartleggingen. Underveis i kartleggingen var ansvarlige for undersøkelsen i Helsedirektoratet, samt ansatte fra Aldring og helse, tilgjengelige for spørsmål fra kommunene. Totalt svarte 403 av landets 422 kommuner (95,5 %) på denne nasjonale kartleggingen.

Data fra kartleggingen ble lagt inn i statistikkprogrammet SPSS. Om det var uklarheter eller ubesvarte spørsmål i svarene, ble kommunene i enkelte tilfeller kontaktet for utdypende informasjon. Det ble under analysen tatt kontakt med 33 kommuner for å få utfyllende data om deres dagaktivitetstilbud, supplert med informasjon fra kommunenes nettsider.

Data har blitt oppsummert som frekvens (%) av kommuner med et tjenestetilbud. Videre er data oppgitt som gjennomsnitt (summen av antall i hver kommune delt på antall kommuner), eller median (det antallet som den midterste kommunen oppgir, dersom resultatene fra kommunene rangeres fra minst til høyest), avhengig av hva som er statistisk mest korrekt. Det er ikke oppgitt spredningsmål i rapporten, da leservennlighet er prioritert fremfor presisjonsnivå. Når kommuner ikke har besvart et spørsmål (missing data), har vi tolket det som at de

ikke har det tilbudet som spørsmålet omhandler. Disse kommunene har derfor blitt gruppert sammen med de kommunene som har svart at de ikke har det aktuelle tilbudet. Det er en risiko for at dette kan ha ført til at andelen kommuner med et tjenestetilbud rapporteres lavere enn det reelt ville vært om alle kommuner hadde svart på alle spørsmål.

De 19 kommunene som ikke besvarte den nasjonale kartleggingen, var fra Hedmark (1 kommune), Telemark (1 kommune), Aust-Agder (1 kommune), Rogaland (2 kommuner), Hordaland (2 kommuner), Møre og Romsdal (1 kommune), Trøndelag (2 kommuner), Nordland (7 kommuner) og Finnmark (2 kommuner). De fleste av disse 19 kommunene var små kommuner; femten kommuner hadde under 2000 innbyggere, to kommuner hadde mellom 2000 og 5000 innbyggere, og to kommuner hadde mellom 5000 og 7000 innbyggere.

I tillegg til data som ble innhentet via Questbackundersøkelsen i kommunene, inneholder denne rapporten også tall som er innhentet fra Aldring og helses oversikter over ABC-opplæring, samt tilskudd til kommuner til pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens.

Tall på personer som har en registrert demensdiagnose er hentet fra Helsedirektoratets rapportering til WHO's Global dementia observatory i august 2018, og bygger på norske registerdata.

Kommunenes planarbeid, informasjon og opplæring av ansatte

Kommunale demensplaner

I kartleggingen ble det spurt om tjenester til personer med demens var spesielt omtalt i kommunenes planverk. Hele 88,6 % av kommunene oppga at dette var omtalt i minst en av kommunens planer. Videre oppga 46,4 % at tjenestene var tatt med i kommunens handlings- og økonomiplan, 24,8 % i kommuneplanens samfunnsdel, 67,2 % i en delplan for helse- og omsorgstjenesten, og 30,0 % i en egen demensplan. Av de 121 kommunene som hadde egen demensplan, oppga 78,5 % at demensplanen var politisk behandlet.

Av de 357 kommunene som svarte at tjenester til personer med demens var omtalt i en eller flere av deres planer, svarte 49,0 % at brukerrepresentant(er) hadde vært delaktig(e) i utformingen av planen. Videre oppga 7,3 % at planen også omtaler utredning, behandling og omsorg tilrettelagt for personer med demens med minoritetsspråklig bakgrunn, mens 3,9 % oppga at planen omtaler utredning, behandling og omsorg tilrettelagt for personer med samisk bakgrunn.

Oslo har en demensplan på overordnet nivå, og syv bydeler opplyste at de også har egne demensplaner, hvor seks av disse var politisk behandlet. I fem av åtte bydeler som ikke hadde egen demensplan, var tjenester til personer med demens beskrevet i en eller flere av bydelens andre planer. Dette betyr at 13 av de 15 bydelene i Oslo oppga at tjenester til personer med demens var spesielt omtalt i en av bydelens planer.

Systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens

Det var 253 kommuner (62,8 %) som oppga at de hadde systematisk informasjons- og opplysningsarbeid til sine innbyggere om demens og tilbudet til personer med demens og deres pårørende. Eksempler på slikt informasjonsarbeid var informasjon via Facebook og lokalaviser, i tillegg til at informasjon ofte var lagt ut på legekantorene og var tilgjengelig på kommunens nettsider. En del kommuner hadde foredrag og temadager om demens, som var åpne for befolkningen, i tillegg til pårørendeskoler og samtalegrupper.

Av de 253 kommunene som oppga at de hadde systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens, oppga 108 kommuner (42,7 %) at informasjonen inkluderte informasjon om forebygging av demens. Kun 9,9 % av kommunen hadde informasjonsmateriell på andre språk enn norsk. I hovedsak var dette informasjonsmateriell på samisk, engelsk, urdu og arabisk. Tre av fire kommuner (75,7 %) hadde rutiner for, og tilgang til, tolketjenester på aktuelle språk.

Alle bydeler i Oslo, unntatt én, oppga at de drev systematisk informasjonsarbeid om demens. Dette var som ellers informasjon på bydelens nettside, brosjyrer, informasjonsmøter og stands.

Demensvennlig samfunn

Demensvennlig samfunn er en bevisstgjøringskampanje initiert av Nasjonalforeningen for folkehelsen. Opplæring av ansatte i privat og offentlig servicevirksomhet har som mål å bidra til at mennesker med demens opplever å være inkludert og involvert i lokalmiljøet.

I perioden 2017-2018 hadde 122 kommuner (30,3 %) gjennomført opplæring av ansatte i servicevirksomheter, basert på Nasjonalforeningen for folkehelsens kampanje for et mer demensvennlig samfunn, mens 84 kommuner (20,8 %) hadde i samme periode gjennomført annen opplæring og bevisstgjøring av ansatte i privat eller offentlig servicevirksomhet. Noen kommuner hadde gjennomført både opplæring innenfor Nasjonalforeningens kampanje, og annen opplæring og bevisstgjøring, mens andre kommuner hadde gjennomført enten Nasjonalforeningens kampanje eller annen opplæring. Til sammen hadde 40,0 % av kommunene gjennomført opplæring og bevisstgjøring om et mer demensvennlig samfunn på den ene eller andre måten.

Kommunens opplæring av ansatte

ABC-opplæring

I den nasjonale kartleggingen i 2018 oppga i alt 69,2 % av kommunene at de hadde ansatte som deltok i Demensomsorgens ABC og/eller Eldreomsorgens ABC.

ABC-opplæringen tilbys av Aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet. Opplæringen er organisert som selvdrevne, tverrfaglig sammensatte grupper, der deltakerne leser teori i temahefter og møtes til refleksjonsgrupper. Temaheftene er satt sammen i moduler (permer), hver beregnet for ett års opplæring. I løpet av året får deltakerne to heldagsseminarer. Godkjenning, med ABC-bevis, gis for hver modul/perm etter egne regler for gjennomføring. ABC-opplæring som omfattes av denne nasjonale kartleggingen om demens, er Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC, hver med flere moduler/permer (abc.aldringoghelse.no).

Aldring og helse registrerer deltakere i ABC-opplæringen. Siden registrering startet i 2005 og til 1.5.2019, har 96 % av landets kommuner hatt ansatte med i ABC-opplæringen. Det har i denne perioden vært en omlegging av registreringen, blant annet med overgang fra manuell til elektronisk registrering, som kan ha påvirket presisjonsnivået i registreringen. Et eksempel er at noen som starter med en ABC-perm mot slutten av et kalenderår, ikke registrer seg før kalenderåret etterpå. Antallet ansatte som startet i opplæringen i Demensomsorgens ABC var noe lavere i 2018 enn i 2017. Dette skyldtes at opplæringsmateriellet var under revisjon og mange ventet på at perm 1 skulle komme i ny utgave høsten 2018.

Her refererer vi tall på ABC-deltakere som har registrert at de har begynt med enten Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC i 2018. Tabell 3.1 viser fordeling på de forskjellige ABC-permene, mens tabell 3.2 viser fordeling etter fylke.

Tabell 3.1. ABC-opplæring 2018

Oppstart ABC-perm	Antall kommuner	Personer startet
Demensomsorgens ABC		
- Perm 1	80	1 597
- Perm 2	98	1 779
- Miljøbehandling	39	531
Eldreomsorgens ABC		
- Aldring og omsorg	18	202
- Psykiske sykdommer i eldre år	42	541

- Geriatri	2	26
Totalt antall		4 676

Aldring og helse har registrert at 4676 personer i 166 kommuner startet på en ny ABC-perm i løpet av 2018. Deltagerne var fordelt på samtlige fylker, men de fylkene som hadde flest deltakere var Vest-Agder og Akershus, tett fulgt av Oslo og Hordaland. I alt 3907 hadde startet med en perm i Demensomsorgens ABC.

Tabell 3.2. Registrerte deltakere i ABC opplæringen, etter fylke.

Fylke	Startet i 2018
Østfold	201
Akershus	465
Oslo	448
Hedmark	131
Oppland	132
Buskerud	159
Vestfold	99
Telemark	61
Aust-Agder	224
Vest-Agder	581
Rogaland	272
Hordaland	444
Sogn og Fjordane	79
Møre og Romsdal	316
Trøndelag	406
Nordland	335
Troms	136
Finnmark	187
Hele landet	4676

I registreringen for 2018 var det ikke obligatorisk å registrere utdanning og type arbeidssted for å få fullført registreringen, og 44 % av deltakerne oppga ikke disse opplysningene. For dem som hadde besvart dette spørsmålet, viste registreringen at helsefag-/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere utgjorde den største deltakergruppa med 52 %, om lag 20 % var sjukepleiere, 11 % hadde annen høyskoleutdanning og 9 % hadde ingen helsefaglig utdanning.

Av dem som hadde registrert type arbeidssted, var 36 % ansatt i ordinær sykehjemsavdeling, og 5 % var ansatt i tilrettelagte enheter for personer med demens (svaralternativ "skjermet enhet" i ABC-registreringen), 18 % arbeidet i hjemmebaserte tjenester, 4 % i bemannet omsorgsbolig for eldre, og 3 % i dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Annen opplæring

Ansatte i 35,5 % av kommunene hadde fått opplæring om Nasjonal faglig retningslinje om demens, mens 36,5 % av kommunene oppga at de hadde implementert føringer fra Nasjonal faglig retningslinje om demens i kommunens rutiner.

I 39,2 % av kommunene ble det oppgitt at de arbeidet systematisk med opplæring og innføring av metoder for personsentrert omsorg. Med personsentrert omsorg menes omsorg der pasientens behov og ønsker settes i fokus. Personsentrert omsorg tar hensyn til hvordan personen med demens opplever situasjonen og omgivelsene.

Når det gjelder opplæring til ansatte om lindrende behandling for personer med demens, oppga 35,0 % av kommunene at de i løpet av 2018 hadde arrangert slik opplæring.

I løpet av 2018 hadde 3,5 % av kommunene arrangert opplæring til ansatte om tilrettelegging av tjenester til personer med demens som har minoritetsspråklig eller samisk bakgrunn.

Utredning og diagnostisering

Utvikling på landsbasis

Både i Demensplan 2015 og Demensplan 2020 har utredning og diagnostisering av demens vært sentrale tiltak, og i planperiodene har organisering av utredningsarbeid i kommunene fått mye oppmerksomhet. Demensplan 2020 har som uttalt mål at «den enkelte bruker skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens». I kommunene er det fastlegene som har ansvar for utredning og diagnostisering av demens, men dette skjer ofte i samarbeid med et tverrfaglig team bestående av andre yrkesgrupper, som sykepleiere, ergoterapeuter med flere. Slike team har forskjellige navn i forskjellige kommuner, men kalles gjerne hukommelsesteam/demensteam.

