

DAGAKTIVITETSTILBUD FOR PERSONER MED DEMENS

EN HÅNDBOK



Elin H. Aarø Strandli, Jørgen Wagle
og Kjersti Wilson (red.)



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

© Forlaget aldring og helse, 2020

2. utgave / 1. opplag 2020

ISBN 978-82-8061-518-3 (trykt)

ISBN 978-82-8061-545-9 (PDF)

ISBN 978-82-8061-653-1 (HTML)

Omslagsfoto: Benjamin Aleksander Ward

Foto: Martin Lundsvoll/Aldring og helse:

s. 4, 5, 12, 15, 16, 22, 25, 30, 34, 40, 42, 46,
55, 58, 60, 64, 68, 70, 75, 78, 80 og 96.

Benjamin Aleksander Ward: s. 19, 37,
66/67 og 87.

Layout: Flisa Trykkeri AS

Typografi: Museo Sans 300, 10 pt

Denne håndboka er utarbeidet av Nasjonal
kompetansetjeneste for aldring og helse på
oppdrag fra Helsedirektoratet.



Aldring og helse

Nasjonal kompetansetjeneste

Alle henvendelser om håndboka kan rettes til:

Forlaget aldring og helse

Postboks 2136, 3103 Tønsberg

Tlf: 33 34 19 50

E-post: post@aldringoghelse.no

www.aldringoghelse.no



DAGAKTIVITETSTILBUD FOR PERSONER MED DEMENS

EN HÅNDBOK

Elin H. Aarø Strandli, Jørgen Wagle og Kjersti Wilson (red.)



Forord

Håndboka *Etablering og drift av dagaktivitetstilbud for personer med demens* ble utgitt av Aldring og helse i 2012 med støtte fra Helsedirektoratet. Siden da har det skjedd store endringer i demensomsorgen, blant annet er kommunens plikt til å ha dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens blitt lovfestet. Denne reviderte utgaven gis ut på oppdrag fra Helsedirektoratet. Boka gir oppdatert kunnskap om hva et dagaktivitetstilbud kan være, og hvordan en kommune kan etablere og drive dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Håndboka vil være aktuell for ansatte i kommunen som skal jobbe med etablering av nye dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, og personell som arbeider på slike tilbud.

Formålet med håndboka er å avklare begreper, gi råd og ideer og peke på utfordringer man kan stå overfor i planlegging, etablering og drift av tilrettelagte dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Avhengig av den enkelte kommunens befolkningsstørrelse, alderssammensetning, geografi, bosetningsstruktur og øvrige tjenestetilbud vil dagaktivitetstilbudene kunne variere i utforming og omfang. Rådene som gis i denne håndboka, må derfor tilpasses den enkelte kommunes infrastruktur og oppbygning.

Ved etablering av dagaktivitetstilbud oppfordres det til å tenke nytt og kreativt, og vi håper at denne håndboka kan bidra til det.

Dyktige fagpersoner har bidratt med tekst og som fagkonsulenter. Bak i boka er det en kort presentasjon av disse.

Hilsen redaktørene

Innhold

Forord	5
Innhold	6
Leseveiledning	11
1. Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens	13
Innledning	13
Hva er demens?	13
De vanligste demenssykdommene.....	14
Forekomst av demens	15
Hva er dagaktivitetstilbud for personer med demens?	16
Hva sier loven om retten til dagaktivitetstilbud?	18
Verdigrunnlaget – personsentrert omsorg	20
2. Planlegging av dagaktivitetstilbudet	23
Innledning	23
Befolkningen blir eldre	23
Flerkulturell befolkning.....	24
Kartlegging av behov	24
Målgruppe(r) og kriterier for inntak og avslutning	26
Målgrupper	26
Kriterier for inntak og avslutning av deltakelse	26
Bemanning og kompetanse.....	27
Antall personell	27
Krav til kompetanse	27
Lokalisering og utforming av lokaliteter	28

Lokalisering	28
Utforming av lokaliteter	29
Råd til utforming av inneareal	31
Råd til utforming av uteareal	31
Åpningstider	32
Transport	33
3. Kvalitet og kvalitetssikring	35
Innledning	35
Del 1 Plikten til å sikre et faglig forsvarlig og godt dagaktivitetstilbud	36
Plikten til å planlegge	36
Plikten til å gjennomføre	36
Plikten til å evaluere	37
Plikten til å korrigere	37
Del 2 Hva må være på plass?	38
Utarbeidelse av skriftlige prosedyrer	38
Samhandling og samarbeid	39
4. Innhold i dagaktivitetstilbudet	43
Innledning	43
Del 1 Personsentrert omsorg, miljøbehandling og psykososialt miljø	44
Personsentrert omsorg	44
Miljøbehandling	44
Psykososialt miljø	45
Del 2 Generelle tjenester og aktiviteter i dagaktivitetstilbud	45
Fysiske aktiviteter	45
Måltid som aktivitet	49
Kognitiv stimulering og behandling	50
Hukommelsesstimulerende terapi for personer med demens (HST)	52
Sansestimulering	53
Kreativ aktivitet	53
Bruk av velferdsteknologi for stimulering og trening	53
Sang, musikk og dans	54
Bruk av film	57
Del 2 Individuelt tilpassede aktiviteter og tjenester	59
Behov for ernæringsoppfølging	59
Rehabilitering	60

Helsehjelp som tjeneste i dagaktivitetstilbudet	62
Personlig assistanse – praktisk bistand og opplæring	62
5. Pårørendestøtte og avlastningstilbud	65
Innledning	65
Hvordan kan dagaktivitetstilbudet sikre et godt samarbeid med pårørende?	65
Plikt til å journalføre informasjon fra pårørende	69
Avlastningstiltak	69
6. Andre aktuelle oppgaver for dagaktivitetstilbudet	71
Innledning	71
Del 1 Pårørendeskole, samtalegrupper og brukerskole	71
Pårørendeskole	71
Samtalegrupper	72
Brukerskole	73
Del 2 Funksjonsvurderinger og demensutredning	76
Observasjoner og kartlegging av funksjonsnivå	76
Dagaktivitetstilbudet som bidragsyter ved demensutredning	77
Rutiner for samarbeid mellom fastlege/hukommelsesteam og dagaktivitetstilbudet	78
Hva kan dagaktivitetstilbudet bistå med og når?	78
Del 3 Bruk av frivillige i dagaktivitetstilbudet	79
7. Sentrale lover og forskrifter	81
Innledning	81
Del 1 Sentrale lover	82
Pasient- og brukerrettighetsloven	82
Helse- og omsorgstjenesteloven	82
Helsepersonelloven	84
Helsetilsynsloven	84
Del 2 Sentrale rettigheter for pasienter, brukere og nærmeste pårørende	85
Hvorfor det skilles mellom begrepene pasient og bruker i helselovgivningen?	85
Samtykke og samtykkekompetanse	85
Pasienten og brukerens rett til medvirkning	87
Pasienten og brukerens rett til informasjon	87
Individuell plan og koordinator	88
Pårørendes rettigheter og involvering av pårørende	88
Klageadgang for pasienter, brukere og nærmeste pårørende	90
Del 3 Sentrale plikter for helse- og omsorgspersonell	92

Krav til forsvarlig yrkesutøvelse	92
Informasjonsplikt	92
Dokumentasjonsplikt	92
Taushetsplikt og unntak fra den	93
Del 4 Vedtak og egenandel	94
Vedtak	94
Egenandel – betaling for dagaktivitetstilbudet	94
Kilder og anbefalt litteratur	97
Presentasjon av bidragsytere	103



Erik

Bremykt

Leseveiledning

Håndboka er delt inn i syv kapitler. Formålet er å gi leseren nyttige råd og veiledning når et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens skal planlegges, etableres og settes i drift. Håndboka tar utgangspunkt i punkter som kan være viktige ved planlegging, og setter deretter fokus på etablering og gjennomføring.

Ved etablering og drift av et dagaktivitetstilbud gjør en rekke juridiske reguleringer seg gjeldende, og disse må både kommunen og personellet på dagaktivitetstilbud overholde. I håndboka er det i kapittel 7 gitt en innføring i juridiske aspekter som vurderes som sentrale i denne forbindelsen. I dette kapitlet gis det også en introduksjon av aktuelle lover og sentrale rettigheter for pasienter, brukere og nærmeste pårørende. Det forutsettes at de øvrige kapitlene i håndboka leses i sammenheng med kapittel 7.

For å variere språkbruken i håndboka betegnes personer med demens på flere måter: *personen med demens*, *personen*, *tjenestemottaker*, *pasient* og *bruker*. Vær oppmerksom på at begrepet *bruker* benyttes på ulike måter i håndboka:

- **Pasient/bruker:**
Med *pasient* menes en person som ber om eller mottar *helsehjelp* fra helse- og omsorgstjenesten. Med *bruker* menes en person som ber om eller mottar tjenester fra helse- og omsorgstjenesten som *ikke* er helsehjelp.
- **Bruker (av et dagaktivitetstilbud):**
Generell omtale av personer som mottar en helse- og omsorgstjeneste, der det ikke er nødvendig å avgjøre om personen er pasient eller bruker i situasjonen som omtales. For eksempel kan personen med demens være *bruker av et dagaktivitetstilbud*.



1

Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens

Innledning

Kommunen har i dag en lovfestet plikt til å ha dagaktivitetstilbud til personer med demens. For mange personer med demens vil et dagaktivitetstilbud kunne være en fin måte å opprettholde en meningsfull hverdag og ivareta behovet for sosialt samvær. Et dagaktivitetstilbud vil også kunne gi pårørende nødvendig avlastning i hverdagen.

I dette kapitlet gis en kort introduksjon av demens og de vanligste demenssykdommene. Deretter introduseres dagaktivitetstilbud til personer med demens. Følgende punkter gjennomgås:

- Hva er demens?
- Forekomst av demens
- Hva er dagaktivitetstilbud for personer med demens?
- Hva sier loven om retten til dagaktivitetstilbud?
- Verdigrunnlaget – personsentrert omsorg

Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke ulike sykdommer i hjernen og som kjennetegnes ved svekkelse i kognitive funksjoner, som læringsevne, hukommelse, språk, problem med rom og retning, resonneringsevne med mer. Den kognitive svikten kommer gjerne snikende og utvikler seg gradvis over år. I tillegg til de kognitive endringene ses endringer i personlighet og atferd, for eksempel initiativløshet, apati, motorisk uro, depressive symptomer, redusert innsikt, aggressivitet med mer. Samlet påvirker symptomene personens evne til å fungere i dagliglivet. Personer med demens vil gradvis fungere dårligere og til slutt bli helt avhengige av tilrettelegging og bistand fra omgivelsene.

Ved behov skal personer med demens tilbys individuelt tilrettelagte tiltak basert på den enkeltes behov. Det bør tilstrebes at tiltakene som tilbys, utgjør en helhetlig kjede, slik

at personer med demens og deres pårørende kan oppleve forutsigbarhet og trygghet gjennom hele sykdomsforløpet. Jo tidligere i sykdomsforløpet tilrettelagte tiltak tilbys og iverksettes, desto bedre. Det har vist seg at tilrettelegging av tiltak kan gi en positiv effekt på fungeringsevne og trivsel. Det er all grunn til å anta at tiltak iverksatt på et tidlig stadium i sykdomsforløpet vil kunne forebygge uheldige tilleggs lidelser og bedre livskvaliteten.

Den såkalte Berger-skalaen viser seks ulike faser i demensutviklingen. Denne inndelingen er praktisk, spesielt for dem som har ansvar for å planlegge og tilrettelegge tjenestene. De tre første trinnene vil forenklet si at personen som oftest kan klare seg i eget hjem med tilbud fra kommunen. Dette kan da for eksempel være helsetjenester i hjemmet, dagaktivitetstilbud og avlastningstilbud. Trinn fire tilsier en tett oppfølging, og på trinn fem og seks vil det være aktuelt med heldøgns tjenester, enten i eget hjem som omsorgsbolig eller i sykehjem.

Berger-skalaen

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

De vanligste demenssykdommene

- **Alzheimers demens (AD)** – utgjør ca. 60 prosent av alle tilfeller av demens. Vanligvis snikende start og progresjon, hukommelsessvikt som mest sentrale symptomer i starten av sykdomsforløpet.
- **Vaskulær demens (VaD)** – utgjør ca. 15–20 prosent av alle tilfeller av demens. Oppstår akutt eller gradvis etter én eller flere cerebrovaskulære hendelser, symptomer avhenger av lokalisasjon av hendelsene.
- **Blandet Alzheimers demens (AD) og vaskulær demens (VaD)**
Tegn til begge tilstander er ikke uvanlig hos de aller eldste.
- **Demens med lewylegemer (DLL)** – utgjør ca. 10–15 prosent av alle tilfeller av demens. Parkinsonisme, synshallusinasjoner, fluktuerende kognitiv svikt, REM-søvn atferdsforstyrrelse, for eksempel fysisk utagering i søvne.
- **Frontotemporal demens (FTD)** – utgjør ca. 5 prosent av alle tilfeller av demens. Personlighetsendring i form av bortfall av hemninger eller initiativ, kombinert med redusert sykdomsinnsikt som er mer uttalt enn den kognitive svikten i starten av sykdomsforløpet.

Forekomst av demens

I Norge er det i dag over 101 000 personer med demens (Gjøra, Kjelvik, Strand, Kvellø & Selbæk, 2020). Flesteparten av disse er eldre, det vil si over 65 år, men det antas at minst 2000 yngre personer, det vil si under 65 år, lever med demens. De har naturlig nok andre utfordringer enn eldre med demens og kan ha behov for særskilt tilrettelegging. Det kan også gjelde ved dagaktivitetstilbud.

Det finnes ingen helbredende medisinsk behandling mot demenssykdommene. For å ivareta personens mestringsevne og livskvalitet så godt som mulig er det viktig å iverksette tiltak som ivaretar og stimulerer personens kognitive og psykiske fungering. Et dagaktivitetstilbud kan være et slikt tiltak.

Det kan antas at det i dag er mellom 300 000 og 400 000 pårørende av personer med demens i Norge. Det er godt dokumentert at pårørendebelastningen i denne gruppa er høy, og at mange har behov for oppfølging og bistand fra kommunen. Avlastning i form av et dagaktivitetstilbud til personen med demens kan da være aktuelt for disse.





Hva er dagaktivitetstilbud for personer med demens?

Det finnes ingen rettslige føringer for hvordan et kommunalt dagaktivitetstilbud for personer med demens skal utformes, og det finnes heller ingen beskrivelse av hva et slikt tilbud skal inneholde. I *Demensplan 2015* står det at et dagaktivitetstilbud skal aktivisere, stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager.

Den enkelte kommune kjenner sine innbyggere best og vet hvilke muligheter som finnes i nærområdene, og hvilke ressurser som er tilgjengelige ved utforming av dagaktivitetstilbudene.

Selv om det ikke finnes en enkelt definisjon av hva et dagaktivitetstilbud for personer med demens er, må tilbudet være tilrettelagt for personene som skal delta. Personer med demens er en heterogen gruppe med ulik grad av funksjonssvikt, personligheter, behov og interesser. Dette stiller krav til hvordan kommunen utformer dagaktivitetstilbud med hensyn til hvilke tjenester som tilbys, den faglige kompetansen hos de ansatte og lokalisasjon av tilbudet.

Dagaktivitetstilbud organiseres i dag på ulike måter. Et tilbud kan ta utgangspunkt i kommunens eksisterende tjenester, for eksempel bruk av støttekontakt eller praktisk bistand, men utformes som hovedregel som et eget tjenestetilbud. Mange kommuner har opprettet tilbud i tilknytning til sykehjem, for eksempel som et dagsenter, mens andre har organisert dagaktivitetstilbudene i frittliggende lokaler. Enkelte kommuner har lokalt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og andre kommunale, frivillige eller private aktører. Tilbud knyttet til lokale møteplasser, som museer, treningssentre og Inn på tunet-tilbud, er eksempler på slikt samarbeid. Det kan også være aktuelt å tilby ambulerende dagaktivitetstilbud hvor lokalisasjonen og innholdet av

tjenestene nødvendigvis er mer fleksibelt utformet. Slike tilbud kan for eksempel tilbys i tjenestemottakerens eget hjem eller på et egnet sted i nærmiljøet. Målgruppa for ambulerende dagaktivitetstilbud kan være personer med demens som vurderes å ha behov for mye individuell oppfølging, noe som ikke alltid er forenlig med gruppetilbud. Tilbudet kan også gis til personer i en tilvenningsprosess til ordinært dagaktivitetstilbud. Ambulerende tilbud kan også være aktuelt i små kommuner hvor brukergrunnlaget for å opprette ordinære dagaktivitetstilbud ikke er til stede, eller der geografiske forhold tilsier det.

De fysiske rammene rundt dagaktivitetstilbudene bør utformes etter prinsippet *smått er godt*. Det betyr at omgivelsene bør være oversiktlige, lette å orientere seg i og tilrettelagt ut fra brukernes funksjonsnivå. Dagaktivitetstilbudet bør ha et begrenset antall plasser og fast personale med kunnskap og forståelse om brukergruppas utfordringer og behov.

