



Dato: 20.08.2015

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):

Saksbeh: Solfrid R. Lyngroth

Arkivkode:

## Høringsuttalelse på utkast til Demensplan 2020.

### 1. Generelle innspill

Geriatrisk ressurscenter vil innledningsvis si at det er svært positivt at høringsutkastet har som hovedambisjon å utvikle et mer demensvennlig samfunn. Vi vil også anerkjenne at planen er preget av mange innspill og råd fra dialogmøter.

Hovedgrepene som foreslås (s. 12) mener vi generelt sett er viktige satsingsområder og bør være godt egnet til å møte behovene til personer med demens og deres pårørende.

Det nevnes i planen at personer med demens ofte kan ha andre somatiske sykdommer. Vi vil anbefale at dette tydeliggjøres noe mer, og at også psykiske sykdommer inkluderes slik at kompleksiteten i sykdomsbildet blir mer fremhevet, fordi dette påvirker diagnostisering og behandling.

Planen bør gjennomgående omtale ynge personer med demens spesielt. Dette gjelder både forekomst, typer demens, utredning/diagnostisering, livssituasjon, behov og tiltak.

Behov og tiltak overfor personer med demens med minoritetsspråklig bakgrunn mener vi må få større plass. Her kan kompleksiteten være ytterligere forsterket av språkproblemer, kulturforskjeller og spesielt krevende tidlige livshendelser.

Vi kan ikke se at demens hos personer med psykisk utviklingshemning er omtalt. Denne pasientgruppen må derfor innlemmes.

Vi vil også nevne at planen bør omtale åndelige/eksistensielle behov og ikke bare fysiske, psykiske og sosiale behov. Dette fordi personer med demens kan ha slike behov som de ikke selv kan uttrykke og som må møtes.

Brukermedvirkning og deltakelse bør gjennomsyre planen i enda større grad. Ettersom demenssykdom kan utvikle seg over mange år, vil mange lenge kunne ha ressurser til å ha en aktiv rolle i utviklingen og oppfølgingen av demensplanen. Helt konkret ser vi i kapittel to at man primært omtaler tapene til personen med demens. Her bør også personens ressurser omtales. I kapittel tre, hvor det innledningsvis snakkes om å utvikle et demensvennlig samfunn, må personer med demens også inngå som aktive aktører på lik linje med aktuelle sektorgrensene, tjenestenivåer og ansvarsområder. Arbeidet med å utvikle et demensvennlig samfunn i Skottland hvor det er reell brukermedvirkning, kan være et konkret eksempel til etterfølgelse.

## 2. Konkrete innspill knyttet til kapittel 5 og 6

### **Kapittel 5.1: Forebygging**

Når det gjelder satsningen på aktivitetstilbud som tiltak bør planen stimulere til å fortsette utviklingen av differensierte tilbud. Vi tenker særlig i retning av individuelle tiltak, tilbud på ulike tider av døgnet, helg, ulike arenaer (eksempelvis også i eget hjem/nærområde) og særlige tilbud tilpasset yngre personer. Vi støtter den langsiktige strategien om å iverksette tiltak som stimulerer den friske delen av hjernen. Derfor bør det presiseres i planen at kognitiv trening og fysisk trening inngår som obligatorisk del av tilbudet.

Kunnskap om legemiddelbehandling til eldre generelt og til personer med demens bør nevnes under forebygging. Det anbefales at temaet får større fokus i etterutdanning av leger, farmasøyter, vernepleiere og sykepleiere.

Organisering av hjemmetjenesten som er omtalt under punkt 5.4 bør også nevnes som et forebyggende tiltak (jfr. Boks 5.10 Arbeidslag (Hamar)).

### **Kapittel 5.2: Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose**

#### Rett til diagnose

Vedrørende utredning av personer med mistanke om kognitiv svikt anbefaler vi å nevne betydningen av å avdekke differensialdiagnoser. Dette fordi en rekke av disse sykdommene kan kureres.