I små kommuner er det ikke alltid et helt team, men én ressursperson som bistår fastleger i utredning av demens. Ressurspersonen blir noen steder kalt demenskoordinator. I denne nasjonale kartleggingen omtales kommunalt ansatte som bidrar i utredning ved diagnostikk, samt oppfølging etter diagnose, som «tverrfaglige team med kompetanse om demens», uavhengig av om det er et team med flere personer eller én enkelt ressursperson. For å kunne skille hva man faktisk snakker om, er begrepet "koordinator" i denne nasjonale kartleggingen forbeholdt personer som har rollen som koordinator for enkeltpersoner, og brukes ikke om organisatoriske enheter i kommunene.

Kommunene besvarte spørsmål om de hadde tverrfaglige team med kompetanse om demens, som bistår fastlegene i utredning av demens. I de kommunene som hadde slike tverrfaglig team, besvarte kommunene tilleggsspørsmål angående organisering og arbeidsoppgaver for teamene.

Tabell 4.1 presenterer tall fra den nasjonale kartleggingen i 2018, sammenstilt med tall fra tidligere nasjonale kartlegginger. På grunn av endring i spørsmålsstilling i de nasjonale kartleggingene de siste tiårene, slås antall kommuner som tidligere oppga at de hadde demensteam, demenskoordinator eller begge tjenestene, sammen, og dette sammenlignes med antall kommuner som i 2018 oppga at de hadde tverrfaglige team med kompetanse om demens. Ved kartleggingen i 2007 opplyste 25 % av kommunene at de hadde et organisert tilbud som ga bistand til utredning og diagnostisering av demens, enten som demensteam eller demenskoordinator. Ved 2010-kartleggingen hadde 57 % av kommunene demensteam og/eller demenskoordinator, mens dette tallet var 78 % ved kartleggingen i 2014.

I 2018 oppga i alt 362 kommuner (89,8 %) at de hadde tverrfaglige team med kompetanse om demens, og 85,4 % av de kommunene som hadde slike team, hadde et team bestående av flere personer. De kommunene som ikke hadde et team bestående av flere personer, oppga å ha en ressursperson med kompetanse om demens. Alle bydelene i Oslo oppga at de hadde tverrfaglige team med kompetanse om demens.

Tabell 4.1. Kommuner med tverrfaglige team med kompetanse om demens, og tidligere demensteam/demenskoordinator, antall (%)

	2007 (N=430)	2010 (N=430)	2014 (N=428)	2018 (N=403)
Demensteam og/eller demenskoordinator	108 (25)	244 (57)	332 (78)	
				362 (90)

Utredningstilbud etter kommunestørrelse

Vi delte landets kommuner inn i kategorier etter folketall, for å se om størrelsen på kommunene var assosiert med andel kommuner som hadde tverrfaglige team med kompetanse om demens, se tabell 4.2. Alle landets store kommuner med mer enn 25 000 innbyggere hadde tverrfaglige team med kompetanse om demens, mens det for kommuner med mellom 1 500 og 25 000 innbyggere var en jevnt over god dekning av tverrfaglige team med kompetanse om demens, på ca. 90 %. I de minste kommunene (< 1 500 innbyggere) var det en litt mindre andel som hadde tverrfaglige team eller ressursperson med kompetanse om demens, ca. 80 %.

Tabell 4.2 Antall kommuner med tverrfaglig team med kompetanse om demens, etter kommunestørrelse

Kommunestørrelse etter antall innbyggere	Antall kommuner som besvarte kartleggingen	Antall kommuner med tverrfaglige team (%)
færre enn 1 500	59	46 (78,0)
1 500 – 2 999	83	76 (91,6)
3 000 – 4 999	62	56 (90,3)
5 000 – 9 999	85	77 (90,6)
10 000 – 24 999	71	64 (90,1)
færre enn 25 000	43	43 (100)

Fylkesvisе forskjeller

I de tidligere nasjonale kartleggingene har det til dels vært store forskjeller mellom fylkene når det gjelder andel av kommunene som hadde etablert team som bistår fastlegene med utredning av demens. I tabell 4.3 sammenligner vi andelen av kommuner i fylkene som hadde tverrfaglige team med kompetansen om demens ved de tre siste nasjonale kartleggingene (i 2007, 2010 og 2014), med kartleggingen i 2018.

Hele 10 fylker hadde tilbud i over 90 % av kommunene, og i Oslo, Buskerud og Vest-Agder var det tverrfaglige team med kompetanse om demens i alle kommunene. Lavest andel kommuner med tverrfaglige team med kompetanse om demens, var det i Vestfold (77,8 %) og i Finnmark (76,5 %).

Tabell 4.3. Kommuner med tverrfaglige team med kompetanse om demens, etter fylke.

	2007	2010	2014	2018
Østfold	16,7	55,6	72,2	88,9
Akershus	18,2	36,5	90,9	90,9
Oslo	100	100	100*	100*
Hedmark	45,5	77,3	86,4	95,2
Oppland	23,1	57,7	65,4	96,2
Buskerud	42,9	66,7	85,7	100
Vestfold	28,6	35,7	64,3	77,8
Telemark	22,2	44,4	61,1	94,1
Aust-Agder	6,7	73,3	86,7	92,9
Vest-Agder	6,7	53,3	86,7	100

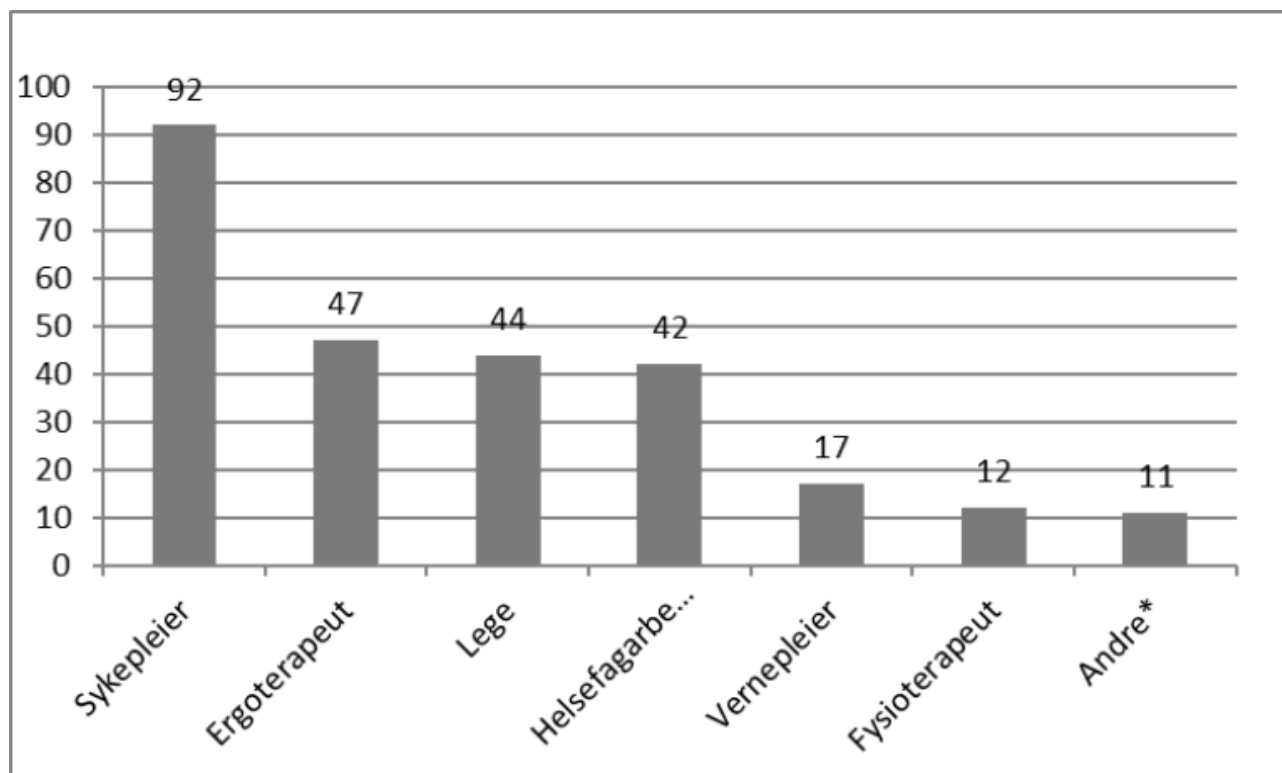
Rogaland	19,2	73,1	84,6	95,8
Hordaland	48,5	69,7	81,8	83,9
Sogn og Fjordane	15,4	53,8	84,6	92,3
Møre og Romsdal	13,9	30,6	52,8	82,9
Sør-Trøndelag	8,0	28,0	80,0	
Nord-Trøndelag	8,3	45,8	73,9	
Trøndelag**				91,1
Nordland	36,4	75,0	86,4	83,8
Troms	44,0	80,0	83,3	87,5
Finnmark	21,1	47,4	68,4	76,5
Hele landet	25,2	56,7	77,6	89,8

* Alle bydeler i Oslo oppga at de hadde demensteam og/eller demenskoordinator i 2014-2015 og Tverrfaglig team med kompetanse på demens i 2018.

** Sammenslåing av to Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag til et fylke siden forrige kartlegging.

Yrkesgrupper

Det var flere ulike profesjoner som var representert i tverrfaglige team med kompetanse om demens. Sykepleier var fortsatt den profesjonen som var hyppigst representert i tverrfaglige team med kompetanse om demens (i 92,0 % av kommunene), fulgt av ergoterapeut (47,2 %), lege (43,9 %), helsefagarbeider/omsorgsarbeider (41,7 %), vernepleier (16,6 %) og fysioterapeut (12,4 %). I 10,8 % av kommunene var andre faggrupper representert, som sosionom, aktivtør og psykolog (Figur 4.1).



Figur 4.1. Faggrupper representert i tverrfaglige team med kompetanse om demens, i % av kommuner med tverrfaglige team med kompetanse om demens (N=362).

* Andre omfatter faggrupper som sosionom, aktivitør og psykolog

Avsatt fast tid til teamet

To-tredeler av kommunene, 242 kommuner (66,9 %), oppga at de hadde fast avsatt tid til arbeidet i tverrfaglige team med kompetanse om demens. Kommuner med fast avsatt tid til arbeidet, oppga samlet stillingsstørrelse i prosent. Teamene hadde i snitt 106,7 % stillingsstørrelse. Det var stor variasjon i avsatt tid, fra 1 % til 6360 %, noe på grunn av kommunestørrelse og noe på grunn av hva hver kommune definerte som et tverrfaglig team med kompetanse om demens.

Oppgaver og organisering av arbeidet

Så mange som 92,5 % av kommunene oppga at personer med demens og deres pårørende kunne ta direkte kontakt med det tverrfaglige teamet med kompetanse om demens. Denne muligheten ble innbyggerne opplyst om gjennom kommunens nettsider, ved oppslag på dagsenter og legekantor, via informasjonsbrosjyrer, via direkte opplysninger fra ansatte i hjemmetjenestene, fra fastleger, og via Facebook.

Hovedoppgaven til de tverrfaglige teamene med kompetanse om demens var kartlegging og utredning av symptomer på kognitiv svikt. I 94,5 % av kommunene bistod teamet fastleger med diagnostisk utredning, 98,1 % av teamene kartla funksjonsnivå og hjelpebehov, 92,5 % kartla behovet for teknologiske hjelpemidler og velferdsteknologi, mens 96,1 % kartla pårørendes belastning.

I tabell 4.4 er de tverrfaglige teamene med kompetanse om demens sine andre oppgaver - utover det å bistå ved utredning av demens -- oppsummert, og opplysningene er sammenlignet med resultater fra tidligere nasjonale kartlegginger. Teamene bidro i stor utstrekning med opplæring og veiledning både av ansatte i kommunen (81 %), av pasienter (85 %) og av pårørende (91 %). Dette var omtrent uendret sammenlignet med den nasjonale kartleggingen i 2014.