Dagaktivitetstilbud kan ha ulike målgrupper, men vanligvis er det et tilbud for personer med demens, uavhengig av alder og funksjonsnivå. Der antall brukere gjør det mulig, kan det være en fordel å samle yngre personer med demens (under 65 år) i en egen gruppe. Også personer med demens i tidlig fase av sykdommen kan med fordel samles i en egen gruppe. I noen dagaktivitetstilbud blandes personer med og uten demenssykdom, men da organisert med en egen gruppe spesielt tilrettelagt for personer med demens. Det er også gjort erfaringer med individuelt tilrettelagte dagaktivitetstilbud for én eller to personer med spesielle behov.

Felles for dagaktivitetstilbudene er at målgruppa er personer med milde til moderate symptomer på demens. Brukerne vil ha varierende grad av atferdsmessige og psykiske symptomer og varierende grad av svikt i aktiviteter i dagliglivet (ADL-funksjoner). Funksjonsnivået til personene med demens må vurderes opp mot bemanning, kompetanse og lokaler.

Et dagaktivitetstilbud kan bidra til å gi pårørende nødvendig avlastning og trygghet om at personen med demens blir tatt hånd om på en god måte. Mest effektiv blir avlastningen dersom pårørende opplever at personen med demens trives og får et meningsfullt tilbud.

Selv om tjenesten heter dagaktivitetstilbud, er det ingenting i veien for at tilbudet legges til andre tider på døgnet, for eksempel ettermiddager og kvelder.

Målet med dagaktivitetstilbud

Dagaktivitetstilbudet skal bidra til å ivareta pasienter og brukeres funksjoner i dagliglivet, fremme livskvalitet og forebygge/reducere isolasjon og ensomhetsfølelse. Tilbudet vil også kunne innebære avlastning og støtte til pårørende.

Hva sier loven om retten til dagaktivitetstilbud?

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rett til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Tilsvarende har kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven *plikt* til å tilby og yte nødvendige og forsvarlige tjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 lister opp en rekke tjenester kommunen plikter å ha tilbud om, blant annet helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse og praktisk bistand, støttekontakt, habilitering og rehabilitering, pårørendestøtte til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid og *dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens*.

Selv om kommunen skal ha et dagaktivitetstilbud tilpasset hjemmeboende personer med demens, har ikke personer med demens i utgangspunktet rett til plass på et slikt tilbud. Som hovedregel kan kommunen bestemme hvilke tjenester de skal tilby den enkelte, så lenge kommunen ivaretar sin plikt til å yte nødvendige og forsvarlige tjenester. Dersom en hjemmeboende person med demens har behov for helsehjelp fra kommunen, for eksempel som følge av underernæring, kan kommunen velge å tilby hjemmesykepleie. Et annet alternativ er at personen får helsehjelpen organisert gjennom et dagaktivitetstilbud, forutsatt at tilbudet har tilstrekkelig kvalifisert personell til å følge opp en slik ernæringssituasjon. Kommunen kan også velge å kombinere ulike tjenester, for eksempel ved å tilby hjemmesykepleie de dagene personen ikke har vedtak om dagaktivitet. Det avgjørende når kommunen gir tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, er altså ikke hvilke tjenester kommunen tilbyr, men at den enkelte gis et nødvendig og forsvarlig tjenestetilbud.

Kommunen plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven å tilby nødvendig pårørende-støtte, blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad, til personer med *særlig tyngende omsorgsarbeid*. Etter pasient- og brukerrettighetsloven kan personer med særlig tyngende omsorgsarbeid kreve at kommunen treffer vedtak om at det iverksettes tiltak for å lette omsorgsbyrden, samt hva tiltakene i tilfelle skal bestå i. Pårørende til hjemmeboende personer med demens vil ofte vurderes som personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. I utgangspunktet kan kommunen avgjøre hvordan et tilbud om pårørendestøtte utformes, i likhet med tildeling av helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere. Avgjørende er at tjenestetilbudet ivaretar kravet til nødvendig pårørendestøtte, og at personen med demens gjennom tilbudet gis forsvarlig oppfølging. Kommunen kan for eksempel gi pårørendestøtte i form av omsorgsstønad, avlastning i hjemmet, korttidsopphold på sykehjem gitt som avlastning eller *avlastningstiltak i form av dagaktivitetstilbud*.

Dersom kommunen, for å ivareta sin plikt til å yte nødvendige og forsvarlige tjenester, tilbyr dagaktivitetstilbud til personen med demens eller som avlastning til pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid, må kommunen sikre at dagaktivitetstilbudet gjennomføres i tråd med kravene etter helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter. Det innebærer blant annet

- krav til innhold og kvalitet på tilbudet
- krav om at det til enhver tid er tilstrekkelig kvalifisert personell til stede som kan ivareta og bistå personen med demens
- krav til dokumentasjon



- krav til å fatte enkeltvedtak
- begrensninger med hensyn til hva kommunen kan kreve i egenandel

Personer som får sin rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen organisert som dagaktivitetstilbud, har på sin side blant annet rett til

- å klage på tildeling og innhold
- å få informasjon og medvirke ved utforming og gjennomføring av tjenesten
- å bistås av nærmeste pårørende eller at de involveres ved behov
- å få råd og veiledning fra pasient- og brukerombud

Velger kommunen derimot å tilby dagaktivitetstilbud utover sitt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, for eksempel et lavterskeltilbud, er de ikke bundet av kravene i loven eller dens tilhørende forskrifter. Da vil det i stedet være opp til kommunen å bestemme innholdet i tilbudet, krav til personellet kvalifikasjoner og hvor mye deltakere skal betale. Personer som benytter seg av slike tilbud, vil heller ikke ha samme rett til informasjon, medvirkning og klage som personer som mottar dagaktivitetstilbud som en nødvendig helse- og omsorgstjeneste fra kommunen. I rundskrivet *Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering* kan du blant annet lese mer om hva som skal til for å vurdere om tjenestetilbudet må vurderes etter helse- og omsorgstjenesteloven eller ikke.

I denne håndboka legger vi til grunn at dagaktivitetstilbudet er gitt som ledd i kommunens plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven. Anbefalingene i håndboka vil likevel langt på vei være aktuelle også når dagaktivitetstilbudet ikke er et lovpålagt tilbud.

Verdigrunnlaget – personsentrert omsorg

Det går fram av Helsedirektoratets *Nasjonal faglig retningslinje om demens* at tjenestetilbud til personer med demens skal bygge på personsentrert omsorg. Det innebærer at dagaktivitetstilbud til personer med demens skal etablere prosedyrer og rutiner for å ivareta dette ved å sørge for

- opplæring og kompetanseutvikling i personsentrert omsorg og behandling til alt personell
- systematisk evaluering og kvalitetsforbedring av tjenestene
- en tydelig ledelse som støtter de ansatte i utøvelsen av sitt arbeid

Personsentrert omsorg bygger på empati og evne til å ta personens perspektiv for å forstå hvordan omgivelsene og situasjonen oppleves sett fra personens ståsted. Gjennom personsentrert omsorg skal personens grunnleggende psykologiske behov for beskjeftigelse, inklusjon, tilknytning, identitet og trøst ivaretas.

- **Beskjeftigelse**

Dagaktivitetstilbud skal ivareta deltakernes behov for *beskjeftigelse*. Det innebærer å involvere dem i aktivitet som er personlig meningsfull for den enkelte. Personen skal stimuleres til å bruke sine ressurser og ferdigheter så langt som mulig, oppmuntres til aktivitet og inviteres til samarbeid og medvirkning. Mange personer med demens opplever å bli holdt utenfor i spørsmål som gjelder dem selv. Avgjørelser tas over hodet på dem uten at de involveres eller får gitt uttrykk for sin mening. Det bør unngås.

- **Inklusjon**

En forutsetning for at dagaktivitetstilbudet skal fungere som en positiv møteplass, er at alle deltakere føler seg inkludert i fellesskapet. *Inklusjon* handler om å være en del av eller å bli invitert inn i et sosialt fellesskap, å føle seg som en del av en gruppe, være velkommen og bli akseptert. Personer med demens risikerer å bli stigmatisert, ignorert og sosialt isolert og kan ha behov for hjelp til å bli involvert i fellesskap med andre. Dagaktivitetstilbudet er et godt alternativ som en trygg sosial møteplass der deltakerne kan oppleve seg verdsatt for den de er, med sine ressurser og sin svikt. Humor gir ofte en positiv atmosfære som frigjør positiv energi for alle.

- **Tilknytning**

I tillegg til inklusjon i gruppa er opplevelsen av *tilknytning* til andre personer viktig. Det gir en opplevelse av samhørighet, bygger på tillit og gir en opplevelse av trygghet å ha noen å komme til når behovet er der. Ved å uttrykke anerkjennelse og støtte og være ekte og åpne på en måte som er sensitiv for personens behov og følelser, kan personalet bygge et tillitsforhold til dem som deltar på dagaktivitetstilbudet.

- **Identitet**

Identitet innebærer å vite hvem man er og har vært tidligere. Det gir en opplevelse av sammenheng med sin egen fortid. Personer med demens kan ha behov for hjelp til å bevare sin identitet når hukommelsen svikter. Personalet må derfor gjøre seg kjent med personens bakgrunn og livshistorie og bruke denne aktivt for å bekrefte hans eller hennes identitet.

- **Trøst**

Videre kan demenssykdom ofte medfører økt usikkerhet, utrygghet og angst hos personen, og behovet for trøst, ømhet, nærhet og lindring av smerter og ubehag øker. *Trøst* gis best ved å være til stede, gi av sin tid og oppmerksomhet og være årvåken for hva som kan skape uro og ubehag hos personen. På dagaktivitetstilbudet bør det legges til rette for at personene med demens kan ha et sted å trekke seg tilbake til for å slappe av og få hjelp til avspenning hvis de blir urolige og engstelige.



Rhapsody

Handwritten musical notation and lyrics are visible on the sheet music.

RÖNISCH

2

Planlegging av dagaktivitetstilbudet

Innledning

Kommunens organisasjonsfrihet, som omtalt i kapittel 1, innebærer at det i utgangspunktet er opp til den enkelte kommune å avgjøre hvordan de ønsker å utforme dagaktivitetstilbud til personer med demens. Uavhengig av denne organisasjonsfriheten vil det i planleggingen av dagaktivitetstilbudet være nødvendig å ta hensyn til lokale og kommunale forhold, som økonomi, geografisk utforming, øvrige helse- og omsorgstjenester og tjenestebehov blant innbyggerne. Tilbudet bør planlegges og ses i lys av kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester til personer med demens.

Grundig planlegging er avgjørende for hvor godt tilbudet vil dekke eksisterende behov i kommunen, og for hvordan man vil lykkes med etablering og drift av framtidige tilbud. Nedenfor er det listet opp faktorer som gjennomgås i dette kapitlet, og som bør vurderes i planleggingen av dagaktivitetstilbud:

- befolkningen blir eldre
- flerkulturell befolkning
- kartlegging av behov
- målgruppe(r) og kriterier for inntak og avslutning
- bemanning og kompetanse
- lokalisering og utforming av lokaler
- åpningstider
- transport

Befolkningen blir eldre

Det norske samfunnet vil gjennomgå store endringer fram mot 2030, og det er viktig at det også planlegges for framtiden. Fram til 2030 forventes det at antall eldre over 70 år vil øke med ca. 30 prosent. Dette innebærer at det vil være over 200 000 flere personer over 70 år i Norge om 10 år. Deretter vil både antall og andel av eldre stige videre.

Alder er den viktigste risikofaktoren for demens. Med økt antall eldre forventes det også en vesentlig økning i andelen av personer med demens i Norge de neste 10 årene, fra 101 000 personer i dag til nesten 140 000 personer i 2030. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen og endringer i sykdomsbildet vil få betydning for behov for og sammensetning av framtidige helse- og omsorgstjenester i kommunene. Etablering og utvikling av tjenester tar tid. Ved planlegging av dagaktivitetstilbud er det viktig å dimensjonere tilbudene, slik at det tas høyde for forventet økning i antall eldre og personer med demens i årene som kommer.

Flerkulturell befolkning

Det bor personer med innvandrerbakgrunn i alle kommuner i Norge. Oslo har flest innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. I årene som kommer, vil det være flere eldre innvandrere i Norge fra mange forskjellige land. I 2060 vil nesten en fjerdedel av alle eldre over 70 år ha innvandrerbakgrunn. De fleste vil komme fra Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa. Eldre innvandrere bor ofte alene, i likhet med andre eldre i befolkningen. Noen eldre innvandrere bor i storfamilier, men som oftest er det ikke slik. De har ikke nødvendigvis mer støtte og omsorg fra familien enn andre eldre i befolkningen. Ved planlegging av dagaktivitetstilbud er det derfor viktig å ta hensyn til antall eldre med flerkulturell bakgrunn og hvor i verden de kommer fra. Avhengig av nasjonalitet bør det blant annet tilrettelegges for morsmålskunnskap, kultur, livshistorie, helseutfordringer og identitetsutfordringer.

Kartlegging av behov

Kunnskap om utbredelse av demens i befolkningen og hvordan demens fordeler seg på ulike aldersgrupper og kjønn er nødvendig for å planlegge helse- og omsorgstjenester til denne pasientgruppa. For oversikt over prosentvis fordeling av demens i ulike aldersgrupper og kjønn, se tabell 2.1.

Tabell 2.1 Alders- og kjønnsspesifikke anslag for forekomst av demens (%) i Norge pr. 2020

KJØNN	ALDER							
	30–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90+	70+
Menn	0.08	0.6	6.4	10.0	17.8	30.5	41.5	13.0
Kvinner	0.09	0.9	4.8	9.0	18.0	34.6	50.9	15.8
Alle	0.09	0.7	5.6	9.5	17.9	33.0	48.1	14.6

Basert på data fra *Forekomst av demens i Norge* (Gjørø, Kjelvik, Strand, Kvello & Selbæk, 2020).

Estimatene i tabell 2.1 vil kunne anvendes til å beregne forekomsten av demens i kommunene i dag. Brukt sammen med Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger for de samme aldersgruppene kan dataene også anvendes til å beregne forventet forekomst av demens i kommunene i årene framover. For kommuner der forekomsten av demens er usikker, kan slike beregninger bidra til å danne grunnlag for å dimensjonere for helse- og omsorgstjenester til personer med demens, slik som dagaktivitetstilbud.

Som et hjelpemiddel i dette arbeidet har Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse utviklet *Demenskartet*. Ved å benytte *Demenskartet* kan den enkelte kommune på en enkel måte beregne forekomsten av demens blant sine innbyggere både i dag og i årene fremover, og hvordan forekomsten fordeler seg på aldersgrupper og kjønn. Når beregningen benyttes for å planlegge dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, kan det tas utgangspunkt i at om lag 70 prosent av personene med demens er hjemmeboende. *Demenskartet* er tilgjengelig på Aldring og helses nettside, www.aldringoghelse.no, under menyvalget *Verktøy for planleggere* og på egen nettside: www.demenskartet.no.

Når kommunen har kartlagt behovet for dagaktivitetstilbud til personer med demens, vil et neste naturlig steg kunne være, innenfor de økonomiske rammer som er satt, å beslutte hvordan tilbudet skal utformes. Faktorer som det da kan være aktuelt å se nærmere på, er:

- Finnes det ressurser til å opprette flere enn ett tilbud?
- Skal tilbudet knyttes til eksisterende tjenester i kommunen eller opprettes som et selvstendig tilbud?
- Skal kommunen drifte dagaktivitetstilbud(ene) selv, eller skal det skje i samarbeid med private aktører?



Målgruppe(r) og kriterier for inntak og avslutning

Målgrupper

Personer med demens utgjør ingen ensartet gruppe. Forskjellig alder, kjønn, nasjonalitet, personlighet, følelsesliv og ulik livserfaring med hensyn til yrke, interesser og hobbyer vil bidra til at mange ulike behov og interesser skal ivaretas. I tillegg vil personene ha ulike demenssykdommer og befinne seg på ulike stadier i sykdomsforløpet. Noen har milde symptomer og lite behov for tilrettelegging og oppfølging, mens andre har kommet lenger i sykdomsforløpet og trenger nødvendigvis mer bistand. Slike ulikheter vil kunne skape utfordringer for kommunen når den skal tilrettelegge et dagaktivitetstilbud tilpasset den enkelte. For å imøtekomme slike utfordringer bør det om mulig vurderes å dele inn i grupper etter alder og funksjonsnivå, spesielle symptomer eller individuelle behov. Slike inndelinger kan være

- yngre personer med demens (under 65 år)
- eldre personer med demens (over 65 år)
- personer med demens i tidlig fase (ikke aldersrelatert)
- personer med demens uavhengig av alder og sykdomsfase
- blandet gruppe med og uten demenssykdom, men tilrettelagt for personer med demens, enten individuelt eller i egne grupper
- én-til-én-tilpasset aktivitetstilbud i ambulerende team, eventuelt i hjemmet

Kriterier for inntak og avslutning av deltakelse

Det enkelte dagaktivitetstilbudet bør utarbeide både inntaks- og avslutningskriterier. Slike kriterier vil bidra til å tydeliggjøre hvilken målgruppe tilbudet er tilrettelagt for. Erfaring viser at det er mer sannsynlig at personer med demens vil ha positivt utbytte av tilbudet når gruppa, ut fra forutsetningene, er så homogen som mulig. For eksempel kan det for yngre personer med demens oppleves som mindre attraktivt å delta på dagaktivitetstilbud der de øvrige tjenestemottakerne er eldre og gjerne har andre behov. Skal yngre og eldre personer med demens delta på samme tilbud, bør de kognitive, fysiske og sosiale forutsetningene være mest mulig like.