Det er viktig at utredning skjer i henhold til de nasjonale verktøyene, og vi anbefaler at planen har ambisjon om at disse blir nasjonale retningslinjer.

I henhold til utsagnet om at utredning mange steder er tilfeldig, anbefaler vi at planen presiserer to avgjørende krav til arbeidet med diagnostisering:

- Unngå diagnose uten utredning.
  - Dette er i dag tilfellet i alt for mange situasjoner, og er helt uakseptabelt.
- Unngå at utredning skjer i en akuttmedisinsk tilstand.
  - Ref. en god praksis fra Bradford Royal Infirmary Hospital hvor man ikke foretar demensutredning av inneliggende pasienter. Ved mistanke om kognitiv svikt sendes i stedet en bekymringsmelding til hjemmetjeneste/sykehjem slik at de kan iverksette demensutredning. Dette er en praksis vi sterkt vil anbefale.

Under langsiktig strategi står det at regjeringen vil forskriftsfeste kommunens plikt til å foreta systematiske legemiddelgjennomganger av beboere på sykehjem. Vi vil anbefale at planen omtaler at det bør vurderes tilsvarende forskriftsfesting av kommunens plikt når det gjelder demensutredning. En slik forskrift vil kunne bidra til at personer som utvikler kognitiv svikt får den nødvendige diagnostiske utredningen, og at personer som har kurerbare tilstander behandles.

Når det gjelder personer med kognitiv svikt som fortsatt står i arbeid, vil vi anbefale at Bedriftshelsetjenestene med sin kompetanse i HMS-arbeid omtales som ressurspersoner.

#### Tett oppfølging etter diagnose

Når det gjelder program for oppfølging av personer etter diagnose anbefaler vi at programinnholdet presiseres. Våre forslag omfatter systematisk opplegg for kognitiv trening

(som tidligere omtalt), fysisk trening, kartlegging av kognitiv svikt, kartlegging av gjenværende ressurser og utfylling av Personopplysnings skjema<sup>1</sup>. Geriatrikksenteret erfarer at det er behov for å utvikle et enkelt verktøy for funksjonskartlegging. Et slikt verktøy bør inngå i helhetlige elektroniske dokumentasjonssystemer og kunne benyttes av både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Vi slutter oss til ønsket som regjeringen har om å styrke den psykiske helsetjenesten i kommunen. Vi vil understreke at for å møte kompleksiteten i sykdomsbildet er det behov for flere kommunale psykologstillinger som øremerkes eldre- og demensområdet. Samtidig vil vi legge til at det er behov for en generelt større faglig bredde i tjenestene for personer med demens for å møte det komplekse sykdomsbildet. Vi nevner sosionomer, vernepleiere, helsesøstre, musikkterapeuter og spesialister innen berøringsterapi.

Under langsiktig strategi omtales tiltak knyttet til formålet med å begrense og kontrollere bruken av tvang. I tiltaket «behov for å styrke kompetansen hos ansatte» anbefaler vi at det presiseres at opplæringen skal vektlegge kunnskap om kartleggingsarbeid (årsak) og konkrete måter å utøve tillitsskapende tiltak på (relevant behandleratferd).

### **Kapittel 5.3: Aktivitet, mestring og avlastning**

Vi støtter fullt ut at det skal være lovfestet at kommunen har plikt til å tilby tilrettelagt aktivitetstilbud for personer med demens.

Angående boks 5.3 om en type personopplysnings skjema ønsker vi å nevne personopplysnings skjemaet utviklet av Nasjonal Kompetansetjeneste for aldring og helse, revidert i samarbeid med Geriatrikksenteret. Skjemaet er i dag allerede tilgjengelig i det elektroniske dokumentasjonssystemet (Geric) i Oslo. Vi anbefaler at betydningen av personopplysnings skjemaet omtales og at et slikt skjema bør fylles ut så fort som mulig etter diagnose, slik at personen med demens selv kan være delaktig, og at det danner grunnlaget for individuelle oppfølgingsplaner og tilrettelagte aktivitetstilbud.