Mens det ved tidligere kartlegginger var en liten andel av de tverrfaglige teamene som ga oppfølging etter første kontakt, sørget de nå i stor grad for at det ble gitt oppfølging etter diagnose. 92 % av teamene ga selv oppfølging, og 95 % sørget for at andre instanser i kommunen satte i gang oppfølging.

Nytt i 2018 var spørsmålet om bistand til utredning og oppfølging av andre psykiske lidelser hos eldre, og det var 1/3 av de tverrfaglige teamene med kompetanse om demens om gjorde dette.

Tabell 4.4 Tverrfaglige team med kompetanse om demens sine andre oppgaver utover bistand til utredning av diagnose, etter type oppgave, antall (%). Siden spørsmålstillingen var noe forskjellig i de tidligere kartleggingene, er ikke tabellen komplett

	2007 (n=108)	2010 (n=243)	2014 (n=332)	2018 (n=362)
Kartla funksjonsnivå og hjelpebehov				355 (98,1)
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 og opplæring til ansatte i kommunen				294 (81,2)
Veiledning av pårørende		180 (74,1)	306 (92,2)	
Veiledning og opplæring av pårørende				331 (91,4)
Veiledning og opplæring av pasienter				309 (85,4)
Rutiner for oppfølging etter utredning		1382 (54,3)	187 (56,3)	
Gir oppfølging etter første kontakt				332 (91,7)
Sørger for at hensiktsmessig oppfølging blir satt i verk av andre instanser i kommunen				343 (94,8)
Tilbyr bistand til utredning og/eller oppfølging av eldre med andre psykiske lidelser enn demens, inkludert rus/legemiddelavhengighet				126 (34,8)

Rutiner for samhandling med andre

Det tverrfaglige teamet med kompetanse om demens samarbeidet med mange andre aktører som gir tjenester til personer med demens. I 74,0 % av kommunene med tverrfaglige team med kompetanse om demens, oppga de at de hadde rutiner for samarbeid med fastleger om diagnostisk utredning, mens 60,2 % oppga at de hadde rutiner for samarbeid med fastleger om oppfølging etter diagnose.

Av andre tjenester for personer med demens, oppga 68,2 % av kommunene at de hadde rutiner for samarbeid med dagaktivitetstilbud i kommunen, 76,2 % oppga at de hadde rutiner for samarbeid med hjemmesykepleien/hjemmetjenesten, 45,9 % oppga at de hadde rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og 16,9 % av kommunene oppga at de hadde rutiner for samarbeid med andre instanser som sykehjem, tildelingskontor, koordinerende tjenester, frivillige organisasjoner, leverandører av velferdsteknologi, og pårørende.

Bruk av utredningsverktøy

Nasjonal faglig retningslinje om demens gir føringer for hvordan utredning og diagnostisering av demens bør foregå. Aldring og helse har tidligere utarbeidet et utredningsverktøy for basal demensutredning, som senere er oppdatert basert på anbefalingene i Nasjonal faglig retningslinje om demens. Verktøyet finnes på Aldring og helses nettsider.

Hele 337 kommuner (93,1 %) av kommunene med tverrfaglig team med kompetanse om demens, oppga at de brukte utredningsverktøyet. Dette er samme andel som i forrige nasjonale kartlegging i 2014, før den nasjonale faglige retningslinjen om demens ble publisert.

Andel av personer med demenssykdom som har en registrert diagnose

Registerdata fra KUHR, NPR og IPLOS viser at 45 000 personer er registrert med en demensdiagnose. Demensplan 2020 anslår at det i Norge er minst 80 000 personer med demens, noe som er det laveste av flere estimerer over antall personer med demenssykdom i Norge. Dette betyr at bare 56 % av personer med demenssykdom er utredet og har fått en registrert demensdiagnose, selv om nær 90 % av kommunene nå har tverrfaglige team med kompetanse om demens som bistår fastlegene ved utredning, og 93 % av kommunene med tverrfaglig team bruker utredningsverktøyet som er basert på Nasjonal faglig retningslinjen om demens.

Oppfølging av hjemmeboende personer med demens etter diagnose

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal være helhetlige og koordinerte, dette gjelder også for personer med demens. Nasjonal faglig retningslinje om demens sier at alle personer med demens og deres pårørende **bør** ha en fast kontaktperson eller koordinator i kommunen. Personen med demens uten behov for hjelp fra flere instanser over tid, **bør** få tilbud om en fast individuell koordinator eller kontaktperson. Dette kan være en person fra det tverrfaglige teamet med kompetanse om demens, en person fra hjemmetjenesten, eller en annen ansatt i kommunen. Kommunen **skal** tilby individuell koordinator til personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, dette gjelder også for personer med demens. Om tjenestemottaker ønsker det, skal en Individuell plan (IP) utarbeides.

Systematisk oppfølging av personer som har fått en demensdiagnose, er et sentralt tiltak i Demensplan 2020. I dette kapittelet refererer vi hvor mange kommuner som har etablert ordninger eller rutiner for systematisk oppfølging av personer med demens og deres pårørende etter at diagnosen er stilt, og innholdet i dette tilbudet.

I alt svarte 223 kommuner (55,3 %) at de hadde faste rutiner/modeller for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende etter at demensdiagnosen er stilt. De fleste kommunene oppga at rutinen var regelmessige besøk hver 6. eller 12. måned, men eksempler på andre rutiner for oppfølging er Tiltakspakke demens, systematiske pårørendesamtaler, og rutiner utviklet under deltagelse i Helsedirektoratets utviklingsprosjekt på Demensplan 2020, om systematisk oppfølging etter demensdiagnose.

Individuell koordinator

I Demensplan 2020 er det lagt vekt på individuell koordinator for personer med demens. Nasjonal faglig retningslinje om demens sier at alle personer med demens bør tilbys en fast individuell koordinator eller kontaktperson, og 39,7 % av kommunene hadde rutiner eller ordninger som innebar at personer med en demensdiagnose ble tilbudt en individuell koordinator/kontaktperson uavhengig av omfang av hjelpebehov.

Når den gjelder individuell plan (IP) og koordinator etter forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, svarte 54,1 % av kommunene at de hadde rutiner eller ordninger for å tilby en individuell koordinator til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunene oppga videre at 2212 personer med demens hadde en individuell koordinator.

47,9 % av kommunene oppga at de hadde rutiner for å tilby IP til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Brukerskoler

Brukerskoler skal gi informasjon og kunnskap om demens til personer som selv har demens, og være en møteplass for utveksling av erfaringer og gjensidig støtte. 111 kommuner (27,5 %) oppga at de alene eller i samarbeid med andre kommuner, hadde arrangert brukerskoler siste to år. Av de 111 kommunene som hadde arrangert brukerskoler, hadde 58,6 % av kommunene arrangert brukerskoler i 2017, mens 70,3 % av kommunene hadde arrangert brukerskoler i 2018. Brukerskolene hadde flere elementer. 93,7 % av

kommunene oppga at de ga informasjon og kunnskap om demens (undervisning), mens 89,2 % av kommunene oppga at brukerskolene var en møteplass for utveksling av erfaringer og gjensidig støtte (samtalegruppe).

Støttekontakt og samarbeid med frivillige

Støttekontakt er en tjeneste for å hjelpe den enkelte personen til meningsfull fritid og sosialt samvær. I 314 kommuner (77,9 %) var det fattet vedtak om å gi støttekontakt/aktivitetskontakt til personer med demens i kommunen, en økning fra 65 % i 2014. I 51,3 % av disse kommunene ble det gitt spesiell opplæring om demens til støttekontakter/aktivitetskontakter for denne målgruppen.

Det var egne rutiner og retningslinjer for samarbeid med frivillige om tjenester til personer med demens i 62,0 % av kommunene. Samarbeid med frivillige om tiltak rettet mot personer med demens som bodde hjemme, fantes i 64,8 % av landets kommuner. Det var samarbeid om tiltak rettet mot personer med demens som fikk dagaktivitetstilbud i 57,8 % av kommunene, videre var det rettet mot personer som bodde i bokollektiv for personer med demens i 35,2 % av kommunene, og det var rettet mot personer som bodde på sykehjem i 71,5 % av kommunene.

Samtykkekompetanse, motstand mot helsehjelp, og oppnevning av verge

Vurdering av samtykkekompetanse

Vurdering av samtykkekompetansen hos personer med demens som mottar tjenester fra kommunen er viktig, og 84,1 % av kommunene opplyste at de hadde egne rutiner eller ordninger for å sikre denne vurderingen. For de kommunene som hadde en slik rutine, gjaldt den for tverrfaglige team med kompetanse om demens (69,9 % av kommunene), hjemmesykepleie/hjemmetjeneste (77,9 % av kommunene) og sykehjemsenheter tilrettelagt for personer med demens (93,5 % av kommunene). Det var stor variasjon mellom kommunene i hvordan de beskrev sine rutiner, fra «kontinuerlig vurdering» til «etter behov». Mange kommuner hadde rutiner for å inkludere flere yrkesgrupper i vurderingen, og dette var ofte i forbindelse med overganger i tjenestetilbudet (for eksempel innleggelse på sykehjem), at det var rutiner for vurdering av samtykkekompetanse.

Motstand mot helsehjelp

Enkelte personer med demens motsetter seg nødvendig helsehjelp fra kommunen. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A åpner for å gi tvungen helsehjelp for å unngå vesentlig helseskade hos pasienter som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelpen, og der man ikke har kommet til målet med tillitsskapende tiltak. I den nasjonale kartleggingen i 2018 oppga 51,1 % av kommunen at de hadde rutiner for oppfølging av hjemmeboende personer med demens uten samtykkekompetanse, som motsatte seg helsehjelp.

Oppnevning av verge

Vergemål er et frivillig hjelpetiltak for personer som på grunn av en skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse ikke kan ivareta interessene sine selv. Tvungent vergemål kalles fratakelse av rettslig handleevne. Vergen skal gi vergehaveren råd, veiledning og bistand når beslutninger skal tas (8). Vergemålet kan omfatte personlige og økonomiske forhold, og vergens oppgave er hovedsakelig å disponere midler og ivareta rettigheter for vergehaveren. Praktisk bistand, omsorg og pleie er ikke omfattet av vergemålet. Personer med demens kan ha behov for verge, og 54,3 % av kommunen oppga i 2018 at de hadde en fast prosedyre for å vurdere behovet for verge for personer med demens.

Tilbud til pårørende til personer med demens

Pårørendestøtte

Pårørende til personer til demens yter ofte en uvurderlig innsats, både med omsorgsoppgaver og tilstedeværelse for personen med demens. Etter § 3-6 i helse- og omsorgstjenesteloven skal kommunene tilby nødvendig pårørendestøtte til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. 74,2 % av kommunene oppga å ha rutiner for å kartlegge pårørendes behov for støtte. Av de 299 kommunene som oppga å ha rutiner for vurdering av behov for pårørendestøtte, oppga 86,0 % av kommunene at det innebar vurdering av behov for opplæring og veiledning, 97,0 % at det innebar vurdering av behov for avlastning, og 77,9 % at det innebar vurdering av behov for omsorgsstønad.

Pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende

I Demensplan 2020 er en av målsetningene å legge til rette for pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens i hele landet. I alt opplyste 236 kommuner (58,6 %) at de hadde gjennomført pårørendeskole i 2017, og 235 kommuner (58,3 %) oppga at de hadde gjennomført pårørendeskoler i 2018. Til sammen hadde 286 kommuner (71,0 %) gjennomført pårørendeskole i løpet av 2017 eller 2018 (Tabell 7.1).

I disse tallene er Oslo tatt med som én kommune, og samlet sett hadde Oslo som kommune tilbud om pårørendeskole både i 2017 og i 2018. På bydelsnivå hadde 12 av 15 bydeler pårørendeskole i 2017, det samme tallet som i 2018. En av de bydelene som ikke hadde pårørendeskole i 2017 hadde pårørendeskole i 2018. En bydel hadde pårørendeskole i 2017, men ikke i 2018. To bydeler hadde hverken pårørendeskole i 2017 eller 2018.