Prinsippene om personsentrert omsorg og kravene til forsvarlig og nødvendig tjenester skal alltid ligge til grunn for oppfølging av hver enkelt. Det vil naturligvis påvirke utformingen av tilbudet og kravene til kompetanse hos personellet. En homogen gruppe vil likevel gjøre det lettere å planlegge for aktiviteter som kan passe for flest mulig. Ved store forskjeller i funksjonsnivået kan gjennomføring og samhandling i aktiviteter vanskelig gjøres, og det kan oppleves som begrensende for det sosiale fellesskapet. Det kan også virke uheldig inn på personers ønske om å takke ja til plass på dagaktivitetstilbudet.

Inntakskriterier vurdert på bakgrunn av bemanning, kompetanse og lokaler kan være at personen

- har en demensdiagnose, eller at det foreligger mistanke om demens
- kan nyttiggjøre seg det sosiale miljøet
- er selvhjulpen på toalettet dersom det ikke tilbys hjelp til dette
- kan nyttiggjøre seg aktivitetene på tilbudet
- kan bevege seg utendørs uten ganghjelpemidler

Etter hvert som en demenssykdom utvikler seg, vil tjenestemottakerens evne til å nyttiggjøre seg tilbudet ofte svekkes. Vedkommende vil da ha behov for andre tjenester og oppfølging enn det som gis på det aktuelle dagaktivitetstilbudet. Det vil da være naturlig at tilbudet avsluttes, og at personen i stedet tilbys annet tilpasset dagaktivitetstilbud og/eller andre helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Tett samhandling mellom dagaktivitetstilbudet og neste tjenestetilbud vil ofte være viktig for å sikre kontinuitet i tjenesten som tilbys personen med demens.

Avslutningskriterier kan bidra til å tydeliggjøre når personen med demens ikke lenger kan nyttiggjøre seg det aktuelle tilbudet. Slike kriterier vil også kunne bidra til at homogeniteten på dagaktivitetstilbudet sikres på en best mulig måte, og at planlagte aktiviteter og tjenester til enhver tid kan gjennomføres. Eksempler på avslutningskriterier kan være at personen

- har behov for én-til-én-oppfølging store deler av tiden på tilbudet
- må følges opp med hensyn til hygiene og hjelpes på toalettet
- ikke klarer å nyttiggjøre seg aktiviteter på tilbudet
- er passiv og ikke lenger har nytte av det sosiale fellesskapet på tilbudet
- har store problemer med å orientere seg i tidligere kjente omgivelser

Når kommunens tildelingskontor skal vurdere hvilke helse- og omsorgstjenester som kan være aktuelle for personen med demens, vil inntakskriteriene til de ulike dagaktivitetstilbudene kunne gi god veiledning. For mer informasjon om utforming av og innhold i vedtak se kapittel 7.

Bemanning og kompetanse

Det er flere forhold som vil påvirke bemanningen ved et dagaktivitetstilbud. Antall tjenestemottakere og deres behov for bistand vil blant annet legge føringer for hvor mange ansatte som til enhver tid må være til stede på tilbudet, og for hvilke kvalifikasjoner og kompetanse dette personellet må ha.

Antall personell

Behovet for antall ansatte i et dagaktivitetstilbud må vurderes individuelt, og det er derfor vanskelig å gi generelle råd om dette. Erfaring tilsier at det, av hensyn til beredskapen på tilbudet, bør være minst to ansatte til stede til enhver tid. Uforutsette hendelser kan oppstå, for eksempel at noen blant personalet eller tjenestemottakerne blir akutt syke. Utover dette vil antall tjenestemottakere og deres behov for oppfølging gjennom dagen være styrende. Kommunen har plikt til å påse at nivået på bemanningen er forsvarlig. Dersom dagaktivitetstilbudet er tiltenkt personer med demens med store individuelle behov, vil dette påvirke både antall personer som kan tas inn på tilbudet og bemanning.

Krav til kompetanse

Det må skilles mellom krav til kompetanse på individ- og systemnivå. Med kompetanse på *individnivå* menes helse- og omsorgspersonellets plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut

fra deres kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen ellers. Denne plikten innebærer blant annet at helse- og omsorgspersonellet ikke skal utføre oppgaver eller gi bistand som de ikke er kvalifisert til. Dette står det mer om i kapittel 7.

Med kompetanse på *systemnivå* menes den kompetansen dagaktivitetstilbudet må ha for at kommunen skal kunne ivareta sin plikt til å yte forsvarlige tjenester. Kommunen har et overordnet ansvar for å påse at det til enhver tid er personell til stede med tilstrekkelig kompetanse til å ivareta oppgavene som ligger til dagaktivitetstilbudet. Har for eksempel en tjenestemottaker behov for hjelp til å skifte stomipose, er det en forutsetning at det er personell til stede som er kvalifisert til å bistå med dette. Ved et dagaktivitetstilbud til personer med demens vil det også være en forutsetning at det i personellgruppa er personer med kompetanse om demens, hvilke symptomer demens kan gi, og hvilke utfordringer de ulike sykdommene kan føre med seg. For å ivareta kravet til forsvarlige tjenester bør det også være kompetanse om tilrettelegging av aktiviteter og kunnskap om miljøbehandling og ulike metoder som kan brukes i den aktivitetsrettede behandlingen. Har dagaktivitetstilbudet til oppgave å bidra med observasjon og kartlegging som ledd i utredninger eller funksjonsvurderinger, forutsettes det at dagaktivitetstilbudet har personell med kompetanse på slike områder. Det er viktig å være klar over at det ikke stilles krav om at hvert enkelt personell skal ha samme kompetanse eller kvalifikasjoner, men at personellet samlet sett har kompetanse til å ivareta tjenestene som ligger til dagaktivitetstilbudet.

Lokalisering og utforming av lokaliteter

For at personer med demens og deres pårørende skal oppleve dagaktivitetstilbudet som attraktivt, må tilbudet tilrettelegges slik at deres behov imøtekommes på en best mulig måte. Lokalisering og utforming av lokaliteter samt hvilke aktiviteter lokaliseringen gir muligheter for, vil være av stor betydning for hvordan dagaktivitetstilbudet oppleves for den enkelte.

Lokalisering

Personer som deltar på et dagaktivitetstilbud, har ofte svært ulike behov. Dette gjelder både hvilke helse- og omsorgsbehov de har, og hvilke aktiviteter de kan eller ønsker å delta på. I møte med slike ulike behov og interesser kan det være behov for kreative løsninger for lokalisering av dagaktivitetstilbud. Et dagaktivitetstilbud kan med fordel lokaliseres på ulike og utradisjonelle steder. Dette kan være en institusjon, et kulturhus, et museumsbygg, et treningssenter, en gamme, et aktivitets- eller seniorsenter, en Inn på tunet-gård, et eget hus (ombygd enebolig eller leilighet) eller et annet egnet sted.

Valg av lokalisering og tilknyttede områder vil kunne være avgjørende for hvem som ønsker å benytte seg av dagaktivitetstilbudet. Under planleggingen må det avklares om kommunen skal ha dagaktivitetstilbud rettet mot alle personer med demens i kommunen, eller om det er behov og tilgjengelige ressurser til å ha differensierte tilbud tilpasset ulike målgrupper. Ved differensierte tilbud vil målgruppenes ulike behov ha stor betydning for valg av lokalisasjon.

For personer med demens med begrenset mulighet for aktivitet i form av gjøremål vil det for eksempel være andre krav til lokaliteter og utforming enn for personer med god fungeringsevne. Tilbud lokalisert på sykehjem kan for mange oppleves som lite attraktive fordi sykehjem ofte forbindes med personer som er skrøpelige og i siste fase av livet. Det er lett å forstå at det er lite attraktivt å identifisere seg med personer som man opplever er dårligere enn seg selv. Det kan også være lite fristende med tilbud som bærer preg av strenge rammer med institusjonspreg og uniformering. Sykehjemmets institusjonelle rammer og lokalisasjon kan også begrense muligheten for aktivitet og utfoldelse. På den andre siden kan dagaktivitetstilbud på et sykehjem være en trygg og god måte å bli kjent med sykehjemmet på.

Erfaring viser at for personer som er tidlig i demensforløpet, vil det være lettere å takke ja til et dagaktivitetstilbud som ligger atskilt fra en institusjon, som et sykehjem. Det samme gjelder for yngre personer med demens. Funksjonsnivå og interesser kan være svært forskjellige når det er et aldersspenn på 20 år eller mer.

Befolkningen i en kommune kan ha deler av identiteten sin knyttet til stedet der de bor og kanskje vokste opp. I tilrettelegging av nye dagaktivitetstilbud kan det derfor være et tips å ta utgangspunkt i kommunens særpreg og innbyggernes interesser og kjennskap til lokal kultur, historie og naturressurser.

Utforming av lokaliteter

Ved planlegging av nye bygg og renovering av eksisterende bygg bør det, så langt som mulig, legges til rette for personer med demens i ulike stadier av sykdomsforløpet. Da kan man tilpasse bygningsmassen til framtidig behovsendring. Det er derfor fornuftig å etablere lokaler som er fleksible og universelt utformet. Det er viktig å huske at dagaktivitetstilbudene som utformes, skal kunne ivareta behovene for målgruppene både i dag og i framtiden. Dette ivaretas ved *universell utforming* av lokalene og innebærer at produkter, omgivelser og tjenester utformes slik at de i så stor utstrekning som mulig kan brukes av alle pasient- og brukergrupper uten senere behov for tilpasning.

Universell utforming

Med universell utforming menes utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming. Universell utforming skal ikke utelukke hjelpemidler for bestemte grupper av mennesker med nedsatt funksjonsevne når det er behov for det.

(Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013, s. 9)



Størrelsen på arealet avhenger av målet med tilbudet og antall personer som skal være knyttet til det. Uavhengig av hvor tjenestetilbudet er lokalisert, bør et dagaktivitetstilbud ha tilgang til inne- og uteareal som inviterer til aktivitet, i tillegg til kjøkken, garderobe, dusj og hvilerom. Det bør tilrettelegges inne- og uteareal tilpasset personer med demens. Ved å utforme lokaler etter kriteriene for universell utforming vil dette bli ivaretatt. De fysiske rammene i dagaktivitetstilbudene bør utformes etter prinsippet *smått er godt*, som nevnt tidligere. Hvis kommunen mener det kan bli aktuelt å legge til rette for andre funksjoner i framtiden som krever spesielle lokaliteter, må det planlegges for dette. Det fysiske miljøet bør inneholde elementer som gir tilpasset stimulering og inviterer til engasjement og aktivitet, for eksempel bilder, bøker, gjenstander og hjelpemidler. Uteareal skal gi tilgang til frisk luft og dagslys og bør være lett tilgjengelig, bidra til positiv stimulering og invitere til aktivitet. Dette er særlig vektlagt ved utforming av sansehager. Det anbefales at et tilrettelagt uteareal er oversiktlig, gjerne skjermet for forstyrrende stimuli, og at det gir mulighet for bevegelse, sanseopplevelser og meningsfull aktivitet.

Tilrettelegging av det fysiske miljøet for personer med demens skal bidra til å kompensere for kognitiv svikt og tapte funksjoner basert på følgende prinsipper:

- forenkle miljøet ved å rydde opp
- støtte opp om gode vaner og rutiner
- framheve viktig informasjon
- fremme trygghet og sikkerhet

Tenk muligheter og hvordan nærområdet kan anvendes, gjerne med mål om at personer med demens skal oppleve å inkluderes i samfunnsnyttige oppgaver. Tenk aktivitetsarenaer og samhandling med andre etater i kommunen. Finnes det kommunale arenaer, for eksempel i nærings- eller kultursektoren eller i frivillige organisasjoner, som kan kontaktes for etablering av samarbeid om personer med demens?

Råd til utforming av inneareal

Lokaler som benyttes ved dagaktivitetstilbud til personer med demens, bør inneholde:

- stue, gjerne med mulighet for å dele aktiviteter på flere områder eller rom for å forebygge støy og uro
- toalett med mulighet for dusj og bad
- kjøkken med plass til to–tre personer ved tilberedning av måltider
- spisebord med sitteplasser for alle på tilbudet
- hvilerom med seng
- god belysning
- god skilting av dører, for eksempel til toalettet
- garderobe med plass til av- og påkledning, lagring av yttertøy, sko, støvler osv.

Råd til utforming av uteareal

Kommunen bør ta hensyn til følgende ved tilrettelegging av uteareal:

- Utearealet bør være skjermet mot støy fra vei og parkeringsplass.
- Utearealet bør sikres mot trafikkerte veier og mot annen aktivitet som kan medføre risiko for tjenestemottakere og personell.

- Utearealet bør være tilrettelagt for sitteplasser, gjerne med mulighet for bålbrekking og tilberedning av enkle måltider.

Åpningstider

Til tross for navnet *dagaktivitetstilbud* kan tilbudet naturligvis også gis på ettermiddag, kveld, i helger eller i høytider. Dagaktivitetstilbudene vil være en viktig arena både for personer med demens og for deres pårørende. Dette gjelder særlig pårørende som har fått innvilget avlastning i form av dagaktivitetstilbud. For at avlastningen skal oppleves som reell, er det ofte behov for fleksible og tilpassede åpningstider. Pårørende bør få mulighet til å delta i arbeids-, samfunns-, forenings- og familieliv. Behovet for avlastning kan være til stede på dagtid, ettermiddager og kvelder samt i helger, ferier og høytider. Som kjent er forutsigbarhet og rutiner viktig for personer med demens. Dagaktivitetstilbud som holder stengt i lengre perioder som følge av helligdager eller ferieavvikling, vil lett kunne skape uro og utfordringer for personen med demens. Kommunen bør derfor, så langt det er mulig, legge til rette for fleksible åpningstider, slik at pårørende kan få avlastning når de trenger det, og slik at personer med demens får ivarettatt sine daglige behov for aktivitet, stimulering og oppfølging også i høytider, ferier og helger.

Selv om åpningstidene er fleksible, må brukerne av dagaktivitetstilbudet gis tydelige avtaler for oppmøte. Bare slik kan kommunen sørge for at det til enhver tid er nok kvalifisert personell på jobb.

Dersom kommunen har flere dagaktivitetstilbud, kan samarbeid mellom disse være en løsning i ferieavvikling og høytider. Det kan også vurderes om interkommunalt samarbeid kan være aktuelt i slike situasjoner.

Et annet viktig element for å opprettholde kontinuitet i tilbudet til personer med demens vil være antall dager per uke tilbudet er tilgjengelig. Redusert evne til å huske og gjenkalle atmosfære, lokaliteter, aktiviteter og personer kan bidra til at personer med demens vegrer seg for å benytte dagaktivitetstilbudet. Erfaringer har vist at dagaktivitetstilbud som tilbys to eller flere dager per uke, kan bidra til at personen med demens bedre husker sted, personer og innhold i tilbudet. Dette vil igjen ha betydning for personens trivsel og ønske om å benytte seg av tilbudet. Her er eksempler på åpningstider fra to kommuner:

Kommune 1

Et Inn på tunet-tilbud har åpent fem dager i uka: kl. 08.00–16.00 med utvidet åpningstid to kvelder per uke, kl. 14.30–21.30. Dagaktivitetstilbud i sykehjem i samme kommune har åpningstid alle dager, inkludert lørdag og søndag, samt én kveld i uka, alle helligdager (jul, påske, pinse og alle helligdager i mai).

Kommune 2

Dagaktivitetstilbud i et omsorgssenter har åpent mandag til og med lørdag kl. 08.00–16.00 og er i tillegg åpent to kvelder i uka fram til kl. 19.30.

Transport

Transport i forbindelse med et dagaktivitetstilbud må være et trygt, fleksibelt og forutsigbart tilbud for personen med demens og eventuelle pårørende. For å skape forutsigbarhet er det viktig at transporten kommer til avtalt tid og gjerne med en «kjent» sjåfør. Situasjoner der personer med demens må vente på transport, er uheldig og kan føre til angst, utrygghet og demotivering. For at transporten skal oppleves som trygg og fleksibel, må den blant annet være tilpasset det fysiske funksjonsnivået til personene som skal transporteres. Den må også være tilrettelagt med hensyn til høyde, stigtrinn, gripehåndtak og rullestol hvis det er aktuelt. Videre må det vurderes om det er behov for at personell fra dagaktivitetstilbudet er til stede under transporten. Dette kan for eksempel være aktuelt når én eller flere har eller kan få behov for helse- og omsorgshjelp under transporten. Uavhengig av hjelpebehov kan tilstedeværelse av personell fra dagaktivitetstilbudet bidra til å hindre uro og stress blant ventende brukere.