Forslag om ny boks, eventuelt bør temaet skrives inn i planen:

Møte med minner – museumstilbud for personer med demens:

En rekke museumstilbud for personer med demens er etablert de siste årene, blant annet i kjølvannet av det nasjonale prosjektet Møte Med Minner. Museene inviterer til kunst- og erindringsopplevelser sammen med museumsansatte som har kunnskap om demens. Samarbeidet mellom museums- og demensfaglig miljø er sentralt. Målet er at personen med demens får opplevelser som også kan bidra til å styrke mestrings- og identitetsfølelsen. Møte Med Minner-prosjektet er et samarbeid mellom Oslo Museum, Norsk Teknisk Museum og Geriatrikksenteret i Oslo kommune. Det er blant annet laget en håndbok og en informasjonsfilm.

Det er også behov for å utvikle flere egne botilbud til yngre personer med demens og dette bør omtales i planen.

I omtalen av «brukerskoler» bør det presiseres at undervisningen skal inkludere kognitiv trening og gi støtte til å være aktivt deltakende i samfunnet.

Når det gjelder kurstilbudene «Møteplass for mestring» og «Tid til å være ung» anbefaler vi at man legger opp til en oppfølging av deltakerne i etterkant.

---

<sup>1</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (NKAH).

#### **Kapittel 5.4 Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud**

Under langsiktig strategi står det at demens krever «innsats og kontinuitet fra diagnosen stilles og gjennom hele forløpet». Her bør også «fleksibilitet» tas med fordi sykdomsforløpene, som ofte varer fra ca. 5-15 år, er høyst individuelle.

Planen bør også omtale behovet for økt kompetanse hos lederne i tjenesteapparatet. Lederne er avgjørende for å skape et personalmiljø som utøver personsentrert omsorg. Lederne må inneha demenskompetanse og kunnskap om konsekvenser for tjenesteutforming.

Sentralt i personsentrert omsorg er *måten* man gir hjelpen på (behandleratferd). Forståelse for dette samt kunnskap om hva kognitiv svikt er, og hvordan kartlegge både ressurser og svikt, er et nødvendig kunnskapsgrunnlag for å kunne gi god omsorg og rett behandling. Dette bør derfor nevnes spesifikt i forhold til all kompetanseheving.

Behovet for å sikre nødvendige språkkunnskaper hos ansatte med minoritetsspråklig bakgrunn i tjenestene bør også omtales.

Når det gjelder informasjonskampanjen om demens bør den også synliggjøre at personer med demens fortsatt kan være deltakende i samfunnslivet og fungere veldig godt, gitt at de får vedlikeholdt sine ressurser.

Når det gjelder kompetanseheving innen demens og miljøbehandling, bør man legge til satsing på «ABC Psykiske lidelser i eldre år» (2015), fordi dette også er relevant på demensområdet.

Det bør presiseres at demenskompetansen bør ytterligere styrkes ut over basisnivået som ABC-programmene representerer, i form av fordypningskurs og videreutdanninger på fag- og høyskoler.

Vi erfarer at ekstravakter og ufaglærte i for liten grad inkluderes i kompetansehevende tiltak. Dette er bekymringsfullt ettersom andelen ofte kan være høy og dette vil gå ut over kvaliteten på tjenestene. Kompetansehevings tiltak overfor denne målgruppen bør inkluderes i planen.

Planen bør stimulere til å sikre bedre elektronisk dokumentasjon innen demens og miljøbehandling. Oslo kommune ved Geriatrik ressursenter har som tidligere nevnt bidratt til at det er foretatt tilpasninger i dokumentasjonssystemet GERICA på dette feltet i Oslo.