Fra pårørendeskoler og samtalegrupper ble tatt med i den nasjonale kartleggingen i 2007, har det vært en økning i antall kommuner med pårørendeskole eller annet kurstilbud frem til 2014, da tre av fire kommuner hadde pårørendeskole eller annet opplæringstilbud for pårørende til personer med demens. Ved kartleggingen i 2018 var det omtrent uendret andel kommuner med pårørendeskoler fra 2014, med 286 kommuner som hadde arrangert pårørendeskole de to siste årene og 11 kommuner som oppga at de hadde andre kurstilbud enn egne pårørendeskoler. Andre kurstilbud var for eksempel at kommunen videreformidlet informasjon om eller samarbeidet med nabokommuner om deres pårørendeskoler. Det var 52 kommuner (18,2 %) som oppga at de hadde et differensiert tilbud til pårørende, som egne grupper for barn, ungdom eller pårørende til yngre personer med demens.

Tabell 7.1. Kommuner med pårørendeskoler, andre kurstilbud og samtalegrupper for pårørende. Antall (%)

(N=428)

	2007 (N=430)	2010* (N=430)	2018 (N=403)	
Pårørendeskole	20 (4,7)	163 (37,9)	289 (67,5)	286 (71,0)

Andre kurstilbud	31 (7,2)	129 (30,0)	<86 (20,1)	11 (2,7)
	49 (11,4)	247 (57,4)	314 (73,4)	297 (73,7)
Samtalegruppe	41 (9,5)	85 (19,8)	133 (31,1)	151 (37,5)

* Denne undersøkelsen omfatter data fra undersøkelsen rettet til kommunene. I 2010 og 2014 ble det gjennomført egne undersøkelser til demensforeninger som kan tyde på at både antall pårørendeskoler, kurstilbud og samtalegrupper er noe høyere enn det kommunene har rapportert.

Samtalegrupper for pårørende

I 124 kommuner (30,0 %) opplyste de at de hadde egne samtalegrupper for pårørende til personer med demens i 2017, mens 127 kommuner (31,5 %) hadde egne samtalegrupper for pårørende i 2018. Til sammen oppga 151 kommuner (37,5 %) at de hadde samtalegrupper for pårørende til personer med demens i enten 2017 eller 2018 (Tabell 7.1). Oslo kommune tilbød samtalegrupper i 11 av sine 15 bydeler i 2017, og i 10 bydeler i 2018. Det var de samme fire bydelene som ikke hadde samtalegrupper i 2018, som heller ikke hadde samtalegrupper som i 2017, mens en bydel hadde samtalegruppe i 2017 men ikke i 2018. Det var ikke noe mønster i at det var de samme bydelene som ikke tilbød pårørendeskole som heller ikke tilbød samtalegrupper.

Siden kartleggingen i 2007, da det var 41 kommuner (9,5 %) som hadde samtalegruppe for pårørende til personer med demens, har det vært en jevn økning til 151 kommuner (37,5 %) ved denne nasjonale kartleggingen, som omfatter 2017-2018. Kommuner som hadde samtalegrupper hadde i hovedsak også pårørendeskole. Av de 151 kommunene med samtalegrupper, var det bare 11 kommuner som ikke hadde pårørendeskoler.

Tilskuddsordning for pårørendeskoler og samtalegrupper

Aldring og helse forvalter en tilskuddsordning til pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens, på oppdrag fra Helsedirektoratet, og Aldring og helse fører register over hvilke kommuner som får tilskudd for å drive slike pårørendeskoler og samtalegrupper. Til sammen ble det gitt tilskudd til 165 pårørendeskoler og 161 samtalegrupper for pårørende i 2018. Femti-seks pårørendeskoler var interkommunale, og samlet var det tilbud om pårørendeskoler i 230 kommuner i 2018. Tallene for tildelte tilskudd er lavere enn det tallet kommunene oppgir over gjennomførte tilbud, der 297 kommuner oppgir å ha pårørendeskole eller annet kurstilbud. Tabell 7.2. viser fordeling etter fylke for pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens, som er gjennomført med tilskudd. Akershus, Oslo, Trøndelag og Nordland arrangerte både flest pårørendeskoler og flest samtalegrupper for pårørende til personer med demens.

Tabell 7.2. Antall pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til personer med demens i 2018 som fikk tilskudd, etter fylke.

	Antall pårørende-skoler det ble innvilget tilskudd til – én kommune	Antall interkommunale pårørendeskoler det ble innvilget tilskudd til	Antall samtale-grupper det ble innvilget tilskudd til
Østfold	3	5	10
Akershus	14	4	36

Oslo	12	2	19
Hedmark	4	4	2
Oppland	3	7	5
Buskerud	5	5	5
Vestfold	4	1	5
Telemark	4	2	3
Aust-Agder	3	1	2
Vest-Agder	3	3	6
Rogaland	1	6	8
Hordaland	6	5	5
Sogn og Fjordane	4	1	3
Møre og Romsdal	6	4	18
Trøndelag	13	2	22
Nordland	13	2	6
Troms	4	1	4
Finnmark	7	1	2
Hele landet	109	56	161

Andre tilbud til pårørende

Det var 131 kommuner (32,5 %) som oppga at de hadde andre tilbud til pårørende enn samtalegrupper og pårørendeskoler. I tillegg til samarbeid med nabokommuner om pårørendeskoler, er eksempler på andre tilbud til pårørende pårørendecafe, individuelle støttesamtaler, hjemmebesøk, åpne temakvelder, og "demensdager".

Avlastning til pårørende med demens

Omtrent alle kommunene (97,3 %) oppgir at det var fattet vedtak om avlastning til pårørende til personer med demens i deres kommune. Av de 393 kommunen som oppga at det var fattet vedtak om avlastning, oppga 384 kommuner (98,0 %) at avlastningen kan foregå som korttidsopphold på sykehjem, 334 kommuner (85,2 %) at avlastningen kan foregå som dagaktivitetstilbud, og 164 kommuner (41,8 %) at avlastningen kan foregå i personens eget hjem. Sekstire kommuner eller bydeler oppga at det var fattet vedtak om andre former for avlastning, hvor støttekontakt og forskjellige former for dagaktivitetstilbud var mest hyppig.

Det var nesten halvparten av kommunene (44,9 %) som oppga at de ga avlastning om natten, mens 64,0 % av kommunene oppga at de ga avlastning i helger. Omsorgsstønad (tidligere omsorgslønn) var også hyppig brukt, og 63,0 % av kommunene oppga at det var fattet vedtak om dette til pårørende til personer med demens.

Kommunens hjemmetjenestetilbud til personer med demens

Demensplan 2020 har som mål at personer med demens skal oppleve at de er sett og godt ivaretatt, og at de får et tilrettelagt tjenestetilbud. En måte å organisere hjemmetjenestene på som ivaretar dette, er at personer med demens får hjelp fra en personalgruppe bestående av få og kjente ansatte. 45,7 % av kommunene oppga at de hadde satt i verk systematiske tiltak som bidrar til dette.

Videre oppga 171 kommuner (42,4 %) at de drev med hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring for personer med demens.

Dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt for personer med demens

Dagaktivitetstilbud for personer med demens har vært et satsningsområde for kommuner og helsemyndigheter siden Demensplan 2015 kom i 2007.

Å prøve ut gode modeller for dagaktivitetstilbud til personer med demens var et av satsingsområdene i Demensplan 2015. I Demensplan 2020 er et av målene å endre helse- og omsorgstjenesteloven slik at kommunene får en plikt til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.

I denne Nasjonale kartlegging i 2018 ble kommunene spurt om de hadde dagaktivitetstilbud spesielt tilegnet og tilrettelagt for personer med demens. Med «dagaktivitetstilbud» menes ulike tilbud på dagtid, både tilknyttet sykehjem (gjørne kalt dagopphold i sykehjem), Inn på tunet-tilbud og andre tilbud. Med «tilegnet» personer med demens menes at det er et kriterium for å få plass at demensdiagnose er satt eller at demensutredning er startet. Med «tilrettelagt» for personer med demens menes at tilbudet har aktiviteter og organisering som egner seg for målgruppen.

Det ble spurt om tilrettelagte dagaktivitetstilbud i hver kommune, og organisering, innhold og størrelse på dagaktivitetstilbudene. Mens det tidligere ble spurt detaljert om innholdet i hvert dagaktivitetstilbud i hver kommune, ble det i denne nasjonale kartleggingen i 2018 etterspurt informasjon om tilbudet totalt i kommunen. Tidligere kartlegginger har ikke brukt spørsmålsstillingen dagaktivitetstilbud spesielt tilegnet og tilrettelagt for personer med demens, men dagsenter øremerket for personer med demens eller lignende. En direkte sammenligning av resultatene av de tidligere års kartlegginger med kartleggingen i 2018, kan derfor være noe unøyaktig.

Økning i tilbud

Antall kommuner som oppga å ha et dagaktivitetstilbud spesielt tilegnet og tilrettelagt for personer med demens hadde økt siden den første kartleggingen i 1996 (Tabell 9.1). I den første nasjonale kartleggingen i 1996 oppga 79 kommuner (18,9 %) at de hadde dagsenter øremerket for demens, mens i denne nasjonale kartleggingen i 2018, oppga 354 kommuner (87,8 %) at de hadde dagaktivitetstilbud spesielt tilegnet og tilrettelagt for personer med demens. I Oslo oppga 14 av 15 bydeler at de hadde tilrettelagt dagaktivitetstilbud.

Kommunene oppga at per 1. oktober 2018 mottok 7 909 personer et dagaktivitetstilbud tilegnet og tilrettelagt for personer med demens, et antall som hadde økt fra 671 i 1996 og 6318 i 2014 (Tabell 9.1).

Tabell 9.1. Tilrettelagte dagaktivitetsplasser tilegnet personer med demens

	1996	2000	2004	2007	2010	2014	2018
Andel kommuner med dagtilbud	18,2 %	23,0 %	24,0 %	30,2 %	43,7 %	71,3 %	87,8 %
Antall kommuner med dagtilbud	79	100	104	130	188	305	354
Antall brukere totalt*	671	1 377	1 540	2 351	3 257	6 318	7 909

* Tallene er beheftet med noe usikkerhet, spesielt er rapporteringen fra de store byene inkludert Oslo usikre. Det er også mangelfull informasjon fra flere andre kommuner. I tillegg er spørsmålsstillingen forskjellig i de forskjellige kartleggingene.

Om en ser på andelen kommuner i landets fylker som oppga å ha et dagaktivitetstilbud til personer med demens, har det også vært en økning. I 11 av landets 18 fylker oppga mer enn 90 % av kommunene at de hadde et dagaktivitetstilbud. Kun i Telemark, Nordland og Finnmark hadde færre enn 80 % av kommunene tilrettelagte dagaktivitetstilbud for personer med demens (Tabell 9.2).