Ved transport er det viktig å huske på

- at pårørende ikke plikter å bistå når personer over 18 år har behov for transport for å kunne benytte seg av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, for eksempel dagaktivitetstilbud;
- at når transport skjer i forbindelse med kommunale helse- og omsorgstjenester, må kommunen påse at aktuelle regler i yrkestransportloven blir fulgt. Dette innebærer blant annet at krav til kjøreseddel, løyve eller eventuelt dispensasjon fra løyve skal være ivarettatt når det er nødvendig.

Dersom personen med demens er avhengig av andre helse- og omsorgstjenester for å kunne benytte dagaktivitetstilbudet, må disse tjenestene koordineres. Om personen for eksempel har bistand fra hjemmesykepleien hver morgen for hjelp til stell, påkledning og/eller medisiner, må dagaktivitetstilbudet da koordinere med hjemmesykepleien slik at personen er klar for avreise til avtalt klokkeslett når transporten kommer.



3

Kvalitet og kvalitetssikring

Innledning

Kommunen har et ansvar for at dagaktivitetstilbud til personer med demens som er gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven, planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres på en slik måte at tilbudets omfang og innhold til enhver tid er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Så fremt tilbudet er gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven, gjelder kommunens ansvar også dersom tilbudet drives i samarbeid med private eller frivillige aktører.

Dette kapitlet består av to deler. Med utgangspunkt i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* gis det i første del en introduksjon til tiltak som kommunen plikter å gjennomføre for å overholde lovpålagte krav ved utforming og gjennomføring av et dagaktivitetstilbud som er forankret etter helse- og omsorgstjenesteloven. I andre del av kapitlet gis det ytterligere eksempler på tiltak som bidrar til å sikre kvaliteten i tjenestene som tilbys. Følgende punkter blir beskrevet i dette kapitlet:

- **Del 1 Plikten til å sikre et overordnet faglig forsvarlig og godt dagaktivitetstilbud:**
 - plikten til å planlegge
 - plikten til å gjennomføre
 - plikten til å evaluere
 - plikten til å korrigere
- **Del 2 Hva må være på plass?**
 - utarbeidelse av skriftlige prosedyrer
 - samhandling og samarbeid
 - samarbeid med hukommelsesteam
 - overflytting til sykehjem

Dersom det gis bistand til legemiddelhåndtering, gjelder egne krav om skriftlige prosedyrer ifølge forskrift om legemiddelhåndtering.

Del 1 Plikten til å sikre et faglig forsvarlig og godt dagaktivitetstilbud

Ledelsen av dagaktivitetstilbudet må forholde seg til kravene i *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Forskriften legger føringer for oppgaver og tiltak som må utføres ved planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av dagaktivitetstilbudet. Nedenfor introduseres forskriftens overordnede plikter. For en utfyllende gjennomgang av hva som kreves av lederne av dagaktivitetstilbudet, se Helsedirektoratets *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Plikten til å planlegge

Ved dagaktivitetstilbud til personer med demens innebærer plikten til å planlegge blant annet at kommunen må ha oversikt over og beskrive tilbudets mål, oppgaver, aktiviteter og hvordan det skal organiseres. Det må opprettes en tydelig fordeling av ansvar og oppgaver. Tilbudet må også utarbeide en plan for hvordan kommunen skal arbeide for å sikre kvalitetsforbedringen i dagaktivitetstilbudet.

En annen viktig del av planleggingsprosessen vil være å innhente informasjon og kunnskap som vurderes som nødvendig for å gjennomføre de oppgavene som er tiltenkt dagaktivitetstilbudet, på en forsvarlig måte. Det vil blant annet sette krav til at personellet som tar del i planleggingsprosessen, har tilstrekkelig oversikt over relevante lover og forskrifter, og at de er kjent med nasjonale retningslinjer og veiledere som kan være av betydning for planlegging og utforming av tilbudet. Det vil også være nødvendig å planlegge for nødvendig kompetanse med utgangspunkt i målgruppa ved etablering av nytt tilbud. Der tilbud videreføres, er det viktig med god oversikt over hvilken kompetanse personellet på dagaktivitetstilbud besitter, og hvilke behov som eventuelt finnes for kompetanseheving, kurs osv., slik at dagaktivitetstilbudet kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.

I tillegg til å innhente informasjon og kunnskap som er nødvendig for å opprette et godt og forsvarlig dagaktivitetstilbud, må det utarbeides rutiner for hvordan avvik, uønskede hendelser, klager og tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og pårørende med mer skal håndteres.

Plikten til å gjennomføre

For å ivareta plikten til å gjennomføre dagaktivitetstilbudet på en forsvarlig og kvalitetsmessig god måte må kommunen blant annet sørge for

- at tilbudets organisering og planer for gjennomføring er godt kjent og innarbeidet hos personalet på dagaktivitetstilbudet og ellers i de deler av kommunen som er eller kan bli involvert i tjenesten
- at personalet i dagaktivitetstilbudet har nødvendig kunnskap om og kompetanse til å ivareta oppgaver som er planlagt utført i det konkrete tilbudet, og at de har tilstrekkelig kunnskap i relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet til kommunens helse- og omsorgstjeneste
- at det utvikles og iverksettes nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet, og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet



- at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes
- at erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende brukes for å skaffe erfaringsgrunnlag for å bedre tilbudet

Plikten til å evaluere

Plikten til å evaluere dagaktivitetstilbudets tjenester innebærer blant annet å kontrollere at oppgaver, tiltak og planer er gjennomført slik de er planlagt for. Videre må kommunen evaluere at kravene i helse- og omsorgslovgivningen, som faglig forsvarlighet og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, blir ivarettatt under gjennomføringen av dagaktivitetstilbudet. Andre viktige sider av evalueringen vil være å innhente erfaringer og tilbakemeldinger fra tjenestemottakere og pårørende samt gjennomgå avvik og uønskede hendelser. Dette vil bidra til å forbedre dagaktivitetstilbudet og sikre at personer med demens og deres pårørende opplever tjenestetilbudet som godt og forsvarlig.

Lederen for dagaktivitetstilbud(ene) har ansvaret for å kontrollere at tilbudets oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt. Dagaktivitetstilbudet bør evalueres årlig. Ved gjentatte uønskede hendelser, klager eller avvik må det vurderes om det er behov for hyppigere evalueringer.

Plikten til å korrigere

Plikten til å korrigere dagaktivitetstilbudets oppgaver innebærer blant annet

- å rette opp i uforsvarlige og lovstridige forhold
- å sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres
- å forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Del 2 Hva må være på plass?

I kapittel 7 gis det en introduksjon til sentrale juridiske aspekter som må være på plass for at kommunen skal kunne ivareta sine lovpålagte plikter. I denne delen av kapitlet legges det vekt på tiltak som vil være særlig aktuelle ved utforming og gjennomføring av dagaktivitetstilbudet. Enkelte av tiltakene som gjennomgås, vil også være nødvendige for å sikre at tilbudet fungerer i tråd med gjeldende lover og forskrifter.

Utarbeidelse av skriftlige prosedyrer

Skriftlige prosedyrer som sier noe om hva som skal gjøres, av hvem, når og hvordan, kan være med på å sikre kontinuitet og kvalitet i de enkelte kommunale helse- og omsorgstjenestene, uavhengig av hvem som yter den konkrete hjelpen. En prosedyre skal være enkel, kortfattet og målrettet. Prosedyrer skal være brukervennlige og lett tilgjengelige både for ledelsen og den enkelte av personalet. Dette kan sikres ved å gjøre prosedyrene tilgjengelig både elektronisk og i papirversjon, slik at personalet på dagaktivitetstilbudet kan anvende disse ved behov.

Som regel utarbeides både overordnede prosedyrer for hele den kommunale helse- og omsorgssektoren og prosedyrer tilpasset de ulike helse- og omsorgstjenestene kommunen tilbyr. Prosedyrer må sikres slik at de til enhver tid er aktuelle, og de må evalueres regelmessig.

I kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene stilles det krav til kommunene om å utarbeide skriftlige prosedyrer som skal bidra til å sikre at personer som mottar helse- og omsorgstjenester, får ivaretatt sine grunnleggende behov. Hva dette innebærer, er nærmere presisert i forskriftens § 3. Ved utarbeidelse og gjennomføring av dagaktivitetstilbud gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven, vil krav til skriftlige prosedyrer kunne løses på ulike måter. Nedenfor gis eksempler på aktuelle områder for prosedyrer på et dagaktivitetstilbud til personer med demens:

- program for dagen
- gjennomføring av måltider
- transport
- turgåing
- varslingsrutiner ved forsvinning
- inntaks- og avslutningskriterier
- mottak av nye personer i tilbudet
- dokumentasjon, rapportering og veiledning
- akutt sykdom
- oppfølging av ernæring og somatikk, fysisk, kognitiv og sosial fungering
- oppfølging av pårørende
- avslutning av tilbudet og flytting til et annet omsorgsnivå

Prosedyre – program for dagen

Hensikt: Forutsigbarhet, medvirkning og inkludering

Ansvar: Lederen av tilbudet har ansvar for at prosedyren utarbeides, og for at den gjøres kjent og tilgjengelig for personellet. Personellet har også et selvstendig ansvar for å følge prosedyren.

Målgruppe: Alt personell ved dagaktivitetstilbudet

08.00–08.30	Planlegging av dagen, fordeling av arbeidsoppgaver og tilberedning av frokost
08.30–09.30	Transport
09.30	Dagaktivitetstilbudet åpnes – ønsk hver enkelt velkommen ved hoveddøra. Det avtales hvem fra personellet som gjør dette.
09.30–10.30	Frokost – alle har faste plasser, bordkort er satt fram. En fra personalet har ansvar for servering. Dette avtales i forkant av måltidet. De andre sitter rolig og hjelper til der det er behov. Samtalen skal inkludere alle. Alle skal bli sett og hørt. Inkluder brukerne av tilbudet i oppgaver ved tilrettelegging og rydding av måltider. Ved avslutningen av frokosten presenteres forslag til plan for dagen. Avklar spesielle ønsker hos den enkelte.
10.30–13.00	Ulike aktiviteter og arbeidsoppgaver med kaffepause
13.00–14.00	Lunsj eller middag – følge retningslinjer som ved frokost
14.00–14.30	Rydding og avslapping – individuell oppfølging og tilpasning etter behov
14.30–15.30	Hjemreise med dagtilbudets bil og en fra personalet som sjåfør. Vurdere daglig om det er behov for at annet personell også deltar under transporten.

Samhandling og samarbeid

Ved en demenssykdom vil både personen selv, pårørende og personellet i dagaktivitetstilbudet stå overfor en livssituasjon som er i endring. Sykdommen utvikler seg, og funksjonsnivået endrer seg. Personer med demens og deres pårørende må følges opp med gjentakende vurderinger for å fange opp endringer som kan utløse behov for nye tjenester, eventuelt et høyere omsorgsnivå. Det er ikke uvanlig at personer med demens som deltar på et dagaktivitetstilbud, også mottar andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Det anbefales derfor at det legges til rette for god samhandling og samarbeid mellom dagaktivitetstilbudet og eventuelle andre tjenesteenheter i kommunen som personen med demens mottar bistand fra.

Mottar personen med demens tjenester fra flere instanser i kommunen, må disse koordineres og tilpasses behovene personen med demens har. I veilederen *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* uttaler Helsedirektoratet at de ulike tjenestetilbudene som pasienten eller brukeren mottar, må ses i sammenheng og organiseres på en strukturert måte. En individuell plan (IP) kan bidra til å strukturere tjenestene slik at de oppleves mer helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset behovet til den enkelte. Der flere tjenesteenheter er inne i bildet, må det avklares hvem som skal ha hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakerens IP. IP kan du lese mer om i kapittel 7. I demensretningslinjen er det anbefalt at det opprettes en kontaktperson for personer med demens. Dette gjelder uavhengig av om personen mottar én eller flere tjenester fra kommunen, eller om det er utarbeidet en IP.

Uavhengig av hvor mange ulike tjenester en person mottar, er det viktig å planlegge, strukturere og gjennomføre arbeidet slik at tjenestene kommer tjenestemottakeren til nytte. Ved samhandling mellom ulike tjenester og eventuelt tjenestenivåer må kommunen sørge for å ivareta taushetsplikt, medvirkning og retten til informasjon. Dette kan du lese mer om i kapittel 7.

Eksempler på kommunale helse- og omsorgsenheter det kan være aktuelt for dagaktivitetstilbudet å samarbeide med om koordinering og oppfølging av en person med demens, kan være

- hukommelsesteam, for eksempel om funksjonsvurdering
- vedtakskontoret, for eksempel om endringer i tjenestebehov
- fastlegen, for eksempel ved oppfølging av behandling- og rehabiliteringstiltak
- hjemmebaserte tjenester, for eksempel om oppfølging av ernæring og hygiene, ivaretagelse og klarering før og etter deltakelse i tilbudet
- frivillighetssentralen, for eksempel ved bruk av besøksvenn
- ergoterapitjenesten, for eksempel ved behov for hjelpemidler
- sykehjemstjenesten, for eksempel ved overflytting til dette omsorgsnivået

Samarbeid med hukommelsesteam

I demensretningslinjen anbefales det at kommunene oppretter hukommelsesteam som blant annet bør ha et hovedansvar for å sikre at oppfølging i hjemmet tilbys personen



med demens og eventuelt pårørende. Hukommelsesteamet sin rolle i driften av dagaktivitetstilbud kan bestå av å informere og motivere tjenestemottakeren til å delta på dagaktivitetstilbudet. I tillegg kan det gis støtte til personen med demens og pårørende gjennom de ulike fasene av sykdommen. Dialog, veiledning og samhandling med andre aktører er også en viktig rolle for hukommelsesteamet. Hukommelsesteamet kan også bistå personen med demens med søknad om dagaktivitetstilbud, være kontaktledd med dagaktivitetstilbudet om henting og levering og koordinere eventuelle andre helse- og omsorgstjenester som personen mottar, med dagaktivitetstilbudet.

Overflytting til sykehjem

Mange som benytter seg av dagaktivitetstilbud, flytter etter hvert fra eget hjem og over til et høyere omsorgsnivå, som sykehjem. Det bør derfor utarbeides gode rutiner for planlagte, smidige og fleksible overgangsordninger mellom dagaktivitetstilbud og sykehjemstjenesten. Dette vil ivareta både personer med demens og pårørende i en ofte utfordrende fase av sykdomsutviklingen. Her gis forslag til punkter for samhandling ved overflytting til sykehjem:

- forberede personen med demens og pårørende ved oppstart i dagaktivitetstilbudet om at tilbudet er aktuelt i et begrenset tidsrom av sykdomsfasen, og gjøre dem trygge på at de vil bli ivaretatt gjennom hele sykdomsforløpet
- forberede personen med demens og pårørende i god tid om mulig flytting, det vil si når det kommer tegn på funksjonsnedsettelse som er forenlige med avslutningskriterier, se kapittel 2
- opprette samarbeid med sykehjemmet om flytting og tilstrebe faste kontaktpersoner som personen med demens og pårørende kan forholde seg til i prosessen
- overføre informasjon om tjenestemottakeren til neste omsorgsnivå. Dette kan bestå av:
 - aktivitetsnivå
 - funksjonsnivå og behov for oppfølging
 - mestringsnivå
 - spesielle individuelle behov og interesser
 - livshistorie (se *Min livshistorie. Hvem er jeg – inkl. verktøy*, www.aldringoghelse.no)
- tilrettelegge for alternative og smidige bli-kjent-ordninger, som besøksordninger og fleksible overgangsordninger hvor personer med demens ikke nødvendigvis mister plassen på tilbudet umiddelbart, men hvor individuell tilpasning tilstrebes
- generell gjensidig læring og kunnskapsutveksling mellom dagaktivitetstilbudet og sykehjemmet

Samarbeid og samhandling mellom dagaktivitetstilbudene

Om kommunen har flere dagaktivitetstilbud, bør ledelsen legge til rette for samarbeid og samhandling mellom tilbudene, inkludert tilbud som ligger utenfor kommunens egen bygningsmasse, for eksempel Inn på tunet-tilbud, museer, treningssentre med mer. Dette for å sikre en mest mulig enhetlig og verdibasert, effektiv og koordinert tjeneste.