Når det gjelder «mat og måltider» anbefaler vi at man også inkluderer tannhelse.

Under «botilbud» på side 9 (bolig og fysiske omgivelser) nevnes bruk av «nøytrale farger». Vi anbefaler at det i stedet skrives «bevisst bruk av farger og kontraster». Det er forøvrig ulike meninger om dette med fargebruk og det vanskeliggjør muligheten for å fastslå entydige standarder. Bruk av fargekontraster bør også nevnes, fordi det kan ha større betydning enn utelukkende valg av farge.

#### Forslag om ny boks, eventuelt bør temaet skrives inn i planen:

Geriatrisk ressursenter (Sykehjemsetaten, Oslo kommune) har etablert Almas hus, som er en visningsleilighet for velferdsteknologi og en kunnskapstjeneste med fire målgrupper: Brukere, pårørende, helsepersonell og beslutningstakere som skal bygge ut ulike boligtyper. Senteret arbeider også med utvikling av modeller for kunnskapshøving og spredning, og har bl.a. opprettet Alma-

kontakter som er nøkkelpersoner og som har fått kompetanse i å vurdere og implementere blant annet teknologiske løsninger for personer med demens. Almas hus har vist seg nyttig også utenfor Oslo.

Vedr. velferdsteknologi: Vi etterlyser konkrete tiltak for planperioden. Målet må være å sikre trygghet, velvære og mestring i dagliglivet uansett boform.

Vedr. palliasjon: I planen bør det presiseres at kompetanse om demens og legemiddelhåndtering til eldre må styrkes i spesialisthelsetjenestens lindrende enheter og palliative team.

Vedr. forskning: Dette må også nevnes konkret under «Når demensplanen er gjennomført i 2020». Temaer som bør løftes frem er blant annet ytterligere forskning og innovasjon innen miljøbehandling inkludert demensvennlige fysiske omgivelser.

I kapittel tre under punktet «bolig og fysiske omgivelser» omtales bare boformer i kommunehelsetjenesten. Vi anbefaler at når det gjelder å utvikle demensvennlige fysiske omgivelser og tjenester må dette også gjelde sykehus.

Til punktet «Når demensplanen er gjennomført i 2020» foreslår vi at det andre punktet spesifiseres ved en tilføyelse slik at det blir: «Skal det være utviklet og spredt opplæringspakke om demens for ulike samfunnssektorer *hvor også personer med demens er bidragsyttere.*»

### **5.5 Involvering og deltakelse**

Vi har allerede sagt mye om involvering og deltakelse under «Generelle innspill» innledningsvis. Vi mener som nevnt at temaet må gjennomsyre hele planen noe mer.

Vedr. Brukerskoler (tidligere omtalt under punkt 5.3): Vi vil understreke at man i planen bør presisere at frivillige som involveres må få tilstrekkelig kompetanse om demens og hvordan møte mennesker i sorg og krise.

### **Kapittel 6: Økonomiske og administrative konsekvenser.**

Planen bør si noe om den økonomiske situasjonen til yngre personer med demens og deres familier. Dette fordi disse familiene kan rammes hardt økonomisk når de mister en arbeidsinntekt og ressurskrevende behov oppstår.

## **3 Kommentarer til ordlyd og begrepsbruk i planen**

Under punkt 1 «Innledning» står det i andre avsnitt «tar vare på». Vi vil foreslå å bytte dette ut med «ivareta» for å begrense inntrykket av at å være mottaker av hjelp blir et hovedfokus.

I høringsutkastet har vi oppdaget en mulig feil på side 24 under punkt 4.5 under «Palliasjon». Der står det «.....redusere sykehjemsinnleggelser, men vi antar at dette skal være « ... redusere sykehusinnleggelser».

Under punkt 5 «Strategier og tiltak» ser vi at området om «kunnskap og kompetanse» som er nevnt på side 12 mangler.