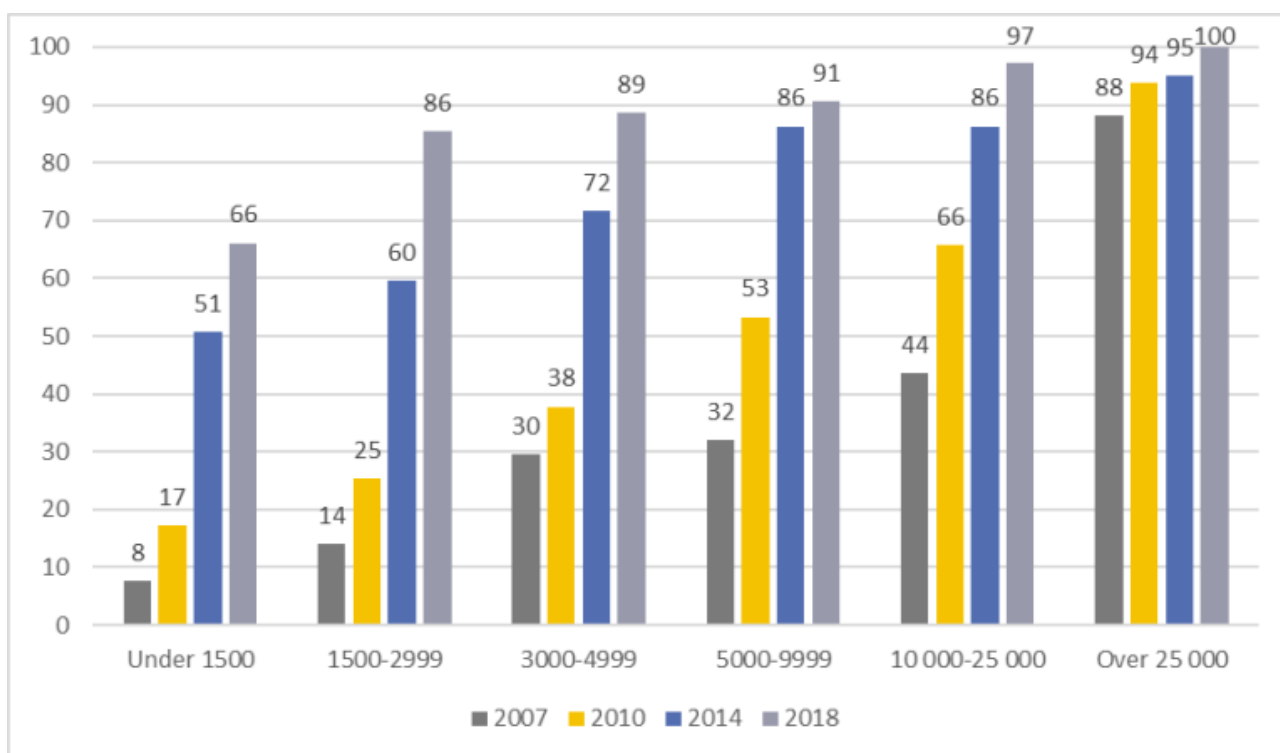
Tabell 9.2. Dagaktivitetstilbud i kommuner etter fylke. Antall (%).

Fylke, antall kommuner pr 1.1.18	2007 - Antall (%)	2010 - Antall (%)	2014 - Antall (%)	2018 - Antall med tilbud/antall som besvarte kartleggingen (%*)
Østfold, 18 kommuner	8 (44)	12 (67)	13 (72)	17/18 (94)
Akershus, 22 kommuner	13 (59)	14 (64)	21 (96)	21/22 (96)
Oslo	1	1	1	1
Hedmark 22 kommuner	10 (46)	12 (55)	19 (86)	19/21 (91)
Oppland, 26 kommuner	8 (31)	14 (54)	21 (81)	24/26 (92)
Buskerud, 21 kommuner	11 (52)	12 (57)	16 (76)	21/21 (100)
Vestfold, 9 kommuner	7 (50)	8 (57)	13 (93)	9/9 (100)
Telemark, 18 kommuner	6 (33)	3 (19)	8 (44)	13/17 (77)
Aust-Agder, 15 kommuner	4 (27)	6 (40)	9 (60)	13/14 (93)
Vest-Agder, 15 kommuner	6 (40)	9(60)	12 (80)	15/15 (100)
Rogaland, 26 kommuner	11 (42)	15 (58)	17 (65)	23/24 (96)
Hordaland, 33 kommuner	8 (24)	14 (42)	25 (76)	25/31 (81)
Sogn og Fjordane, 26 kommuner	4 (15)	10 (39)	17 (65)	24/26 (92)
Møre og Romsdal, 36 kommuner	10 (27)	17 (47)	25 (69)	30/35 (86)
Sør-Trøndelag	11 (44)	9 (36)	19 (76)	
Nord-Trøndelag	3 (13)	10 (42)	12 (52)	
Trøndelag, 47 kommuner				39/45 (87)
Nordland,				

44 kommuner	4 (9)	9 (21)	28 (63)	28/37 (76)
Troms, 24 kommuner	2 (8)	7 (28)	17 (71)	21/24 (88)
Finnmark, 19 kommuner	3 (16)	6 (32)	12 (63)	11/17 (65)
Hele landet	130 (30)	188 (44)	305 (71)	354/403 (88)

* % er angitt i andel av de kommuner som har besvart nasjonal kartlegging 2018

Ser en på andelen kommuner som hadde dagaktivitetstilbud for personer med demens i forhold til kommunestørrelse, så har det også her vært en positiv utvikling uavhengig av kommunestørrelse. Det var tidligere de små kommunene som oppga å mangle dagaktivitetstilbud, men ved denne nasjonale kartleggingen i 2018 oppga, ca. 90 % av alle kommuner med mellom 1500 og 10 000 innbyggere at de hadde et slikt tilbud (Figur 9.1). I kommuner med over 10 000 innbyggere hadde omtrent alle kommuner dagaktivitetstilbud, mens i kommuner med under 1500 innbyggere hadde to av tre kommuner dagaktivitetstilbud tilegnet og tilrettelagt for personer med demens.



Figur 9.1 Andel kommuner med dagaktivitetstilbud etter folketall

Administrative forhold inkludert egenandel

Det ble spurt om det ble fattet vedtak om tildeling av plass i dagaktivitetstilbudet, og 310 kommuner (87,6 %) av de 354 som oppga å ha dagaktivitetstilbud for personer med demens, svarte bekreftende på dette. I 265 kommuner (74,9 %) oppga de at dagaktivitetstilbudet ble gitt som nødvendige helse- og omsorgstjeneste.

I alt 301 av de 354 kommunene (85,0 %) som oppga at de hadde dagaktivitetstilbud for personer med demens, krevde egenandel for tilbudet. Hos 248 av de 301 kommunene (82,4 %) som krevde egenandel, inkluderte egenandel transport, og hos 267 kommuner (88,7 %) inkluderte egenandelen mat.

Kommunene ble bedt om å oppgi størrelsen på egenandelen kommunene krevde per dag for dagaktivitets-tilbudene, og det var store variasjoner mellom kommunene. I gjennomsnitt krevde de 286 kommunene som oppga egenandel, 133 kroner per dag.

Tilbud særlig tilrettelagt for spesielle grupper

Kommunene ble spurt om de hadde dagaktivitetstilbud særlig tilrettelagt og øremerket for spesielle grupper av personer med demens, og 77 av de 354 kommunene (21,8 %) som oppga at de hadde et dagaktivitetstilbud, bekreftet at de hadde et tilbud særlig tilrettelagt for spesielle grupper. Av de 77 kommunen oppga 55 kommuner å ha et dagaktivitetstilbud spesielt rettet mot yngre personer med demens, og totalt tilbød disse 55 kommunene 407 dagaktivitetsplasser for yngre personer med demens. I tillegg oppga 33 av de 77 kommunene at de hadde dagaktivitetstilbud særlig tilrettelagt og øremerket for andre grupper med spesielle behov, fordelt på 387 dagaktivitetsplasser. Eksempler på grupper disse dagaktivitetsplassene var tilrettelagt og øremerket for, var menn, kvinner, personer med psykisk utviklingshemming, fysisk spreke/fysisk godt fungerende personer med demens, personer med demens og samtidig psykisk sykdom, og personer med alvorlig demens.

I hovedsak var det store kommuner med mange innbyggere som tilbød dagaktivitetstilbud spesielt tilrettelagt og øremerket for spesielle grupper, men 17 av de 77 kommunene (22,1 %) som tilbød et slikt dagaktivitetstilbud hadde under 5000 innbyggere.

Åpningstider

Alle de 354 kommunene med dagaktivitetstilbud oppga hvor mange dager i uken de holdt åpent. I hovedsak var dagaktivitetstilbudene åpne på ukedagene, og mer enn halvparten av kommunene oppga at de holdt åpent fem dager i uken eller mer. Dette er en økning fra forrige nasjonale kartlegging, der 42 % av kommunene oppga at de hadde åpent fem dager i uken eller mer. Tjueen kommuner (6 %) oppga at de holdt åpent i 6 eller 7 dager i uken, noe som er omtrent uendret fra forrige nasjonale kartlegginger.

Seksti kommuner, 17 % av de kommunene som har dagaktivitetstilbud, oppga at de hadde åpent i andre tidsrom enn dagtid på ukedager. Av disse 60 kommunen hadde 51 kommuner åpent på ettermiddag eller kveld, mens 30 kommuner hadde åpent på lørdager og/eller søndager. Noen oppga også at de hadde åpent på helligdager.

Åpningstidene på dagaktivitetstilbudene var til en viss grad styrt av ferieavvikling til de ansatte, og 39,3 % av kommunene som har et dagaktivitetstilbud, oppga at de stengte for å avvikle ferier.

Tabell 9.3. Antall dager i uken dagaktivitetstilbudet var åpent, etter kommune

Antall dager i uka	2004 Antall kommuner (%)	2007 Antall kommuner (%)	2010 Antall kommuner (%)	2014 Antall kommuner (%)	2018 Antall kommuner (%)
1	15 (15,3)	12 (9,4)	26 (13,9)	27 (8,9)	23 (6,5)
2	17 (17,4)	21 (16,4)	42 (22,5)	72 (23,6)	54 (15,3)
3	13 (13,3)	25 (19,5)	21 (11,2)	58 (19,0)	55 (15,5)
4	12 (12,2)	14 (10,9)	15 (8,0)	18 (5,9)	37 (10,5)
5	40 (40,8)	49 (38,3)	74 (39,6)	116 (38,0)	164 (46,4)
6	0 (0)	1 (0,8)	2 (1,1)	4 (1,3)	8 (2,3)

7	1 (1,0)	6 (4,7)	7 (3,7)	10 (3,3)	13 (3,7)
Totalt*	98 (100)*	128 (100)*	187 (100)*	305 (100)**	354 (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.

Lavterskeltilbud

Hver tredje kommune, 133 av 403 kommuner (33 %), oppga at de hadde lavterskeltilbud på dagtid, som er spesielt tilegnet og tilrettelagt for personer med demens. Med lavterskeltilbud menes tilbud som kan benyttes uten vedtak fra kommunen. Eksempler på slike lavterskeltilbud som ble oppgitt i denne kartleggingen, var tradisjonelle dagsentertilbud åpne for alle i kommunen, turgrupper, trimgrupper, caféer og sosiale sammenkomster.

Tilrettelagte bo- og behandlingstilbud for personer med demens

Som ved tidligere kartlegginger av tjenestetilbudet til personer med demens, ønsket vi å få et bilde av kommunenes spesielt tilrettelagte botilbud til denne gruppen tjenestemottakere.

Av lovregulerte boformer omfattet kartleggingen plasser i sykehjem. Sykehjem er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, jf. forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav d. I sykehjem gis det heldøgns helse- og omsorgstjenester, og beboerne betaler egenandel etter forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester, som blant annet skal dekke kost, losji, medisiner og helse- og omsorgstjenester.

For sykehjem var det spørsmål om kommunens totale antall sykehjemsplasser, og mer detaljerte spørsmål om plasser i enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens. Det var også spørsmål om plasser i forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer.

Ved tidligere kartlegginger ble det spurt etter «skjermede enheter» og «forsterkede skjermede enheter» for personer med demens i sykehjem. I en del kommuner er betegnelsene «skjermet enhet» og «forsterket skjermet enhet» erstattet med andre betegnelser - selv om innholdet i tilbudet i hovedsak er det samme. I denne kartleggingen ble betegnelsene «enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens» og «forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer», brukt.

Beboere som bor i «ikke lovregulerte boliger/boformer», som ikke er institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c, bor per definisjon i eget hjem. Av ikke lovregulerte boformer omfattet kartleggingen *omsorgsboliger*. Begrepet *omsorgsboliger* omfatter her tilrettelagte boliger for personer med demens, som personer leier av kommunen/som kommunen disponerer, og som er samlokalisert og har fellesareal - gjerne kalt *bokollektiv eller bofellesskap*. Helse- og omsorgstjenester som ytes i slike boliger er å regne som «hjemmetjenester» etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a eller b.

Kommunene ble bedt om å registrere opplysninger om alle sykehjem og andre relevante botilbud som kommunen har ansvar for å drive, uavhengig av om plasser ble leid ut til andre kommuner.