4

Innhold i dagaktivitetstilbudet

Innledning

Innholdet i et dagaktivitetstilbud vil omfatte både generelle og individuelt tilpassede aktiviteter og tjenester. Generelle tjenester og aktiviteter er ment for alle brukerne av tilbudet og kan være felles gågrupper, matlaging, snekring, maleprosjekter med mer. For at personer med demens skal kunne delta på dagaktivitetstilbud, vil det ofte være behov for individuelt tilpassede aktiviteter, tjenester og bistand. Det kan for eksempel innebære at personen med demens i sitt vedtak er tildelt helsetjenester, som legemiddelhåndtering, oppfølging av ernæring eller bistand til av- og påkledning eller hjelp ved toalettbesøk. Både ved generelle og individuelt tilpassende tjenester og aktiviteter skal prinsippene om personsentrert omsorg ligge til grunn ved gjennomføring av dagaktivitetstilbudet. I dette kapitlet omtales først personsentrert omsorg, miljøbehandling og psykososialt miljø. Deretter introduseres generelle tjenester og aktiviteter før det gis eksempler på individuelt tilpassende tjenester og aktiviteter som kan være aktuelt å gi under et dagaktivitetstilbud. I dette kapitlet beskrives følgende:

- **Del 1 Personsentrert omsorg, miljøbehandling og psykososialt miljø**
 - personsentrert omsorg
 - miljøbehandling
 - psykososialt miljø
- **Del 2 Generelle tjenester og aktiviteter i dagaktivitetstilbudet**
 - fysiske aktiviteter
 - måltid som aktivitet
 - kognitiv stimulering og behandling
 - hukommelsesstimulerende terapi for personer med demens
 - sansestimulering
 - kreativ aktivitet
 - bruk av velferdsteknologi i aktivitet
 - sang, musikk og dans
 - bruk av film

- **Del 3 Individuelt tilpassede aktiviteter og tjenester**
 - behov for ernæringsoppfølging
 - hvordan fange opp behov for ernæringsoppfølging?
 - rehabilitering
 - rehabilitering av demens
 - kognitiv rehabilitering
 - dagaktivitetstilbud som arena for rehabilitering
 - helsehjelp som tjeneste i dagaktivitetstilbudet
 - personlig assistanse – praktisk bistand og opplæring

Del 1 Personsentrert omsorg, miljøbehandling og psykososialt miljø

Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg handler først og fremst om å møte hver enkelt som et unikt individ. Å leve med demens setter den subjektive opplevelsen av verdi som menneske på prøve. Da er det særlig viktig at omgivelsene understreker og gjør det tydelig at personen med demens fremdeles har verdi som det unike mennesket det er, se nærmere omtale av personsentrert omsorg i kap. 1. Av Helsedirektoratets *Nasjonale faglige retningslinje om demens* (www.helsedirektoratet.no) går det fram at tjenestetilbud til personer med demens skal bygge på personsentrert omsorg og behandling. Dette innebærer at alle omsorgsnivåer og ledd i tjenesteapparatet har

- en ledelse med kunnskap om personsentrert omsorg og behandling som formidler dette verdigrunnlaget gjennom virksomhetens visjon og løpende prioriteringer og avgjørelser
- en organisasjonsstruktur som legger til rette for dialog med og medvirkning fra tjenestemottakere og pårørende
- et personale med nødvendig kompetanse, kommunikasjonsmessige og relasjonelle ferdigheter samt engasjement i arbeidet
- personell som utøver sin praksis i tråd med gjeldende faglige og etiske normer, og et system for det løpende fagutviklings- og forbedringsarbeidet basert på personsentrert omsorg og behandling som gir seg utslag i behovsdekning, brukertilfredshet, pasientsikkerhet og opplevelse av medvirkning og trivsel

På hjemmesidene til Aldring og helse (www.aldringoghelse.no) finnes det ytterligere informasjon om personsentrert omsorg og aktuelle kurs i temaet.

Miljøbehandling

I miljøbehandling vektlegges bruk av de terapeutiske prosessene som kan mobiliseres i det miljøet personen befinner seg. Målet er å sette den enkelte i stand til å opprettholde selvstendighet så lenge som mulig ved å stimulere kognitiv og fysisk og sosial funksjon. Miljøbehandling må tilpasses den enkeltes forutsetninger og basere seg på en personsentrert tilnærming. En viktig hensikt er å fremme opplevelse av mestring og skape trivsel og bidra til livskvalitet og et positivt innhold i hverdagen. Individuelt tilpassede miljøbehandlingstiltak er viktig for å forebygge og redusere angst, uro, forvirring og depressive symptomer. Miljøbehandling kan gjennomføres som individuelle tiltak

for en person eller for en gruppe, noe som ofte er naturlig i et dagaktivitetstilbud der mange aktiviteter er organisert som felles aktivitet. Miljøbehandling bygger på fysiske og psykososiale rammebetingelser.

Psykososialt miljø

Det psykososiale miljøet skal bidra til trygghet, tilhørighet, stimulering og engasjement. All miljøbehandling må bygge på et gjensidig tillitsforhold mellom personen med demens og personalet. En god relasjon er vesentlig for et positivt resultat uansett hvilket miljøbehandlingstiltak det er snakk om. Personalet må motivere, involvere, støtte og vise at de verdsetter den enkelte. Kommunikasjon og samhandling er derfor vesentlige elementer i miljøbehandling. Kommunikasjonsmetoder som validering, realitetsorientering og reminisens (minnearbeid) blir ofte brukt. Ulike tilnærminger i kommunikasjon må tilpasses den enkelte. Igjen må man bygge på prinsippene for personsentrert omsorg for å møte personens behov for trøst, identitet, inkludering, tilhørighet og beskjeftigelse. Dette kan bidra til å skape en positiv atmosfære der alle kan føle seg anerkjent, inkludert, verdsatt og trygg.

Del 2 Generelle tjenester og aktiviteter i dagaktivitetstilbud

Dagaktivitetstilbud bør inneholde aktiviteter og miljøtiltak som er tilrettelagt for å oppnå opplevelse av trivsel, mestring og livskvalitet for personene med demens. Når aktivitetene tar hensyn til personen med demens sine interesser, støtter de opp under identitet og verdighet. En slik tilnærming bygger på prinsipper for miljøbehandling med utspring i personsentrert omsorg der målet er at personer med demens skal oppleve respekt, tillit og trygghet. Ut fra en slik tilnærming vil dagaktivitetstilbudet kunne virke forebyggende på utvikling av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, bistå til å vedlikeholde ferdigheter og lette belastningen på pårørende.

Valg av aktiviteter bør ta utgangspunkt i den enkeltes interesser, tidligere erfaring, gjenkjenning, identitet, nåværende funksjonsnivå og behov for aktivitet. Et godt hjelpemiddel er å hente inn personlige opplysninger fra personen selv og eventuelt pårørende. Et verktøy for å innhente personopplysninger kan være *Min livshistorie. Hvem er jeg – inkl. verktøy*, som finnes på Aldring og helses nettsider, se www.aldringoghelse.no.

Innhenting av personopplysninger og kartlegging av funksjonsnivå og preferanser kan gi en god indikasjon på personens fungeringsevne, men vil nødvendigvis ikke fortelle alt om hva vedkommende kan mestre. Erfaring viser at personell i dagaktivitetstilbud kan bli positivt overrasket over evnene til personer med demens, både til å mestre aktiviteter og til å uttrykke ønsker og behov.

Det er godt dokumentert at både fysisk, mental og sosial aktivitet er av betydning for å opprettholde funksjonsnivået. Slike aktiviteter bør derfor utgjøre en sentral del av tjenestene i et dagaktivitetstilbud. Under gis det eksempler på hva slike aktiviteter og tjenester kan være.

Fysiske aktiviteter

Fysisk aktivitet er definert som å bevege seg slik at energiforbruket er høyere enn det er i hvile. Begrepet dekker blant annet fysisk arbeid, trening, idrett, friluftsliv og det å

gå. Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse er godt dokumentert for befolkningen generelt og også for personer med demens. Studier viser at fysisk aktivitet og trening spiller en viktig rolle for å opprettholde fysisk funksjon og kan ha positiv effekt på mental helse, sosialt liv og livskvalitet hos personer med demens. I *Nasjonal faglig retningslinje om demens* står det at kommunale virksomheter skal legge til rette for å motivere til daglig fysisk aktivitet hos mottakere av helse- og omsorgstjenester, herunder personer med demens.

Mange personer med demens opplever det utfordrende å være fysisk aktiv. Det er flere grunner til det: svekket hukommelse, vansker med å finne fram i omgivelsene, tap av initiativ og redusert motivasjon. Flere erfarer at gangfunksjonen og balansen blir dårligere. Konsekvensen blir ofte mer stillesitting, som har negativ effekt på fysiske funksjoner, og personen blir mer isolert og mottakelig for depressive tanker. Dette går ut over det sosiale livet og deltakelse i aktiviteter.

Tilrettelegging av og motivering for daglig fysisk aktivitet øker muligheten for deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Med det mener vi aktiviteter som er av personlig interesse og kan gi en følelse av glede, tilhørighet, mestring og selvbestemmelse. Mange føler at det gir mening til dagen å være til nytte for andre. Å ha mulighet til å fylle dagene med noe meningsfullt er nødvendig for å kunne ha så god livskvalitet og helse som mulig. Mange personer med demens forteller at fysisk aktivitet er meningsfullt i seg selv fordi det gir glede og mestring. Det føles rett og slett bra å gjøre noe godt for helsa!



Det er mange gode grunner til å være fysisk aktiv etter at man har fått en demensdiagnose. Forskning viser at fysisk aktivitet og trening kan påvirke både fysisk og mental helse hos personer med demens – i tillegg til å være sosial. Vi vet at personer med demens som trener regelmessig, kan forbedre eller opprettholde gangfunksjon, styrke og balanse. De kan også øke kondisjonen og ADL-funksjonen.

Mange personer som lever med demens, har nedsatt fysisk funksjon på grunn av aldersforandringer i muskel- og skjelettsystemet. Uansett hva som er den bakenforliggende årsaken (vanligvis en kombinasjon av de to), er det viktig å være aktiv for å forhindre videre funksjonstap og for å forebygge fall. Det kan være begrenset tilgang til fysioterapiressurser på dagaktivitetstilbud, men dersom noen på dagaktivitetstilbudet opplever en akutt forverring av fysisk form på grunn av fall eller annet, kan det være aktuelt å ta kontakt med kommunal fysioterapeut for oppfølging.

Hvordan påvirker fysisk aktivitet hjernen?

Det skjer mye i hjernen når vi er fysisk aktive eller trener. Vi kan

- få større hjernevolum
- øke nerveaktiviteten
- danne nye nerveforbindelser
- øke blodgjennomstrømningen
- motvirke depresjon
- oppleve mestring og glede

Flere studier viser at fysisk trening kan ha effekt på kognisjon, altså evnen til å tenke og lære, selv etter at en har fått demens. Trening kan også påvirke atferdssymptomer og mental helse hos personer med demens. Eksempler på slike symptomer er depresjon, apati og uro. Vi vet ikke hva slags trening eller hvilken intensitet som gir best effekt, men det kan virke som at det viktigste er å gjøre noe som en trives med, og gjerne gjøre det sammen med andre.

Helsedirektoratet anbefaler alle voksne å være fysisk aktive 30 minutter hver dag. Eldre med funksjonsnedsettelse anbefales i tillegg å gjøre øvelser for styrke og balanse. Forskning viser at den største helsegevinsten oppnås når vi går fra ingen aktivitet til noe aktivitet.

Praktiske tips:

- Lag turgrupper, og del gjerne inn etter funksjonsnivå, slik at alle får utfordret seg selv. Finn interessante og spennende mål for turene – selv de korte!
- Gruppetrening: enkle øvelser til musikk. Forslag til øvelser kan dere finne på Helse Norges nettsider (<https://helsenorge.no/>). Bruk gjerne musikk som motivasjon! Husk å variere musikkstyper og musikalske tidsperioder.

- Bruk en stasjonær treningssykel med film og lyd slik at personen kan ta en sykkelturn i kjente omgivelser. Dette kan gjøres alene eller sammen med andre.
- *SeniorLive* er trimfilmer med musikk som kan brukes individuelt og i gruppe. Filmene har seks vanskelighetsgrader fra sittende øvelser til stående uten støtte.
- Involver gjerne pårørende og frivillige. På den måten kan en spare personalressurser samtidig som personer «utenfra» kan virke stimulerende for personene på dagaktivitetstilbudet. Nasjonalforeningens Aktivitetsvenn-tiltak (<https://nasjonalforeningen.no/>) kan med fordel være forankret i dagaktivitetstilbudet. En aktivitetsvenn kan ta del i de daglige aktivitetene i tilbudet.
- Man kan etablere samarbeid med et lokalt treningssenter. Slike sentre har ofte god plasskapasitet på dagtid og kan tilby individuell oppfølging eller gruppetrening – gjerne sammen med frivillige.
- Husk at mange hverdagsaktiviteter gir gode muligheter for fysisk aktivitet samtidig som det oppleves meningsfullt! Gi personen mulighet til å delta i hagearbeid, støvsuging, gårdsarbeid, å bære varer fra butikken og andre huslige oppgaver.

De fleste aktivitetene ovenfor kan tilpasses slik at personer med ulikt funksjonsnivå kan få glede og nytte av aktiviteten. De sprekeste kan samles i grupper hvor det legges opp til turer med lengre varighet og bakker, mens personer som bruker ganghjelpemiddel, kan tilbys kortere turer på flatt underlag. Husk at personer som bruker rullator, ofte kan gå kortere avstand uten rullatoren sammen med følge. Det er fin balansetrening! Gruppetrening for rullestolbrukere kan bestå av sittende øvelser, men personer som kan stå og gå, bør gjøre øvelser i stående stilling. Helsedirektoratet har laget et e-læringsprogram for deg som ønsker å instruere eldre personer i fallforebyggende trening (<https://www.basis-fallforebygging.no/>).

Prosedyre – turgåing

Hensikt: opprettholde og stimulere fysisk funksjonsnivå

Ansvar: primærkontakter/personalet

- Sjekk at alle har klær og fottøy tilpasset dagens værforhold.
- Del gruppa inn etter funksjonsnivå.
- Pakk sekker etter antall personer i turgruppa med sitteunderlag til hver, noe å drikke og bite i (avhengig av lengde på tur), ekstra votter, lue o.l. avhengig av årstid.
- Ta med mobiltelefon for tilkalling av annet personell ved uforutsette hendelser.
- Ta også med sekk med stol.

Informasjon om turutstyr til personen med demens og pårørende:

- Du må ha med ytterklær og skotøy tilpasset ulike værforhold.
- Avhengig av behov for ganghjelpemidler må du ha med dette daglig.
- Tilbudet stiller med brodder og gåstaver som kan tilpasses ditt behov.

Måltid som aktivitet

Måltidet er en aktivitet på de aller fleste dagaktivitetstilbud. Personer med demens kan ha mistet de naturlige sosiale møteplassene, og de deltar kanskje ikke i sosiale sammenhenger på samme måte som før. For dem som bor hjemme, vil dagaktivitetstilbudet med felles måltider være en god anledning til å oppleve sosialt fellesskap, relasjonsbygging, trivsel og tilhørighet. Aktiviteter knyttet til måltider kan stimulere ulike sanser som lukt, smak, syn og berøring. Personer med demens løper særlig risiko for under- og/eller feilernæring, og ernæringsutfordringene er sammensatte. Måltider vil derfor utgjøre en sentral del av dagaktivitetstilbudet. Måltid er en aktivitet som gjentar seg gjennom dagen, og som har variert vanskelighetsgrad både ved tilberedning, servering og spising.

Uavhengig av individuelle behov anbefales det at måltider inngår som en integrert del av dagaktivitetstilbudet. Mange personer med demens som bruker dagaktivitetstilbudet, bor alene. Disse kan ha et redusert og mangelfullt kosthold som følge av demenssykdommen. Mange evner ikke lenger å lage mat til seg selv og er ofte avhengig av hjelp for å holde rede på når de skal spise, og hva de skal spise. Måltidene på dagaktivitetstilbudet kan derfor være vesentlige for å sikre et godt kosthold. Dermed er det viktig å legge til rette for at den enkelte spiser godt og får i seg næringsrik mat og drikke de dagene han eller hun deltar på dagaktivitetstilbudet.

Måltider er en viktig arena for aktivitet og fellesskap. Rammene for måltidene og hvordan maten blir servert, kan ha stor betydning for hvor mye som blir spist. Variasjon i konsistens og smak er en fordel ved dårlig matlyst for at en person skal finne noe han eller hun liker å spise. Variasjon i mattilbudet fører i seg selv til at det spises mer mat. Motsatt fører lite variasjon i maten til lavere matinntak. I tillegg er riktig konsistens viktig ved tygge- og/eller svelgevaner. Dette må tilpasses ved behov.

For å få til et miljø som oppleves som trygt og godt for den enkelte, er det viktig med tilstrekkelig tid og ro rundt måltidet. Det må være god belysning i rommet. Personalet må prioritere å sitte sammen med brukerne og være pådrivere for relasjonsbygging og gode samtaler. I planlegging, gjennomføring og avslutning av et måltid bør en tilstrebe at de opplever å være til nytte.