Under punkt 5.2 «Diagnose til rett tid ...» og overskriften «Langsiktig strategi» står det i andre avsnitt, andre linje, «ved mistanke om demens». Dette bør rettes til «ved mistanke om kognitiv svikt».

## 4 Forslag til prioritering av hovedgrep

Når det gjelder spørsmålet om hvordan vi vil prioritere mellom de ulike hovedgrepene og tiltakene så vil vi foreslå følgende prioritering:

1. Forebygging
2. Kunnskap og kompetanse
3. Involvering og deltakelse
4. Diagnostikk til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
5. Aktivitet, mestring og avlastning
6. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud

Vi har her lagt til området «kunnskap og kompetanse» og prioritert dette som nummer to fordi dette er avgjørende for å få til god demensomsorg. Vi har dessuten prioritert involvering og deltakelse høyt opp for å sikre at personer med demens får en aktiv nok rolle.

## 5 Områder vi kan bidra på

Geriatrisk ressurscenter har kompetanse og erfaring på flere områder og kan bidra innen:

### 1. Forebygging

Erfaring med å utvikle faktaark innen velferdsteknologi. Viser til opplæringsprogram innen velferdsteknologi, blant annet for Alma-kontakter (se neste punkt).

### 2. Kunnskap og kompetanse

Kurs og utdanning

- Demensutredning, Fordypningskurs i demens, Miljøbehandling (metodene Individualisert musikk, Individualisert erindring, Individualisert bruk av grønne utemiljøer - naturlige og tilrettelagte og Individualisert berøring (taktil stimulering)), Demensvennlige fysiske omgivelser og Velferdsteknologi samt Forankring og implementering. Flere av kursene gir mulighet for studiepoeng ved høyskole.
- Basiskurs i velferdsteknologi og Alma-kontakt kurs knyttet til Almas hus.
- Legekurs for fastleger og sykehjemsleger.

Veiledning

- Rådgivning og veiledning til aktører i ulike deler av omsorgskjeden blant annet innen demensvennlige fysiske omgivelser og tjenester.
- Har egne Marte Meo-veiledere og utdanner nye Marte Meo-veiledere i Oslo.

Publikasjoner

- Miljøbehandling: Musikkpreferanse-CD, sangbok, film, kartleggings- og evalueringsskjemaer

- Veilederhefter: Innen Individualisert musikk, Demensvennlige omgivelser, Grønne utemiljøer naturlige og tilrettelagte, Demensvennlige fysiske omgivelser i eget hjem, Demensvennlige fysiske omgivelser i sykehjem (institusjon) og Etablering av demensteam (i Oslo), Fagveileder (vedrørende kognitive og psykiske begreper)

### 3. Involvering og deltakelse av personer med demens

Geriatrisk ressurscenter har nylig etablert en ekspertgruppe bestående av personer med demens for å få tilbakemelding på ulike deler av senterets tjenester.

### 4. Diagnostikk til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

I tillegg til utredningskurs har vi som nevnt bidratt i arbeidet med tilpasninger av GERICA på områdene kognitiv og psykisk funksjon.

### 5. Aktivitet, mestring og avlastning

Vi viser til både opplæringsprogrammene, veiledningsheftene og Almas Hus nevnt under punkt 2.

### 6. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud

Erfaring med å lede nettverk for demensteam/koordinatorer i Oslo. Henviser til veilederheftet for etablering av demensteam i Oslo (se punkt 2 ovenfor).

Vi ser frem til å følge det videre arbeidet med Demensplan 2020.

## **Med vennlig hilsen**

Ellen Andersen (sign.)  
Leder

Geriatrisk ressurscenter  
Sykehjemsetaten  
Oslo kommune

Solfrid Rosenvold Lyngroth (sign.)  
Fagkoordinator demens

Geriatrisk ressurscenter  
Sykehjemsetaten  
Oslo kommune