Sykehjemsplasser

Totalt antall sykehjemsplasser som ble oppgitt å være i kommunenes disposisjon pr. 01.10.2018 var 37 876 plasser. Av disse var 32 924 plasser (86,9 %) i kommunal drift og 3 755 plasser (9,9 %) i privat/kommersiell eller ideell drift. Det er en uforklart diskrepans på 1 197 plasser (3,2 %) mellom det totale antallet sykehjemsplasser som ble oppgitt og summen av antall plasser i kommunal og privat/kommersiell eller ideell drift som ble oppgitt av kommunene.

Tabell 10.1 gir en oversikt over utviklingen av sykehjemsplasser og dekningsgraden for befolkningen over 80 år fra den første kartleggingen i 1996 og frem til 2018. Oversikten viser at det har vært en liten nedgang i dekningsgraden for befolkningen over 80 år over denne perioden. Det må trolig ses i sammenheng med en økende satsning på hjemmebaserte omsorgstjenester og utbygging av omsorgsboliger.

Tabell 10.1 Sykehjemsplasser og dekningsgrad for befolkningen 80 år og eldre

	1996	2000	2004	2008*	2010	2014	2018**
Sykehjemsplasser	33 764	36 554	38 118	36 845	38 870	38 658	37 876
Befolkningen 80 +	180 322	196 901	211 741	203 094	221 153	220 760	220 483
Dekningsgrad sykehjem	18,7 %	18,6 %	18,0 %	18,1 %	17,6 %	17,5 %	17,2 %

*Tallene er fra 397 kommuner som svarte på undersøkelsen i 2008.

** Tallene er fra 403 kommuner som svarte på undersøkelsen i 2018.

Om tallmaterialet

Som ved tidligere kartlegginger var tallet på sykehjemsplasser som kommunene innrapporterte, lavere enn tallet som oppgis av Statistisk Sentralbyrå (SSB). I henhold til SSB var det i 2017 i alt 40 401 langtids- og tidsbegrensete plasser i syke- og aldershjem, hvorav 10,7 % var private plasser. Det kan være flere mulige årsaker til denne forskjellen, slik som: a) I gjeldende kartlegging var det nitten av landets kommuner som ikke svarte; b) SSB inkluderer både sykehjems- og aldershjemsplasser i sine beregninger, mens kommunene i denne kartleggingen kun ble bedt om å oppgi antall sykehjemsplasser; c) tallene til SSB omfatter alle tilgjengelige private plasser, mens kommunene i denne kartleggingen kun oppga plasser som kommunen driver selv eller som drives av private/kommersielle eller ideelle aktører etter avtale med kommunen på tidspunktet for undersøkelsen. Dersom SSB sine tall legges til grunn, gir det en dekningsgrad på sykehjemsplasser for befolkningen over 80 år på 18,1 %. Tilsvarende var dekningsgraden på sykehjemsplasser for befolkningen over 80 år i 2014 på 18,3 %.

Samlet botilbud tilrettelagt for personer med demens

Av de 403 kommunene som deltok i undersøkelsen, svarte 378 kommuner (93,8 %) at de enten hadde enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens i sykehjem (tidligere kalt «skjermede enheter») eller tilrettelagte bokollektiv for personer med demens. I alt 101 kommuner (25,1 %) kommuner oppga å ha både spesielt tilrettelagte enheter i sykehjem og tilrettelagte bokollektiv for personer med demens.

Sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger til personer med demens bør være tilpasset og tilrettelagt for brukernes behov. Behovet for å styrke botilbudet til personer med demens er fremhevet i Demensplan 2020. Husbanken gir investeringstilskudd som skal stimulere kommunene til å fornye og øke tilbudet av plasser i sykehjem og omsorgsboliger for personer med behov for heldøgns helse- og omsorgstjenester. I Husbankens retningslinjer for investeringstilskuddet fremgår det at sykehjem og omsorgsboliger skal være tilrettelagt for personer med demens og kognitiv svikt, i samsvar med Omsorg 2020 og Demensplan 2020. Dette innebærer blant annet små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og tilgang til tilrettelagt uteareal.

Tabell 10.2 viser utviklingen av tilrettelagte plasser for personer med demens fra den første kartleggingen i 1996 og frem til 2018. Av tabellen fremgår det at det har vært en jevn økning i det samlede antallet tilrettelagte plasser for personer med demens i denne perioden. Det gjelder både for enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens, forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, og plasser i bokollektiv/ bofellesskap for personer med demens i omsorgsboliger. Siden den forrige kartleggingen i 2014 har økningen i samlet antall tilrettelagte plasser vært på 16,9 %.

Tabell 10.2. Tilrettelagte plasser for personer med demens samlet.

	1996	2000	2004	2008*	2010	2014	2018**
Plasser i tilrettelagt enhet (TE)	4 478	5 977	7 884	8 204	9 002	9 298	10 799
Plasser i forsterket tilrettelagt enhet (FTE)				338	384	548	772
Plasser i bokollektiv i omsorgsboliger	247	789	1 268	1 409	1 941	2 146	2 294
Annet tilrettelagt botilbud	609	728	304	277	65	52	-
Antall plasser samlet	5 334	7 494	9 456	10 228	11 392	11 859	13 865

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

** I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for de 403 kommunene. Spørsmålet om «Annet tilrettelagt botilbud» ble ikke inkludert i undersøkelsen i 2018.

Sykehjem – enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens

Andelen av kommuner som rapporterte å ha enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens i sykehjem, har økt jevnt siden den første kartleggingen startet og frem til i dag, fra 70,1 % i 1996 til 91,8 % i 2018. Også antall/andel plasser i enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens i sykehjem viser en økning over denne perioden, se tabell 10.3.

Med enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens (noen ganger kalt skjermede enheter), menes i denne sammenhengen boenheter med 4 til 12 beboere. Enhetene skal ha eget fellesrom, og aktivitetene på dagtid skal i hovedsak foregå innenfor enheten. I tidligere kartlegginger har begrepet «skjermet enhet» blitt brukt for å beskrive slike enheter. For oversikt over forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, henvises det til eget punkt i rapporten.

Kommunene ble bedt om å rapportere både på samlet antall plasser i slike enheter, og antall enheter. Selv om flere enheter administrativt var slått sammen til en avdeling, for eksempel med egen avdelingsleder, skulle enhetene telles for seg.

På tross av den positive utviklingen i antall enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens, er det, basert på at den estimerte forekomsten av demens hos sykehjemsbeboere på langtids plass er 84 % (9), fortsatt en høy andel av personer med demens som bor i enheter som ikke er spesielt tilrettelagt for brukergruppens behov.

Tabell 10.3. Tilrettelagte enheter* og plasser for personer med demens i sykehjem

	1996	2000	2004	2008**	2010	2014	2018***
Andel kommuner med TE i sykehjem	70,1 %	80,0 %	84,8 %	86,9 %	87,9 %	87,4 %	91,8 %
Andel kommuner med FTE i sykehjem	13,3 %	16,4 %	20,7 %	23,2 %	24,1 %	24,9 %	30,5 %
Antall plasser i TE og FTE	4 478	5 977	7 884	8 542	9 386	9 661	11 571
Sykehjemsplasser	33 764	36 554	38 118	36 845	38 870	38 658	37 876

* I tilrettelagte enheter (TE) 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.

*** I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tall i denne kolonnen gjelder derfor for de 403 kommunene.

Sykehjem - forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens

Stadig flere kommuner har etablert forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer. Disse enhetene er hjemlet på samme måte som andre tilrettelagte enheter i sykehjem, men har ofte færre plasser enn andre enheter, gjerne færre enn fire beboere.

Ved kartleggingen i 2008 var det kun 42 kommuner (cirka 10 %) som oppga at de hadde slike enheter. I 2014 var dette tallet steget til 71 kommuner (cirka 17 %), mens det i 2018 var 114 kommuner (cirka 28 %) som oppga at de har etablert forsterkede enheter for personer med demens som har alvorlige nevropsykiatriske symptomer. Av disse 114 kommunene hadde alle, med unntak av en kommune, også «vanlige» enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens.

Totalt ble det oppgitt at det var 149 forsterkede enheter i Norge i 2018, og alle landets fylker hadde slike enheter. Samlet antall plasser i enhetene var 772, det vil si at det gjennomsnittlig var plass til 5,2 personer i hver forsterkede enhet. I Oslo ble det rapportert å være totalt elleve forsterkede enheter, og det samlede antallet plasser i disse enhetene var 74. Det vil si at det gjennomsnittlig var plass til 6,7 personer i hver forsterket enhet.

Interkommunalt samarbeid om plasser i forsterkede enheter er en løsning som er spesielt aktuell for kommuner som har få personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, eller som ikke har behov for slike plasser til enhver tid. Fortsatt er det få kommuner som har opprettet slikt samarbeid. I gjeldende kartlegging ble det kun rapportert å være totalt ti interkommunale plasser fordelt på fire kommuner i fire fylker, henholdsvis i Østfold, Telemark, Hordaland og Finnmark. Ved forrige kartlegging i 2014 var det kun ett fylke/en kommune som hadde interkommunale plasser.

Fylkesvis oversikt

I tabell 10.4 gis det en fylkesvis oversikt over andelen av kommuner som har tilrettelagte botilbud til personer med demens i sykehjem for perioden 1996 til 2018. Oversikten omfatter både tilbud i enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens (gjerne kalt skjermede enheter), og i forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer (gjerne kalt forsterkede skjermede enheter).

Andel kommuner med tilrettelagte botilbud til personer med demens har økt siden den første kartleggingen i 1996 og frem til 2018. Mens det i gjennomsnitt var 7 av 10 kommuner i hvert fylke som hadde tilrettelagte botilbud til personer med demens i sykehjem i 1996, var dette tallet økt til mer enn 9 av 10 kommuner i 2018. Økningen var mest markert i perioden 1996 og frem til 2004, og avtok deretter. For perioden 2014 til 2018 var økningen på 4,4 %.

I kartleggingen for 2018 var det fire fylker som hadde tilrettelagte botilbud i sykehjem i alle sine kommuner. Det gjelder Akershus, Oslo (bydeler), Vestfold og Vest Agder. Fylkene med lavest andel kommuner med tilrettelagte botilbud i sykehjem var Hordaland, Finnmark, Nordland og Troms, alle hadde likevel en andel på over 80 %.

Tabell 10.4. Andel kommuner med TE (inkludert FTE) etter fylke i perioden 1996 til 2018, i %

Fylke	1996	2000	2004	2008*	2010	2014	2018****
Østfold	50,0	77,8	83,3	88,9	100,0	100	95,2
Akershus	77,3	77,3	90,9	95,5	95,5	95,5	100
Oslo (bydeler)**	84,0	96,0	96,3	93,3	93,3	100	100
Hedmark	81,8	90,9	100,0	100,0	100,0	95,5	95,2
Oppland	92,3	96,2	96,2	100,0	100,0	80,8	92,3
Buskerud	61,9	76,2	76,2	73,7	76,2	76,2	95,2
Vestfold	100,0	100,0	92,9	91,7	92,9	92,9	100
Telemark	72,2	83,3	72,2	78,6	83,3	94,4	94,1
Aust-Agder	80,0	66,7	86,7	92,9	100,0	93,3	92,9
Vest-Agder	80,0	86,7	93,3	78,6	80,0	100	100
Rogaland	76,9	65,4	85,2	82,6	80,8	80,8	91,7
Hordaland	55,9	79,4	84,8	79,3	78,8	78,8	80,6
Sogn og Fjordane	73,1	88,5	84,6	84,0	96,2	88,5	96,2
Møre og Romsdal	65,8	78,9	81,6	90,9	91,7	91,7	91,4
Sør-Trøndelag***	76,0	84,0	96,0	100,0	96,0	92	-
Nord-Trøndelag***	58,3	79,2	79,2	91,3	91,7	87	-
Trøndelag***							91,1
Nordland	68,9	80,0	84,4	75,6	75,0	81,8	86,5
Troms	76,0	76,0	76,0	91,7	96,0	87,5	87,5
Finnmark	31,6	52,6	68,4	70,6	68,4	73,7	82,4
Hele landet	70,1	80,0	85,0	86,9	87,92	87,42	91,82

* 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.

*** Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag ble slått sammen til Trøndelag fylke 1. januar 2018.

**** I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for de 403 kommunene.

I tabell 10.5 gis det en fylkesvis oversikt for perioden 2004 til 2018 over andelen av sykehjemsplasser i tilrettelagte enheter for personer med demens (inklusive forsterkede enheter for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer). Oversikten viser at andelen av sykehjemsplasser i tilrettelagte enheter for personer med demens, på landsbasis har økt med nesten 10 prosentpoeng over denne perioden, og at den for 2018 lå på over 30 %. Den fylkesvise oversikten viser at andelen varierte mellom fylkene. Trøndelag hadde den høyeste andelen i 2018 med 55 %, mens Oslo lå lavest med 19,6 %.

Tabell 10.5. Andel sykehjemsplasser som TE (inkludert FTE) rangert etter 2018-tall, i %.

Fylke	2004	2008*	2010	2014	2018****
Trøndelag***	-	-	-	-	55
Sør-Trøndelag***	21,8	30,8	32,7	38,1	-
Nord-Trøndelag***	18,5	21,5	21,9	23,0	-
Oppland	21,3	24,5	25,2	21,5	38,6
Vestfold	20,4	32,1	24,9	29,8	37,8
Troms	21,7	25,9	29,3	27,2	34,6
Aust-Agder	28,9	31,9	32,9	32,0	33,7
Sogn og Fjordane	25,7	25,7	27,8	24,4	32,4
Akershus	16,5	18,1	17,9	22,4	32,1
Nordland	21,3	24,7	26,8	32,9	31,7
Buskerud	20,0	20,2	21,4	24,9	31,5
Hedmark	20,9	23,2	25,6	26,1	31,0
Hordaland	20,2	26,3	22,5	21,5	30,9
Telemark	16,2	17,2	16,2	18,1	28,8
Østfold	18,6	25,2	24,2	23,1	26,7
Finnmark	19,9	17,5	24,7	21,6	26,6
Møre og Romsdal	20,9	20,4	21,2	22,9	21,5
Rogaland	28,2	29,3	26,4	28,7	20,7
Vest-Agder	32,2	32,7	38,3	24,1	20,5
Oslo (bydeler)**	15,9	14,3	19,1	19,8	19,6
Hele landet	20,7	23,2	24,1	25,0	30,5

* 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.

*** Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag ble slått sammen til Trøndelag fylke 1. januar 2018.

**** I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for de 403 kommunene

Størrelse på enheter i sykehjem spesielt tilrettelagt for personer med demens

Den gjennomsnittlige størrelsen på tilrettelagte enheter for personer med demens var i gjeldende kartlegging på 8,8 plasser. Dette gjennomsnittet ligger noe høyere enn ved kartleggingene i 2008, 2010 og i 2014, da tallet har ligget stabilt på omkring 7,9 plasser. Omkring 75 % av boenhetene har en størrelse på mellom fire og tolv plasser.

For forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, var den gjennomsnittlige størrelsen på enhetene i 2018 på 5,2 plasser (median 4 plasser). Til sammenligning var den gjennomsnittlige størrelsen på 4,8 plasser ved kartleggingen i 2014.

Tilgang til uteareal i tilrettelagte enheter i sykehjem

Kommunene ble spurt om noen av enhetene i sykehjem, som var spesielt tilrettelagt for personer med demens, hadde tilgang til uteareal som er tilrettelagt for pasientgruppen. Med tilrettelagt uteareal menes hageanlegg tilrettelagt for fysisk aktivitet, sosialt samvær og sanseopplevelser, der det er tatt spesielt hensyn til personer med kognitiv svikt og demens. Arealet bør ha elementer fra det som er en typisk hage i lokalmiljøet, og være tilrettelagt med gangstier som gjør det mulig å komme fram – både til fots, med rullator og med rullestol. Arealet bør være avgrenset for å hindre at beboerne går seg bort, uten å gi følelsen av å være innestengt. Boenhetene bør ha direkte utgang til det tilrettelagte utearealet.

Av de 372 kommunene som hadde boenheter spesielt tilrettelagt for personer med demens i sykehjem, svarte 345 kommuner (92,7 %) at en eller flere av disse enhetene hadde tilgang til tilrettelagt uteareal. Av landets 1442 enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens i sykehjem, var det 1148 enheter (79,6 %) som hadde tilgang til tilrettelagt uteareal. Totalt var det 901 enheter (62,5 %) som hadde direkte utgang fra enheten til det tilrettelagte utearealet.

Tilgang til uteareal i forsterkede tilrettelagte enheter

Kommunene ble også spurt om noen av de forsterkede enhetene i sykehjem, som var spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, hadde tilgang til uteareal som var tilrettelagt for pasientgruppen.

Av de 114 kommunene som hadde forsterkede tilrettelagte enheter, svarte 93 kommuner (81,6 %) at en eller flere av disse enhetene hadde tilgang til tilrettelagt uteareal. Det samlede antallet forsterkede enheter ble oppgitt å være 149, og av disse var det 92 enheter (61,7 %) som hadde tilgang til tilrettelagt uteareal. Åttiseks forsterkede enheter (57,7 %) hadde direkte utgang til det tilrettelagte utearealet fra enheten.

Lindrende behandling for personer med demens i tilrettelagte enheter i sykehjem

I henhold til anbefaling i Nasjonal faglig retningslinje om demens skal virksomheter legge til rette for at personer med demens tilbys tilpasset lindrende behandling, pleie og omsorg. Lindrende behandling fokuserer på forebygging og lindring av smerte og annen lidelse av fysisk, psykisk, sosial og/eller åndelig art. Helsepersonell har plikt til å bidra til symptomlindring og opprettholdelse av god livskvalitet så lenge som mulig. I Norge dør de fleste personer med demens i helseinstitusjoner, det vil si i sykehjem eller sykehus.

I kartleggingen ble kommunene spurt om enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens, hadde rutiner eller prosedyrer knyttet til livets slutfase (forhåndssamtale, aktiv bruk av palliativ plan og/eller kartleggingsverktøy, etterlattesamtaler og/eller annet pårørendearbeid). Det er første gang spørsmål om lindrende behandling for personer med demens er blitt inkludert i kartleggingen.

Av de 372 kommunene som hadde spesielt tilrettelagte enheter for personer med demens i sykehjem, oppga 229 kommuner (61,6 %) at de hadde rutiner eller prosedyrer knyttet til livets slutfase. Eksempler som oftest ble nevnt var rutiner for forhåndssamtaler, terminalpleie - inklusive bruk av «Livets siste dager», etterlattesamtaler, samt egen palliativ koordinator ved sykehjemmet.

Kompetanse i forsterkede tilrettelagte enheter

Både i Kompetanseløft 2020 og i Demensplan 2020 fremheves behovet for å øke kompetansen blant helse- og omsorgspersonell for å sikre at personer med demens får den hjelpen de har behov for. Beboere i forsterkede enheter kjennetegnes ved å ha demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, og de utgjør en gruppe der det stilles særlige krav til ansattes kompetanse.

I kartleggingen ble kommunene bedt om å oppgi hvor stor andel av de ansatte i forsterkede tilrettelagte enheter som hadde helsefaglig utdanning på bachelornivå eller over. Det var 101 kommuner (av 114 kommuner med forsterkede tilrettelagte enheter) som besvarte dette spørsmålet. Andelen av ansatte med helsefaglig utdanning på bachelornivå eller over i forsterkede tilrettelagte enheter varierte svært mye mellom de ulike kommunene, fra 0 % til 100 %. Den gjennomsnittlige andelen var på 29,8 %. Til sammenligning lå den gjennomsnittlige andelen av ansatte med utdanning på bachelornivå eller høyere i forsterkede enheter på 33 % ved kartleggingen i 2014.

Det knyttes noe usikkerhet til tallene som presenteres. Samlet peker de likevel i retning av at andelen ansatte med høyere helsefaglig utdanning (bachelor eller over) i forsterkede enheter fortsatt er lav, at det er store variasjoner mellom kommunene, og at andelen trolig har sunket litt siden forrige kartlegging i 2014.

I følge Nasjonal faglig retningslinje om demens skal omsorg og behandling som ytes til personer med demens være personsentrert, og det bør gis opplæring og kompetanseutvikling til ansatte innen personsentrert omsorg og behandling. I kartleggingen ble kommunene spurt om forsterkede tilrettelagte enheter systematisk arbeidet med opplæring og innføring av metoder for personsentrert omsorg, som for eksempel VIPS, Dementia Care Mapping eller annet. Halvparten av kommunene (50 %) oppga at de forsterkede tilrettelagte enhetene arbeidet systematisk med opplæring og innføring av slike metoder. VIPS-modellen ble angitt hyppigst som eksempel, men også TID-modellen, Marte Meo og Dementia Care Mapping ble nevnt av flere kommuner.

Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC er tiltak for å styrke kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I kartleggingen ble kommunene spurt om ansatte i forsterket enhet deltok eller hadde deltatt i Demensomsorgens ABC og/eller Eldreomsorgens ABC i 2017-2018. Syttisv kommuner (67,5 % av kommunene med forsterkede enheter) oppga at de hadde ansatte ved forsterkede enheter som deltok/hadde deltatt på slik opplæring i denne perioden. Den gjennomsnittlige andelen av ansatte som deltok/hadde deltatt var 38 % (median 30 %). Det finnes ikke sammenlignbare tall fra tidligere undersøkelser på dette området.

På spørsmål om det var etablert ordning med fast veiledning av ansatte i forsterkede tilrettelagte enheter, svarte 59 kommuner (51,8 % av kommunene med forsterkede enheter) at de hadde etablert slike ordninger. I 34 kommuner (29,8 %) ble veiledningen gitt av spesialisthelsetjenesten, mens det i 38 kommuner (33,3 %) var etablerte andre faste veiledningsordninger. Femten kommuner (13,2 %) svarte at de både hadde fast veiledning fra spesialisthelsetjenesten og annen fast veiledningsordning. I gjennomsnitt ble det gitt 3,91 timer veiledning pr. måned (median 2 timer) til ansatte i forsterkede enheter. Spørsmål om veiledning er ikke blitt stilt i tidligere kartlegginger.

Bokollektiv/bofellesskap for personer med demens

Kartleggingen omfattet boliger tilrettelagt for personer med demens, som er samlokalisert og har fellesareal – som et bofellesskap eller bokollektiv. Beboerne betaler husleie.

Helse- og omsorgstjenester i form av hjemmetjenester ytes hele eller deler av døgnet, enten fra ambulerende personell eller fra personell som har fast base i bofellesskapet/bokollektivet. Med «enhet» menes her samlokalisering av 4 til 12 boliger med fellesareal.

På spørsmål om kommunen hadde spesielt tilrettelagte enheter for personer med demens organisert som bokollektiv eller bofellesskap i omsorgsbolig, svarte 114 av 403 kommuner (28,3 %) at de hadde slike tilrettelagte enheter. Dette er en liten økning siden kartleggingen i 2014 da i alt 102 kommuner (23,8 %) oppga at de hadde tilrettelagte bokollektiv/bofellesskap for personer med demens. Totalt ble det oppgitt å være 2 294 plasser fordelt på 302 bokollektiv/bofellesskap for målgruppen i Norge i 2018. For oversikt over utviklingen i tilrettelagte plasser for personer med demens i bokollektiv/bofellesskap i perioden 1996 til 2018, se tabell 10.6.

Tabell 10.6. Tilrettelagte plasser for personer med demens i bokollektiv/bofellesskap.

	1996	2000	2004	2008*	2010	2014	2018**
Plasser bokollektiv i omsorgsboliger	247	789	1 268	1 409	1 941	2 146	2 294
Plasser i annet tilrettelagt botilbud***	609	728	304	277	65	52	-
Sum	856	1 517	1 572	1 686*	2 006	2 198	2 294

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

** I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for de 403 kommunene.

*** I 2018 ble det ikke spurt om plasser i annet tilrettelagt botilbud. Eventuelle slike tilbud vil fanges opp i andre tilrettelagte tilbud.