Mat og måltid i et dagaktivitetstilbud er en viktig del av miljøbehandling og ernæringsoppfølging. For å sikre god matomsorg og legge til rette for individuelle ønsker, behov og innflytelse på valg av mat bør personene som deltar på tilbudet, involveres. Bli kjent med hva slags mat og smaker personen liker og er vant til å spise. Pårørende kan i denne sammenhengen være til stor hjelp. Det er ikke uvanlig å bruke både én og to timer ved gjennomføring av selve måltidet. I tillegg kommer tiden til forberedelse og opprydding. Måltidet er en aktivitet hvor vi har mulighet til å ha gode samtaler og involvere, gi og få støtte og til å delta sosialt. Alle må få oppmerksomhet og bli sett av personalet. Det handler om å ivareta de som har nedsatte sosiale ferdigheter, i fellesskap med andre. Det bør ikke være for mange personer rundt bordet. Ved å ha faste plasser skapes det forutsigbarhet og gjenkjenning. Dette kan påvirke opplevelsen av trygghet. Personalet må tenke gjennom og planlegge hvordan de skal gjennomføre måltider. Dette bør formuleres i en prosedyre.

Prosedyre – gjennomføring av måltid

Hensikt: skape trygghet, ro, forutsigbarhet og tilrettelegge for god ernæring

Ansvar: lederen og personellet i tilbudet

Gjennomføring:

- Alle har faste plasser.
- Bordkort er satt fram til tjenestemottakerne og personellet.
 - En fra personalet har ansvar for å servere. Dette avtales i forkant av måltidet.
De andre sitter rolig og hjelper til der det er behov.
 - Samtalen skal inkludere alle. Alle skal bli sett og hørt.
 - Ha en plan og avtal hvem av personellet og tjenestemottakerne som har ansvar for følgende oppgaver:
 - tilberedning av måltidet
 - pådekking
 - ta av bordet
 - oppvask og rydding

Mange dagaktivitetstilbud har ikke mulighet til å tilberede middagen fra bunnen av med alle luktene og opplevelsene det innebærer. I disse tilbudene er det viktig å være bevisst på hvilke andre muligheter som finnes for å bruke selve måltidet som en stimuleringsarena.

Kognitiv stimulering og behandling

Det foregår mye bevisst og ubevisst kognitiv stimulering i dagaktivitetstilbud. Avislesing, reminisens, kortspill, ludo, yatzy, puslespill og quiz er kjente aktiviteter for de fleste. Dette er gode aktiviteter som ofte settes i gang når det er behov for å gjøre noe i fellesskap med én eller flere på dagaktivitetstilbudet.

Enkelt tilbakeblikk eller minnearbeid benyttes som et psykososialt tiltak i miljøbehandling. Det foregår gjerne i grupper. Målet er å oppleve gleden ved det å minnes i tillegg til å bedre selvfølelsen og styrke identiteten uten at det legges vekt på vanskelige og opprivende hendelser. Se tabell 4.1 for tips til temaer.

Tabell 4.1 Eksempler på temaer i minnearbeid (reminisens) individuelt eller i grupper

Personer med demens sitt hjemsted	Årstidene	Ski og skøyter
Arbeidserfaring	Fisking/friluftsliv	Kirke/religiøse interesser/høytider
Ferie/reiser	Dyr/husdyr	Film
Kongelig familie	Biler	Bilder
Rasjonering under krigen	Foreldre/søsken	Gjenstander
Kaffe og kaffedrikking	Ungdomstid	Sang
Matlaging	Skikk og bruk	Hår/skjegg/mote
Bærplukking	Baking	Håndarbeid
Blomster	Helse	Mattradisjoner
Musikk	Bøker og aviser	Konfirmasjon
Årstider		Bryllup/å gifte seg

Prosedyre – avislesing

Hensikt: Fremme samfunnsdeltakelse og positiv erindring

Ansvar: Lederen og personellet i tilbudet

Målgruppe: Personer med mild til moderat grad av demens på dagaktivitetstilbudet

Antall: Anslagsvis seks til åtte personer

Varighet: Maksimum 45 minutter

Forberedelse:

- Bestem tid og sted som egner seg for samlingen.
- Avklar hvem som ønsker aktiviteten.
- Gruppelederen bør være orientert om dagens nyhetsstoff før oppstart.

Gjennomføring:

- Gruppelederen leder gjennomføringen av avislesing og bør vurdere følgende:
 - Unngå unødig støy og avbrytelser.
 - Sjekk at alle som trenger det, har høreapparat.
 - Sjekk behovet for å minne om hvilken dag det er.
 - Undersøk behovet for å presentere aktiviteten.
 - Bør noen ha et personell i nærheten?
 - Er det noen som ikke bør sitte ved siden av hverandre?
- Tilstreb god kjennskap til brukernes dagsform og livshistorie.
 - Er denne aktiviteten rett for denne gruppa i dag? Om noen har mistet sin ektefelle tidligere i uka, er det kanskje riktigere å tenne et lys for vedkommende og snakke om følelser, som sorg, tap og kjærlighet?

- En god debatt kan føles godt for de som deltar. Her gjelder det å kjenne til styrker hos personene og ta hensyn dersom man vet at enkelte temaer kan skape uro for enkelte i etterkant, ut fra personenes livshistorie.
- Tilstreb nyheter som kan settes inn i reminisensarbeid.
 - Vær oppmerksom på hvilke spørsmål du stiller, og hvordan du som gruppeleder stiller spørsmålene for å aktivisere personene med demens. Spør for eksempel om hva de synes om det som skjer i lokalmiljøet, eventuelt om lokalpolitikere. «Vannscooter er et hett tema for tiden. Noen mener at de bør forbys da de lager mye støy. Hva mener dere?» «Hva skapte debatt i din familie? – Fikk du lov til å sitte bakpå mopeden?»
- Gruppelederen har ansvaret for å lede samtalen for å ivareta fokus og inkludere alle.
- Gruppelederen avrunder samlingen, gjerne med en kaffestund.

Hukommelsesstimulerende terapi for personer med demens (HST)

Hukommelsesstimulerende terapi, HST (på engelsk Cognitive Stimulation Therapy – CST), er en gruppebasert og systematisert korttidsterapi for personer med demens. Hensikten er å bedre kognisjon, språk, sosiale relasjoner og livskvalitet hos personer med mild og moderat grad av demens. Metoden er utviklet i Storbritannia og tilbys nå i mer enn 30 land. Forskning har vist at hukommelsesstimulerende terapi har like god effekt mot demens som legemidler. Det viser seg at sosialt samvær i mindre grupper med kognitiv stimulering kan ha en positiv effekt på kognitiv funksjon og livskvalitet hos personer med demens. Hukommelsesstimulerende terapi er anbefalt i *Nasjonal faglig retningslinje om demens*.

Det som skiller hukommelsesstimulerende terapi fra andre generelle aktiviteter på et dagaktivitetstilbud, er at dette er en systematisk metode for å stimulere kognitive funksjoner, basert på elementer fra realitetsorientering, validering, reminisens og multisensorisk stimulering (flere sanser stimuleres samtidig) samt personsentrert omsorg.

Helsepersonell med klinisk erfaring fra demensarbeid kan utdanne seg til gruppeledere i HST ved å fullføre et dagskurs om HST. Kurset kan bestilles fra Aldring og helse (www.aldringoghelse.no). Det er utarbeidet manualer for HST, et kursopplegg og en nettside der kursdeltakere kan laste ned materiell til gruppemøtene. Personalet ved dagaktivitetstilbudet kan etter gjennomgått HST-kurs tilby HST som gruppeterapi til personer med mild til moderat grad av demens.

Gruppesammensetningen bør være gjennomtenkt med hensyn til kjønn og funksjonsnivå. Det anbefales at gruppesamlingene så langt som mulig har faste kursdeltakere og ledere. Det gir mer forutsigbarhet og trygghet i gruppa. For å tilstrebe dette er det viktig å legge slike samlinger til dager der alle gruppedeltakerne har vedtak om dagaktivitetstilbud.

Alle møtene har en fast struktur. Temaer som tas opp, skal ta utgangspunkt i noe som er kjent for deltakerne, som utfordrer tankene og gir nye assosiasjoner og ideer. Metoden krever at gruppelederne er godt forberedt, arbeider personsentrert, viser respekt og passer på at alle kommer til orde. Å være gruppeleder i HST er krevende og viktig. Dette lærer man mer om på HST-kurset. For mer informasjon se www.aldringoghelse.no.

Sansestimulering

Sansestimulering tar utgangspunkt i sansene syn, hørsel, smak, lukt, berøring og likevekt. Målet med sansestimulering er å gi gode opplevelser og fremme velbehag. Det kan ha til hensikt både å vekke personen og å berolige. Vekkende tiltak kan være å komme ut i frisk luft, bevege seg, kaste ball eller ballonger, stimulere luktesansen med for eksempel kaffe og ulike krydder eller lytte til livlig musikk med rask rytme. Beroligende tiltak kan være å sitte i gyngestol, bli tullet godt inn i en dyne eller teppe, få massasje, lytte til rolig musikk, gjerne ved bruk av musikkpute (en elektronisk enhet som spiller musikk), eller se på en lampe med fargerike dråper (lavalampe) eller rolige naturfilmer.

Kreativ aktivitet

Dagaktivitetstilbud er godt egnet for å tilby kreative miljøbehandlingstiltak, for eksempel bildeterapi og skriveaktivitet. Ved å tegne eller male kan personer med demens få mulighet til å uttrykke seg selv om verbale språkferdigheter kan være begrenset. Hensikten med bildeterapi er først og fremst den kreative prosessen og dialogen mellom personen og personalet gjennom det som formes på papir eller lerret. I skrivegrupper kan man sammen utforme dikt eller korte tekster. Målet er å gi deltakerne mulighet for å uttrykke følelser, bekrefte identitet og stimulere kognitive ferdigheter.

Bruk av velferdsteknologi for stimulering og trening

Personellet på dagaktivitetstilbudet kan tilby ulike aktiviteter med velferdsteknologi for å stimulere og bedre kognitive og fysiske funksjoner, individuelt eller i grupper. Et eksempel på slik teknologi kan være ulike TV-spill for å engasjere brukerne av tilbudet til å trene balanse, fysisk aktivitet og konsentrasjon. Man kan velge ulike spill, for eksempel kjøre slalåm eller spille bowling. Et annet eksempel er ulike apper på nettbrett eller smarttelefon som kan støtte hukommelse og identitet. Personen med demens kan skrive inn sin egen historie, egne preferanser for mat og musikk, legge inn bilder med mer. Dette gjør det mulig for personellet å bli bedre kjent med den enkelte og bygge en trygg relasjon som bidrar til glede og trivsel. Kognitive treningsprogrammer for nettbrett og PC kan også være aktuelt, kanskje helst som individuelle tilbud.

Prosedyre – digital bowling

Hensikt: fremme mental aktivitet, som koordinering, konsentrasjon, balanse, glede og trivsel

Ansvar: lederen på dagaktivitetstilbudet i samarbeid med personellgruppa

Ansvarlig gjennomfører: to fra personellgruppa

Målgruppe: anbefales til personer med mild grad av demens

Antall: to til tolv personer, ved flere deltakere kan gruppa deles inn i lag

Varighet: fra 45 til 60 minutter

Forberedelse:

- egnet lokale med plass til deltakere hvor avstand mellom skjerm og spilldeltaker er minimum fire meter
- en stor TV-skjerm (anslagsvis 65") eventuelt et lerret
- spillkonsoll + programvare
- sørge for at det tekniske utstyret er i orden og klart til bruk før deltakerne kommer
- merke av fire meter på gulvet fra skjermen til der personen skal stå og kaste bowlingkula
- personell avtaler roller for gjennomføring
 - en ansvarlig som veileder deltakere ved behov og forklarer spillets regler
 - en ansvarlig for å registrere poeng og følge opp hvem sin tur det er

Gjennomføring:

- Deltakeren stiller seg ved oppmerket punkt på gulvet.
- Deltakeren løfter armen, tar «tak» i kula, bøyer i knærne og svinger kula til slag.
- Etterpå kåres en vinner – avslutt gjerne med en kaffestund.
- Erfaring viser at spillet skaper engasjement, vekker konkurranseinstinktet og bygger relasjoner.

Sang, musikk og dans

Å lytte til, synge til eller bevege seg til musikk krever ikke avanserte kognitive funksjoner og kan derfor brukes som miljøbehandlingstiltak for både personer med mild, moderat eller alvorlig grad av demens. Bruk av musikk i grupper har oftest et velværemål, for eksempel å øke glede og trivsel, men kan også bidra til å dempe symptomer hos den enkelte, som engstelse og uro. Virkningsmekanismen for musikk antas å være en kombinasjon av positiv erindring, bearbeiding av følelser og påvirkning av reaksjoner i kroppen.

Fellessang kan benyttes i alle faser av demenssykdommen. Fellessang kan foregå i mindre eller større grupper der både personale og pårørende deltar. I mindre grupper kan den som leder aktiviteten, i større grad individualisere og improvisere. I større grupper må vi finne noe som passer for alle. Klapping, tramping og bruk av rytmeinstrumenter bidrar til utvidet sansestimulering.

Vi kan betrakte dans over et spekter fra hygge til terapi. Selskapsdans ligger i den ene enden av spekteret, og rytmisk bevegelsestrening, som miljøbehandling med et klart mål, ligger i den andre. Overgangen mellom dans som hygge og som miljøbehandling

er flytende. Kroppsholdning og utholdenhet bedres ved regelmessige dansestunder, og effekten øker når de som deltar i dansen, i tillegg oppmuntres til å synge med og klappe. Å kombinere allsang og fellesdans gir bedre effekt enn sang alene.

Fellesaktiviteter, som sangstunder og dans, kan også ha positiv innvirkning på det sosiale livet på dagaktivitetstilbudet og være med på å opprettholde identitet og sosial kompetanse.

Nord universitet og Nasjonalt kompetansesenter for kultur, helse og omsorg gjennomfører opplæringsprogrammet *Musikkbasert miljøbehandling* med integrert bruk av musikk og sang til ansatte i helse- og omsorgstjenestene. På deres hjemmeside finnes det ulike skjemaer for musikkbasert miljøbehandling, deriblant skjema for kartlegging av musikkpreferanse <https://musikkbasertmiljobehandling.no/dokumenter/>.



Prosedyre – sang og musikk

Hensikt: fremme identitet og positiv erindring, glede og trivsel

Ansvar: lederen på dagaktivitetstilbudet i samarbeid med personellgruppa

Ansvarlig gjennomfører: personellet avtaler ved planlegging av uke- eller dagsplan hvem som er dagens gruppeleder for aktiviteten

Målgruppe: personer med mild til moderat grad av demens på dagaktivitetstilbudet

Antall: anslagsvis seks til åtte personer, avhengig av funksjonsnivå

Varighet: maksimum 45 minutter; innledning 5–10 minutter, hovedaktivitet 30 minutter, avslutning 5–10 minutter

Forberedelse:

- Bestem tid og sted som egner seg for samlingen.
- Velg sangtekster og musikkjanger med bakgrunn i personenes preferanser.
 - Vurder hvordan dere kan fremme brukermedvirkning.
- Del ut sangtekst(er) for fellessang fra valgt tidsepoke.
 - Vurder om det skal deles ut hefte eller ett og ett ark (det er stimulerende å finne fram til sang nr. 3, men demotiverende dersom man ikke klarer dette).
 - God kvalitet på ark og synlighet av skriften er viktig.
- Planlegg hvordan musikken skal formidles:
 - lytting til levende musikk
 - bruk av rytmeinstrumenter
 - lytting til ferdig innspilt musikk
- Bestem et tema, helst så spesifikt og konkret som mulig.
 - Temaet kan være en spesifikk høytid, en valgt årstid, en bestemt tidsepoke, skolegang, venner med mer.
 - Finn gjenstander som gjenspeiler valg av tema – berøring kan gjenskape minner.
- Utform spørsmål ut fra valgt tema.

Gjennomføring:

- Gruppelederen forbereder lokaliteter og ønsker velkommen.
Gruppelederen sjekker
 - at alle sitter godt og har slått seg til ro
 - at de som trenger det, har briller og høreapparat
 - om det er noen med behov for å ha en fra personellet ved sin side
- Gruppelederen henvender seg til hver enkelt person med navn.
- Gruppelederen avrunder samlingen.

Bruk av film

Film og bilder kan bidra til å hente fram minner på en effektiv måte. Film oppfattes primært med synet, men de som ser filmene, forteller ofte at de kjenner lukter og følelser når de ser dem. Dette foregår via assosiasjon, og sanseintrykkene fungerer som ledetråder for gjenkjenningsshukommelsen.

Når vi ser på film sammen med personer med demens, kan vi hjelpe til med å hente fram gode minner om opplevelser fra livet deres som kan danne grunnlag for samtaler. Vi kan snakke mens vi ser filmen, eventuelt stoppe filmen underveis for en samtale, eller vi kan se først og snakke etterpå. Minnene som hentes fram, kan også danne grunnlaget for å bli bedre kjent, slik at vi får en enklere start på samtalen neste gang vi møtes.

Ordinær TV-titting er ikke alltid en god aktivitet for personer med demens. Tempoet og klipperytmen kan være for høy, det kan være forvirrende bruk av grafikk, og lydbildet kan ha musikk- og atmosfærelyd blandet med talen. Dette kan gjøre det vanskelig for personer med demens å oppfatte det som blir sagt. Filmer og TV-programmer som kan virke greie og oversiktlige for en frisk person, kan oppleves svært kaotiske for en person med demens. Vi må derfor være selektive ved bruk av filmer funnet på nett eller DVD. Et tips er å skru av lyden og i stedet prate om det som skjer på skjermen.

Det finnes filmer der klipperytme, grafikk og lydbilde passer for personer med demens. Det kan være naturprogrammer som viser dyreliv, eller filmer fra de fire årstidene med snøvær og skitur, vår i hagen, sommer ved sjøen og høst på fjellet. Filmer med hverdagsopplevelser kan bidra til å framkalle minner om personlige opplevelser. Slike filmer kan du finne på YouTube, Vimeo eller NRK. Film som aktivitet kan tilrettelegges for visning i grupper og til enkeltpersoner. Når småkaker og kaffe settes fram og lyset dempes, er erfaringene at samtalen kommer lett i gang. Utgangspunktet blir personens egne minner. Hvis noen må forlate rommet, må du være oppmerksom på at eldre trenger mer lys enn yngre. Heftet *Film som aktivitet* gir en innføring i bruk av film som miljøbehandling og tips til samtaletema etter visning, se www.aldringoghelse.no.

Prosedyre – visning av film

Hensikt: fremme erindring, trivsel og samhold

Ansvar: lederen på dagaktivitetstilbudet i samarbeid med personellgruppa, gjerne i samarbeid med frivillige filmentusiaster

Målgruppe: personer med mild til moderat grad av demens

Antall: brukerne av dagaktivitetstilbudet

Varighet: fra 8–10 minutter til 120 minutters varighet, avhengig av formålet

Forberedelse og gjennomføring:

- Avhengig av varighet på filmaktiviteten; tenk over hvilke lokaliteter som er egnet:
 - kinooppsett: egnet lokale med skjerming for dagslys, plasser stoler



i et tilnærmet kinooppsett etter antall personer som deltar

- filmkafé: egnet lokale med tilrettelegging for måltid, gjerne før eller etter film
- stua i dagaktivitetstilbudet med TV-skjerm
- Bruk gjerne PC koplet til en projektor eller en TV-skjerm. En minnepinne rett i TV-apparatet kan være en god løsning. Et gammelt filmapparat med sprakende 8 millimeter film gir en egen stemning for de som er gamle nok til å erindre dette.
- Markedsfør filmvisning i forkant ved bruk av plakater og utlevering av «billetter» avhengig av formålet med filmaktiviteten. Presenter eventuelt filmen som en del av markedsføringen, og skap forventning.
- Godterier hører med og gjerne forfriskende drikke om det er en tilnærmet kinooppsetting.
- Tenk over hvordan brukermedvirkning kan fremmes i forberedelser og gjennomføringsfasen.

Tips til valg av film:

- Velg en film med fra 8 til 20 minutters varighet som inviterer til minnearbeid over et spesifikt tema, som årstid og kjente gjøremål. På nettadressen www.sesongfilm.no ligger en manual for bruk av film utviklet for personer med demens.
- Velg lokalhistoriske filmer fra begivenheter og steder i kommunen. Kontakt kommunen, biblioteket eller det lokale historielaget for utvalg og tilgang.
- Bruk filmer fra ulike epoker tilpasset personene på dagaktivitetstilbudet.
- Det anbefales film med norsk tale da teksting kan være vanskelig å lese.

Del 2 Individuelt tilpassede aktiviteter og tjenester

Innhold og tilbud på et dagaktivitetstilbud kan i mange tilfeller vurderes som egnet for å ivareta de individuelle behovene til personen med demens. Vurderes det for eksempel at en person med demens har behov for ernæringsoppfølging, rehabilitering, personlig assistanse med mer, kan kommunens dagaktivitetstilbud, avhengig av innhold og kompetanse, kunne være godt rustet for å ivareta slike personlige behov. Nedenfor gis eksempler på tjenester som kan ytes både i personens eget hjem, eller inngå som del av et dagaktivitetstilbud. Dette er ingen uttømmende liste over aktuelle tjenester, men de vil ofte være blant de mest vanlige tjenestene som kan følges opp gjennom et dagaktivitetstilbud.

Behov for ernæringsoppfølging

Alle personer med vedtak om helsetjenester i hjemmet skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved oppstart av vedtaksperioden. Vurderes det da at personen befinner seg i ernæringsmessig risiko, skal det utarbeides en individuell ernæringsplan som dokumenterer ernæringsstatus og beskriver målrettede tiltak for å imøtekomme dette. Ved påvist ernæringsmessig risiko er det i tillegg anbefalt at personen veies minst én gang i måneden. For personer som har vedtak om helsetjenester i hjemmet, bør det sikres at resultater fra ernæringsstatus og eventuelt ernæringsplan gjøres kjent for dagaktivitetstilbudet når personen også har vedtak om deltakelse på et slikt tilbud. Dersom det foreligger en ernæringsplan, er det nyttig å ha kjennskap til hva ernæringstiltakene går ut på, og målene for tiltakene. Dette er vesentlig i arbeidet med å forebygge og behandle feil- og/eller underernæring. Utveksling av taushetsbelagt informasjon mellom tjenester må skje i tråd med regler for taushetsplikt, se kapittel 7 for utfyllende informasjon.

Der det vurderes at det er behov for ernæringsoppfølging, innebærer forsvarlighetskravet at dette også må følges opp når personen deltar på dagaktivitetstilbudet. Fatter kommunen vedtak om plass på dagaktivitetstilbud, må de forsikre seg om at personen med demens får nødvendig individuell oppfølging under oppholdet. Personer uten andre helse- og omsorgstjenester enn dagaktivitetstilbud har mest sannsynlig ikke fått kartlagt sin ernæringsstatus. Av den grunn bør man derfor være ekstra observant på disse. Ved å observere endringer i personens tilstand, humør, funksjon og appetitt og ved å vurdere omgivelsene rundt vedkommende kan vi oppdage faresignaler knyttet til ernæring.

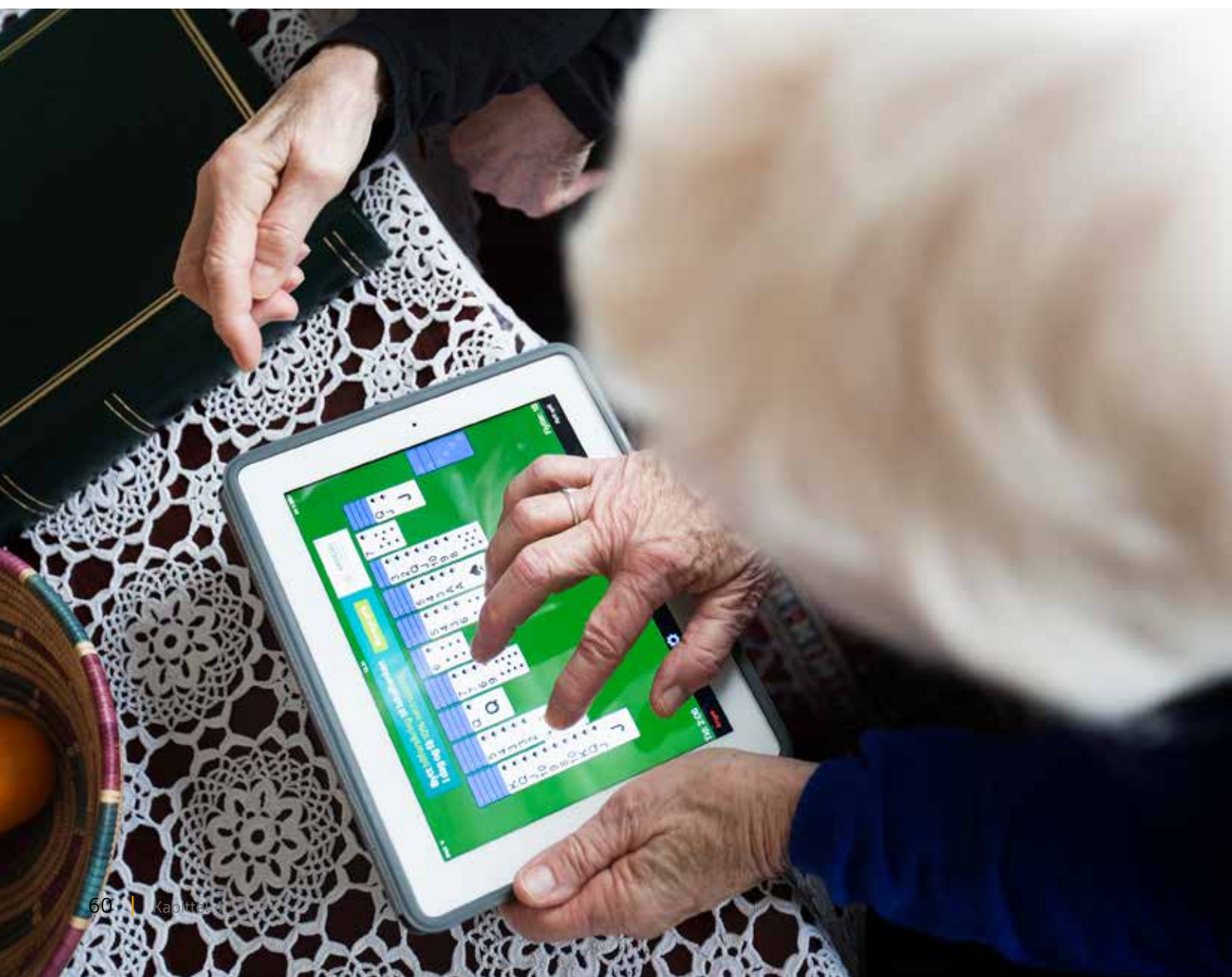
Hvordan fange opp behov for ernæringsoppfølging

Bruk av enkle mål som vekt og kroppsmasseindeks (KMI) alene – uten å vurdere vektutviklingen over tid og/eller matinntaket – fanger ikke opp alle som kan ha behov for oppfølging og ernæringstiltak. Dersom personen med demens har hatt et raskt og ufrivillig vekttap fra en allerede høy utgangsvekt, kan en normalvekt skjule en ernæringsutfordring. Personen kan altså ha en normal/høy KMI, men likevel være i risiko for underernæring. Det er en av grunnene til at det anbefales regelmessig veiing, slik at man kan følge vektutviklingen over tid og regne ut prosentvis vektendring. Et ufrivillig vekttap på over 10 prosent de siste 3–6 månedene eller på 5 prosent de siste 2 månedene er definert som moderat underernæring.

Vær også oppmerksom på om klær, ringer og eventuell tannprotese sitter som de skal. En fot- eller armprotese kan bli for stor eller for liten ved vektendring. Det kan gi oss et bilde av om personen har gått opp eller ned i vekt. Det er viktig å dokumentere observasjonene i pasientjournalen. Observasjonene kan ikke erstatte vekt- og kartleggings-skjema, men de kan bidra til å finne fram til målrettede ernæringstiltak. For å lese mer om anbefalte kartleggingsverktøy og underernæringskriteriene last ned *Kosthåndboken* og *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. For ytterligere råd om ernæring og behov for ernæringsoppfølging se *Kosthåndboken*.

Rehabilitering

Rehabilitering er et helse- og omsorgstilbud til mennesker i alle aldre som trenger hjelp til å gjenvinne tapte funksjoner etter ervervet sykdom eller skade, og handler om relæring og oppøving av tidligere funksjoner og ferdigheter. Formålet med rehabilitering er at den enkelte pasient og bruker som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.



Rehabilitering av demens

For personer med demens er det først og fremst de kognitive og sosiale funksjonene som svekkes, men mange får også psykiske symptomer, som angst, uro, initiativløshet og depresjon. Svikt i fysisk funksjon oppstår gjerne senere i demensforløpet.

I dag tilbys rehabilitering sjelden ene og alene på grunn av demenssykdom. Til tross for forskning som indikerer at personer med demens har effekt av rehabilitering av kognitive og sosiale funksjoner, blir personer med demens ofte rutinemessig kategorisert som «ikke-rehabiliterbare».

Innføring av personsentrert omsorg har lagt grunnlaget for en holdningsendring i demensomsorgen. Vi beveger oss lenger bort fra et ensidig medisinsk fokus på demens og retter mer oppmerksomhet mot mennesket med demens og nytten den enkelte har av miljøbehandling og aktivitet. Endringene har så langt hovedsakelig vært rettet mot å skape en sammenheng mellom den enkeltes ressurser og aktivitet i hverdagen – å sørge for at han eller hun gjør meningsfulle aktiviteter og har meningsfulle dager.

Kognitiv rehabilitering

Når rehabiliteringen omhandler mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse, som demens, kalles det kognitiv rehabilitering. Denne typen rehabiliteringsinnsats handler ikke nødvendigvis om å styrke den kognitive funksjonen, men om å legge til rette for at den enkelte skal kunne fungere optimalt her og nå. Da legges det til rette for positiv støtte slik at han eller hun kan mestre funksjonsnedsettelsen bedre i hverdagen.

En slik innsats fordrer at den enkeltes behov kartlegges (se kapittel 6), slik at det kan formuleres meningsfulle mål for rehabiliteringen. Målene bør utformes i samarbeid med personen med demens eller eventuelt pårørende. Det kan være nyttig å bruke SMART-mål for å veilede og skape struktur i målsettingsarbeidet.

SMART-mål er et verktøy i målsettings- og måloppnåelsesprosessen

- **SPESIFIKT:** Hva konkret skal du/dere gjøre, og hvordan?
- **MÅLBART:** Er endringen målbar? Hvordan kan man måle effekt?
- **AKSEPTABELT:** Er målet akseptert av alle involverte?
- **REALISTISK:** Er målet praktisk mulig å nå?
- **TIDSBESTEMT:** Hvor lenge skal vi holde på?

Mål kan være små og konkrete som i dette eksemplet: Susanne har mild grad av demens og synes det er blitt vanskelig å lese bøker, som hun gjorde før. Hun ønsker derfor å lære seg å bruke en app på telefonen for å kunne høre på lydbøker. Mål kan også være mer omfattende som i dette eksemplet med Karl: Han har utfordring med stedsorientering og ønsker å kunne gå til nærbutikken for å handle. Måloppnåelse nås i begge tilfeller ved å fokusere på ny læring, relæring, kompenserende strategier eller

bruk av hjelpemidler. For noen vil psykologiske mestringsstrategier være aktuelle, og velferdsteknologi og systematiske tilnærminger, som hukommelsesstimulerende terapi, kan også anvendes.

Dagaktivitetstilbud som arena for rehabilitering

Kognitiv rehabilitering handler om positiv støtte – om å se den enkeltes behov og ressurser og tilrettelegge for mestring. I organiseringen av de kommunale dagaktivitetstilbudene kan det ligge et ubrukt potensial for rehabilitering da det allerede er etablert et rammeverk for positiv støtte. Dette rammeverket består av kontinuitet, meningsfulle aktiviteter, nære relasjoner og i mange tilfeller tverrfaglig kompetanse. Det skal dermed ikke mange grep til for at dagaktivitetstilbudene kan bli en mer sentral arena for kognitiv rehabilitering enn hva tilfellet er i dag.

Helsehjelp som tjeneste i dagaktivitetstilbudet

Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende målsetting eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell. Helsehjelp kan altså omfatte en rekke ulike tjenester, og både ernæringsoppfølging og rehabilitering – som er gjennomgått over – kan være eksempler på slike tjenester. Andre eksempler kan være legemiddelhåndtering, personlig hygiene, sårstell og skifte av stomipose.

Personer med demens har eller vil få et behov for helsehjelp i løpet av demenssykdommen. For hjemmeboende personer med demens kan det da være aktuelt med vedtak om *helsetjenester i hjemmet*, som i første rekke omfatter sykepleie (hjemmesykepleie). Videre kan ergoterapi, fysioterapi og fotterapi være aktuelle former for helsehjelp i hjemmet. Det kan være nødvendig at personen med demens også gis slik helsehjelp under dagaktivitetsoppholdet. Hvilken helsehjelp som er aktuell, vil avhenge av personens individuelle behov. Er helsehjelp nødvendig, må kommunen vurdere om personen med demens kan gis forsvarlig hjelp under dagaktivitetsoppholdet. Dette innebærer blant annet at dagaktivitetstilbudet må ha personell med tilstrekkelig helsefaglig kompetanse, og at helsehjelpen er egnet til å gis utenfor hjemmet, altså på dagaktivitetstilbudet.