Fylkesvis oversikt

Tabell 10.7 viser oversikt over kommuner med bokollektiv tilrettelagt for personer med demens etter fylke for perioden 2008 til 2018. Oslo står oppført som fylke i tabellen. Som ved tidligere kartlegginger var det i alle fylker kommuner med tilrettelagte bokollektiv for personer med demens i gjeldende kartlegging. Siden kartleggingen i 2014 er det elleve fylker som har hatt en økning i andel kommuner med tilrettelagte bokollektiv, to fylker med uendret andel, og fem fylker med nedgang i andel kommuner med dette tilbudet over denne perioden. Fylker med de høyeste andelene av tilrettelagte bokollektiv omfattet Vestfold og Buskerud, begge med slike tilbud i over halvparten av kommunene. Hordaland, Nordland og Troms lå lavest, alle med andel på under 10 % av kommunene.

Tabell 10.7 Kommuner med bokollektiv/bofellesskap tilrettelagt for personer med demens etter fylke

--	--	--	--	--

	2008* Antall (%)	2010 Antall (%)	2014 Antall (%)	2018 Antall (%)
Vestfold	3 (25,0)	8 (57,1)	8 (57,1)	6 (66,7)
Buskerud	12 (63,2)	12 (57,1)	12 (57,1)	12 (57,1)
Hedmark	4 (19,0)	4 (18,2)	5 (22,7)	9 (42,9)
Telemark	7 (50,0)	9 (50,0)	9 (50)	7 (41,2)
Møre og Romsdal	10 (30,3)	10 (27,8)	8 (22,2)	13 (38,2)
Østfold	9 (50,0)	7 (38,9)	8 (44,4)	7 (36,9)
Rogaland	8 (34,8)	9 (34,6)	9 (34,6)	8 (34,8)
Oppland	4 (16,7)	3 (11,5)	7 (26,9)	9 (34,6)
Akershus	1 (4,5)	2 (9,1)	5 (22,7)	6 (33,3)
Finnmark	4 (23,5)	3 (15,8)	4 (21,1)	5 (33,3)
Oslo***	1	1	2 (13,3)	5 (33,3)
Aust-Agder	4 (28,6)	0 (0)	3 (20,0)	4 (28,6)
Vest-Agder	3 (21,4)	3 (20,0)	2 (13,3)	4 (28,6)
Sogn og Fjordane	5 (20,0)	6 (23,1)	4 (15,4)	7 (26,9)
Trøndelag**	-	-	-	10 (22,2)
Nord Trøndelag**	3 (13,0)	4 (16,7)	5 (21,7)	-
Sør Trøndelag**	1 (4,3)	4 (16,0)	4 (16,0)	-
Hordaland	5 (17,2)	6 (18,2)	4 (12,1)	3 (9,7)
Nordland	5 (12,2)	7 (15,9)	3 (6,8)	2 (5,4)
Troms	1 (4,2)	4 (16,0)	1 (4,2)	1 (4,2)
Hele landet	90 (22,7)	102 (23,7)	102 (23,8)	114 (28,9)

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

** Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag ble slått sammen til Trøndelag fylke 1. januar 2018.

*** Det er ikke opplysninger på bydelsnivå for kartleggingene i 2008 og 2010-11.

Størrelse

Antall beboere i hvert enkelt tilrettelagte bokollektiv/bofellesskap for personer med demens varierte mellom kommunene. På landsbasis var den gjennomsnittlige størrelsen på et tilrettelagt bokollektiv/ bofellesskap i 2018 på 9,6 beboere (median 8 beboere). Til sammenligning hadde bokollektivene i 2014 i gjennomsnitt 8,3 beboere. Det knyttes en viss usikkerhet til de innrapporterte tallene.

Tilgang til uteareal

Av totalt 302 tilrettelagte bokollektiv/bofellesskap var det 265 bokollektiv/bofellesskap (87,7 %) som hadde tilgang til uteareal, hvorav 229 bokollektiv (75,8 %) hadde direkte tilgang til utearealet fra enheten.

Organisering av tjenesteytingen

Kommunene ble spurt om hvordan tjenesteytingen i bokollektivene/bofellesskapene var organisert. De ble gitt fire svaralternativer: Ambulant personell fra hjemmesykepleien/hjemmebaserte tjenester, personell fra sykehjem, personell med fast base i boligen, samt "annet". Det var mulig å krysse av på flere svaralternativer. Den aller vanligste organiseringsformen ble rapportert å være personell med fast base i boligen. Av totalt 114 kommuner var det 98 kommuner (86,0 %) som krysset av på dette alternativet. Ambulant personell fra hjemmesykepleien/hjemmebaserte tjenester var også en vanlig organiseringsform. Trettisyv kommuner (33,0 %) oppga at de anvendte denne typen personell. Tjenesteyting fra sykehjem var langt sjeldnere, da kun 7 kommuner (6,1 %) oppga at de benyttet seg av denne organiseringsformen. Noen få kommuner krysset av på «annet», men når kommunene beskrev organiseringen nærmere, viste det seg at svarene kunne kategoriseres inn i de øvrige svaralternativene.

Spørsmål om organisering av tjenesteytingen ble også stilt ved kartleggingen i 2014. Formuleringen av spørsmålet var imidlertid den gang litt annerledes enn ved gjeldende kartlegging slik at resultatene ikke er direkte sammenlignbare. Ved kartleggingen i 2014 fremkom det også at personell med fast base i boligen var den klart vanligste organiseringsformen (gjaldt 252 av 259 bokollektiv), mens tjenester fra ambulant personell i hjemmebaserte tjenester og/eller fra sykehjem forekom langt sjeldnere (gjaldt kun syv av 259 bokollektiv).

Organisering av legetjenesten

I kartleggingen ble kommunene spurt om organiseringen av legetjenesten i bokollektivene/bofellesskapene. De ble gitt to svaralternativer: «Beboerne bruker sine tidligere fastleger», samt «boligen har avtale med egen lege som er fastlege for alle/flere av beboerne». Det var mulig å krysse av på begge alternativer. Det vanligste var at beboerne benyttet seg av sine tidligere fastleger. Så mange som 105 (av 114) kommuner (92,1 %) oppga at bokollektivene/bofellesskapene benyttet dette alternativet. Tjueni kommuner (25,4 %) oppga at bokollektivene hadde avtale med egen lege som var fastlege for alle/flere av beboerne.

Kommuner som oppga at de hadde avtale med egen lege som var fastlege for alle/flere av beboerne, ble bedt om å angi hvor mange timer legetilsyn det var på enheten per uke. Kun 22 kommuner svarte. Gjennomsnittlig antall legetimer per enhet ble funnet å være 5,3 timer (median 2,5 timer).

Lindrende behandling for personer med demens i bokollektiv/bofellesskap

Sytti (av 114) kommuner (61,4 %) oppga at kommunens bokollektiv/bofellesskap for personer med demens hadde rutiner eller prosedyrer knyttet til livets slutfase (forhåndssamtale, aktiv bruk av palliativ plan og/eller kartleggingsverktøy, etterlattesamtaler og/eller annet pårørende-arbeid).

Rutiner og prosedyrer som oftest ble beskrevet av kommunene var bruk av «Livets siste dager», generell palliativ plan, bruk av kartleggingsverktøyet «MOBID 2» for smertevurdering, forhåndssamtaler, og etterlattesamtaler.

Velferdsteknologi for personer med demens

Med velferdsteknologi menes mestringsteknologi - som skal muliggjøre at personer med demens kan mestre egen sykdom og helse, og trygghetsskapende teknologi - som skal muliggjøre at personer med demens og deres pårørende kan føle trygghet. I den nasjonale kartleggingen i 2018 ble kommunene bedt om å oppgi om de tilbød den velferdsteknologien som var anbefalt av Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

66,7 % av kommunene oppga at de foretok en behovsanalyse før valg av velferdsteknologi og teknologiske hjelpemidler. Eksempler på hvordan en slik behovsanalyse ble gjort, er gjennom samtale med bruker og pårørende, bruk av standardiserte kartleggingsverktøy, og vurdering av ergoterapeut. Noen kommuner oppga også at de hadde egne nedfelte rutiner for behovsvurderingen.

Tabell 11.1 viser hvilke velferdsteknologier som ble tilbudt til personer med demens på forskjellige omsorgsnivå. Andelen kommuner som ikke hadde en type velferdsteknologi og andelen kommuner som oppga å ha denne velferdsteknologien, summeres ikke alltid til 100 %, da kommunene kunne tilby samme type velferdsteknologi til personer med demens på forskjellige omsorgsnivå.

Tilbudet av velferdsteknologi var størst overfor hjemmeboende personer med demens, der 84 % av kommunene oppga at de tilbød digital trygghetsalarm, 44 % tilbød varslings- og lokaliseringsteknologi med GPS-lokalisering, og 39 % tilbød digitalt tilsyn og sensor-teknologi.

I tilrettelagte bokollektiv tilbød 20 % av kommunene digital trygghetsalarm, 16 % tilbød varslings- og lokaliseringsteknologi med GPS-lokalisering, og 21 % tilbød digitalt tilsyn og sensor-teknologi.

På sykehjem tilbød mer enn halvparten av kommunene (56 %) digitalt tilsyn og sensor-teknologi, 39 % tilbød varslings- og lokaliseringsteknologi med GPS-lokalisering, mens 18 % tilbød digital trygghetsalarm.

Elektronisk medisineringsstøtte var noe benyttet, og 37 % av kommunene tilbød dette til hjemmeboende personer med demens, 5 % av kommunene tilbød dette i tilrettelagte bokollektiv, og 3 % av kommunene tilbød dette på sykehjem.

Bare 148 kommuner besvarte spørsmålet om de tilbød annen velferdsteknologi enn det som var spurt spesifikt om, og 75 % av de som svarte hadde ikke annen velferdsteknologi. Trettito kommuner tilbød annen velferdsteknologi som elektroniske kalendere, huske-hjelpemidler og elektroniske dørlåser til hjemmeboende. Syv kommuner tilbød dette i tilrettelagte bokollektiv, og ni kommuner tilbød dette på sykehjem.

Tabell 11.1. Andel som tilbød velferdsteknologi for personer med demens. Antall kommuner (%).

	Nei	Ja, til hjemmeboende	Ja, i tilrettelagt bokollektiv	Ja, på sykehjem
Digital trygghetsalarm (uten GPS-lokalisering), n=394	54 (13,7)	331 (84,0)	77 (19,5)	71 (18,0)
Varslings- og lokaliseringsteknologi (med GPS-lokalisering), n=390	171 (43,8)	171 (43,8)	63 (16,2)	152 (39,0)
Digitalt tilsyn/sensorteknologi (natt-kamera, fall/bevegelsessensor, dørsensor eller sengesensor,	117	153 (39,2)	83 (21,3)	217

n=390	(30,0)			(55,6)
Elektronisk medisineringsstøtte (medisindispenser), n=380	239 (62,9)	140 (36,8)	19 (5,0)	12 (3,2)
Annet, n=148	111 (75,0)	32 (21,6)	7 (4,7)	9 (6,1)

Referanser

1. Eek A, Nygård A-M. Innsyn og utsyn, Tilbud til personer med demens i norske kommuner. . Tønsberg/Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 1999.
2. Eek A, Nygård A-M. Et hjem for deg et sted for oss. Kommunenes botilbud til personer med demens i norske kommuner. . DEMENS. 2003;7(1).
3. Eek A, Nygård AM. Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelse. . Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse; 2006.
4. Westerberg TH. Gode tilbud i demensomsorgen - demensteam, dagsenter og pårørendeskolen : kartlegging 2007. Tønsberg: Aldring og helse; 2009. 87 s. p.
5. Westerberg TH. Tilrettelagte boligtilbud for personer med demens. Nasjonal kartlegging 2008. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse; 2010.
6. Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2010-2011. Demensplan 2015. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2011.
7. GjØra L, Eek A, Kirkevold Ø. Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Demensplan 2015. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2015.
8. www.vergemal.no Statens sivilrettsforvaltning 2019
9. Roen I, Selbaek G, Kirkevold O, Engedal K, Testad I, Bergh S. Resource Use and Disease Cause in dementia - Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. BMC health services research. 2017;17(1):365.

PDF-versjon av rapporten

Last ned: [Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2019 \(PDF\)](#)