Personlig assistanse – praktisk bistand og opplæring

Personer med demens vil i varierende grad oppleve utfordringer knyttet til praktiske oppgaver i og utenfor hjemmet. Personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring, er en tjeneste som kan bidra til at personen med demens evner å ivareta slike oppgaver selv, etter hvert som sykdommen skrider fram, og dermed bidra til at han eller hun gis opplevelse av selvhjulpenhet i dagliglivet.

Personlig assistanse omfatter hjelp til og opplæring i alle dagliglivets gjøremål, både i og utenfor hjemmet. Dersom det er behov for det, kan et tilbud om personlig assistanse også omfatte hjelp til en meningsfull fritid og sosialt samvær med andre. Tjenesten kan blant annet organiseres som hjemmehjelp, støttekontakt eller dagaktivitetstilbud og gis som individuelt tilbud eller gruppetilbud, gjerne i samarbeid med en frivillig organisasjon. Personlig assistanse vil ofte inngå i et rehabiliteringsopplegg sammen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

Personlig assistanse i form av

- **praktisk bistand** omfatter hjelp til alle dagliglivets praktiske gjøremål i hjemmet og i tilknytning til husholdningen. Praktisk bistand kan omfatte alt, fra innkjøp av varer, matlaging, vasking av klær og bolig, til å møte til avtaler mv., for eksempel til legetimer, skole eller arbeid. I tillegg kan praktisk bistand omfatte hjelp til personlig stell og egenomsorg, som dusjing, hårvask, barbering, av- og påkledning og inntak av mat og drikke mv.;
- **opplæring** innebærer opplæring i dagliglivets ulike gjøremål. Opplæringen skal bidra til å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpent i dagliglivet.

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven er det presisert at personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring, kan gis både i og utenfor hjemmet. Alle former for personlig assistanse kan tilbys på flere måter og i ulike former. Lovens begrep *personlig assistanse* er valgt for å understreke viktigheten av brukermedvirkning og brukerstyring i tjenesten, og at det skal legges stor vekt på hvordan personen selv ønsker assistansetilbudet utformet. Vurderes det som hensiktsmessig, er det ingenting i veien for at personlig assistanse kan gis i form av dagaktivitetstilbud, noe som kan være særlig aktuelt for personer med demens. Et eksempel på dette kan være opplæring i velferdsteknologiske løsninger som kan anvendes i hjemmet. Andre eksempler kan være opplæring og bistand til matlaging og husarbeid eller sosialt samvær og meningsfull fritid.

For personer med demens vil behov for tjenester og personenes evne til å håndtere velferdsteknologiske løsninger og ivareta øvrige praktiske gjøremål endre seg etter hvert som demenssykdommen utvikler seg. For at kommunen til enhver tid skal overholde sin plikt til å yte nødvendige og forsvarlige tjenester, må kommunen fange opp eventuelle endringer i personens tjenestebehov. Dette gjelder særlig for personer med demens, der kognitive endringer ofte vil påvirke hva som vurderes som nødvendig og forsvarlig hjelp. Det er for eksempel ikke sikkert at velferdsteknologiske løsninger som vurderes som forsvarlige i dag, vil være det om seks måneder dersom personens kognitive forutsetninger er endret. Har personen med demens vedtak om personlig assistanse og hele eller deler av vedtaket ytes som dagaktivitetstilbud, vil personell på dagaktivitetstilbudet som bistår personen med praktisk bistand og opplæring, ha gode forutsetninger for å oppdage endringer i personens fungering og håndtering av praktiske gjøremål. Dette vil igjen kunne bidra til at kommunen kan iverksette ytterligere tjenester der det anses nødvendig for å kunne tilby personen med demens nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester.



5

Pårørendestøtte og avlastningstilbud

Innledning

Demens påvirker ikke bare personen selv. For pårørende kan det være smertefullt og vondt å oppleve at en nærstående gradvis svekkes mentalt og fysisk og blir mer og mer hjelpetrengende. I tillegg kan omsorgsbyrden over tid i seg selv bli belastende dersom man ikke opplever å få tilstrekkelig avlastning. Det er godt dokumentert at belastningen ved å være pårørende til en person med demens kan være høy. Informasjon, støtte-samtaler, avlastningstiltak og annen tilrettelagt oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten, både for personen med demens og deres pårørende, vil for mange være viktig for å oppleve at man mestrer og håndterer sykdommen.

Dagaktivitetstilbud til personer med demens har flere formål, og støtte og avlastning til pårørende er ett av dem. Dette gjelder uavhengig av om dagaktivitetstilbudet er gitt som vedtak til personen med demens, eller som et avlastningstilbud til pårørende. I dette kapitlet beskrives følgende:

- Hvordan kan dagaktivitetstilbudet sikre et godt samarbeid med pårørende?
- Plikt til å journalføre informasjon fra pårørende
- Avlastningstiltak

Hvordan kan dagaktivitetstilbudet sikre et godt samarbeid med pårørende?

Et dagaktivitetstilbud kan bidra til å gi pårørende et nødvendig pusterom i hverdagen. Tilbudet kan bidra til å ivareta en god relasjon mellom personen med demens og pårørende og styrke pårørendes omsorgsevne og motivasjon til å stå i pårørenderollen over tid.

Kvaliteten på tilbudet har mye å si for om pårørende opplever dagaktivitetstilbudet som en god støtte og avlastning eller ikke. Det er avgjørende at aktiviteter og tjenester som tilbys, tar utgangspunkt i de individuelle behovene og interessene til personen med demens. Dette er kjernen i personsentrert omsorg. Personen med demens bør alltid få muligheten til å fortelle om seg selv til personellet på dagaktivitetstilbudet. I tillegg kan pårørende bidra med nyttig informasjon. Kartlegging med *Min livshistorie. Hvem er jeg* – inkl. verktøy, se www.aldringoghelse.no, kan her være et nyttig verktøy.

For at pårørende skal oppleve dagaktivitetstilbudet som støttende og avlastende, er det viktig

- at personellet har kunnskap om demens, personsentrert omsorg og miljøbehandling
- at tilbudet så langt som mulig er tilrettelagt ut fra personen med demens sine interesser, verdier, vaner, symptomer, funksjonsnivå og behov
- at personen med demens trives på dagaktivitetstilbudet, hvis ikke kan pårørende få dårlig samvittighet for at de oppfordrer personen til å være der
- at pårørende vet hva som skjer på dagaktivitetstilbudet, for eksempel gjennom en ukes- eller månedsplan
- at pårørende på en enkel måte kan kommunisere med personellet, for eksempel ved å bruke ei beskjedbok eller huskebok som personen med demens har med seg på dagaktivitetstilbudet.



Ved behov bør dagaktivitetstilbudet tilby samtaler til pårørende. Slike samtaler kan være aktuelle

- ved oppstart – der hensikten kan være å bli kjent og avklare forventninger
- jevnlig gjennom oppholdstiden, for eksempel hvert halvår eller årlig – der hensikten kan være at partene kan komme med oppdaterte opplysninger
- ved avslutning av tilbudet – der hensikten kan være å avslutte dagaktivitetstilbudet på en god måte

Personellet ved dagaktivitetstilbudet kan være gode støttespillere for pårørende. De følger ofte personen med demens over lang tid og ser hvordan sykdommen og funksjonsnivået utvikler seg, og hvilke utfordringer dette gir. Personellet har fagkunnskap om demens og derfor gode forutsetninger for å gi pårørende støtte og veiledning tilpasset deres situasjon. Det kan være en god løsning at personellet ved dagaktivitetstilbudet innkaller til jevnlig samtaler. Aktuelle spørsmål i slike samtaler kan være:

- Hvordan fungerer hverdagen hos dere nå?
- Er det situasjoner du synes er vanskelig å takle?
- Hvordan er din helse og ditt overskudd?
- Har du den kunnskapen og støtten du trenger for å takle utfordringene dere står i?
- Hvordan fungerer dagaktivitetstilbudet og eventuelt andre tjenester fra kommunen?
- Opplever du at dere har nok og/eller riktige helse- og omsorgstjenester?





Personer med demens mister gradvis de kognitive ferdighetene som er sentrale for å kommunisere med omverdenen. Dette kan bidra til utfordringer for både personen med demens og pårørende. Heftet *Når kommunikasjonen svikter – inspirasjon og gode råd til pårørende til personer med demens* gir kunnskap om kommunikasjon med personer med demens. Heftet kan lastes ned eller bestilles på www.aldringoghelse.no i bokhandelen.

I tillegg til støtte- og veiledningssamtaler kan pårørende oppleve det positivt hvis personellet på dagaktivitetstilbudet av og til ringer for å høre hvordan det går. Personellet bør også være behjelpelig med å videreformidle kontakt med andre helse- og omsorgstjenester i kommunen hvis pårørende ønsker det.

Å starte på eller å avslutte et dagaktivitetstilbud kan være forbundet med usikkerhet og sorg, både for personen med demens og for pårørende. Det kan derfor være behov for støtte og informasjon i forbindelse med forestående endringer. Dette bør gis i god tid før endringene trer i kraft, slik at alle kan forberede seg på overgangen som kommer.

Plikt til å journalføre informasjon fra pårørende

Når helsepersonell har samtaler med pårørende, må de, når det vurderes nødvendig, informere om helsepersonellens journalføringsplikt. Denne plikten innebærer at helsepersonellet må nedtegne informasjon som kommer fram under samtalen med de pårørende, *når denne informasjonen vurderes som relevant og nødvendig for å gi helsehjelp til pasienten*. Slik informasjon skal da nedtegnes i pasientjournalen. Du kan lese mer om hva dette innebærer i kapittel 7.

Avlastningstiltak

Avlastningstiltak er en tjeneste kommunene plikter å ha tilbud om. Avlastning er rettet mot personer med særlig tyngende omsorgsarbeid, og hensikten er at disse personene gjennom avlastningstilbud skal unngå overbelastning samtidig som de gis nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Dette skal igjen bidra til at personer med særlig tyngende omsorgsarbeid gis mulighet og overskudd til å utføre omsorgsarbeidet de står i eller har påtatt seg.

Avlastningstiltak kan gis ut fra ulike behov og organiseres på forskjellige måter, blant annet i form av dagaktivitetstilbud. I vurderingen av tildeling og utforming av et avlastningstiltak bør kommunen ta hensyn til at fleksibilitet og forutsigbarhet ofte er viktig for at omsorgspersonen skal kunne planlegge hverdagen og dermed oppleve tilbudet som reell avlastning. Mange omsorgspersoner kan oppleve det som vanskelig å slippe andre til i sine omsorgsoppgaver. Når kommunen skal utarbeide avlastningstiltak, bør omsorgspersonen derfor gis anledning til å uttale seg i *forkant* av utformingen. Dette gir omsorgspersonen anledning til å fortelle hva som er viktig for at han eller hun skal føle seg trygg på at personen med demens har det godt og gis nødvendig omsorg under avlastningstiltaket, noe som igjen kan gjøre det enklere for omsorgspersonen å takke ja til avlastningstilbudet.

Avlastningstilbudet skal være individuelt tilrettelagt og koordinert med andre hjelpetiltak og må være et faglig forsvarlig tilbud både til omsorgspersonen og til den som har omsorgsbehovet. Kommunen må avgjøre om deres plikt til å yte nødvendig pårørendestøtte skal gis i form av avlastning eller gjennom andre tjenester eller tiltak.

Det er ikke anledning til å kreve egenbetaling for avlastningstiltak. Dette gjelder også der avlastningen gis i form av tjenester det ellers kan kreves egenandel for, f.eks. praktisk bistand, tilbud på dagaktivitetstilbud eller korttidsopphold på institusjon. Det er omsorgspersonen / den pårørende som er part i et vedtak om avlastning. Søkes det om avlastning, kan kommunen altså ikke besvare søknaden med å innvilge tjenester til personen med demens, for eksempel ved å tilby korttidsopphold til personen med demens eller dagaktivitetstilbud gitt som andre former enn avlastning. Dersom det er relevant, kan det i vedtaket som gjelder avslag eller innvilgelse av søknad om avlastning, vises til pasienten eller brukerens øvrige tjenestetilbud fra kommunen når disse tjenestene inngår i kommunens begrunnelse for å innvilge eller avslå søknad om avlastning. Personen med demens kan for eksempel motta andre tjenester fra kommunen som kan ha en avlastende effekt for den pårørende, og kommunen kan av den grunn vurdere at pårørende ikke oppfyller kravene for å få ytterligere avlastningstilbud.



6 Andre aktuelle oppgaver for dagaktivitetstilbudet

Innledning

I dette kapitlet gis det tips og råd som kan være av betydning både under planlegging og gjennomføring av dagaktivitetstilbudet til personer med demens. Kapitlet er delt i tre deler hvor følgende gjennomgås:

- **Del 1 Pårørendeskole, samtalegrupper og brukerskole**
 - Pårørendeskole
 - Samtalegrupper
 - Brukerskole
- **Del 2 Funksjonsvurderinger og demensutredning**
 - Observasjoner og kartlegging av funksjonsnivå
 - Dagaktivitetstilbudet som bidragsyter ved demensutredning
 - Rutiner for samarbeid mellom fastlege/hukommelsesteam og dagaktivitetstilbudet
 - Hva kan dagaktivitetstilbudet bistå med og når?
- **Del 3 Bruk av frivillige i dagaktivitetstilbudet**

Del 1 Pårørendeskole, samtalegrupper og brukerskole

Pårørendeskole

Pårørendeskole er et kurstilbud til pårørende til personer med demens. Målet med slike skoler er at pårørende gjennom kurs blant annet skal gis

- økt kunnskap og forståelse om de ulike demenssykdommene
- støtte til å mestre de praktiske og følelsesmessige omstillingene og utfordringene de ofte står overfor
- verktøy til å håndtere situasjonen og påvirkningen dette har for relasjonen til familie og venner
- kunnskap om hvilke rettigheter de har, og mulighet til bistand fra det offentlige
- kontaktnettverk med andre pårørende i samme situasjon og kontakt med fagpersoner

Pårørendeskoler er ofte rettet mot pårørende til hjemmeboende personer med demens, men tilbudet kan også være aktuelt for pårørende til personer på institusjon, som sykehjem. Det er gjort gode erfaringer med at pårørende til hjemmeboende og institusjonsbeboere deltar på samme kurs. Det gir mulighet for erfaringsutveksling mellom deltakerne. Et annet alternativ er å tilpasse pårørendeskolen til kun å gjelde for pårørende til personer som deltar på dagaktivitetstilbud, eventuelt inkludere andre pårørende til personer som bor i eget hjem.

Pårørendeskoler kan etableres på ulike måter. Et alternativ er å opprette dem i tilknytning til dagaktivitetstilbud for personer med demens. Slike tilbud kan være en god arena for pårørendeskoler fordi:

- De har kunnskap om demens.
- De samarbeider ofte nært med andre kommunale helse- og omsorgstjenester, som hukommelsesteam.
- De har ofte egnede lokaler til rådighet.
- De kommer i nær kontakt med pårørende til hjemmeboende personer med demens.
- Pårørende som ikke er kjent med dagaktivitetstilbudet, får en introduksjon til tilbudet.

Pårørendeskolen arrangeres over flere kurssamlinger, gjerne over 12 timer. Samlingene består av forelesninger og temabaserte gruppesamtaler. Erfaringer fra pårørendeskoler har vist at det er fem temaer som ofte gjennomgås på kursene. Disse er

- demenssykdommene – sykdomslære
- kommunikasjon med personer med demens
- pårørendes opplevelse og egenomsorg
- aktuelle lover og forskrifter
- informasjon om tilbud i kommunen

Avhengig av hvem som deltar på kurset, må temaene tilpasses målgruppa og eventuelt suppleres med andre aktuelle temaer, for eksempel samlivet etter diagnosen, rolleendringer i familien, ernæring, hukommelse og kognitiv stimulering, førerkort og demens, arv og testamente, økonomi, velferdsteknologi og hjelpemidler, yrkesaktivt liv og barn og ungdom som pårørende. Etablering av pårørendeskole i dagaktivitetstilbud må forankres i den kommunale ledelsen for å sikre økonomiske og administrative ressurser.

Gode råd og nyttige maler for etablering og drift av pårørendeskole er å finne i *Håndbok for etablering og drift av pårørendeskole*. Den kan lastes ned eller bestilles fra Aldring og helse, www.aldringoghelse.no.

Samtalegrupper

Samtalegruppe er et forum der deltakerne kan sette ord på sine opplevelser og følelser. Målet med samtalegrupper er at deltakerne kan få dele erfaringer og gi hverandre råd og støtte til å mestre hverdagen. Å treffe andre i samme situasjon kan gi gjenkjennelse, forståelse og fellesskap. Erfaringsutveksling og refleksjon står i sentrum.

Samtalegrupper for pårørende til personer med demens er et godt innarbeidet tilbud i mange kommuner. De siste årene er det også gjort gode erfaringer med samtalegrupper for personer med demens. Pårørende vil ofte oppleve det som positivt at personen med

demens har et eget forum der han eller hun opplever støtte og fellesskap med andre.

Samtalegrupper kan være lukkede grupper med faste deltakere eller åpne grupper der deltakerne kan komme til underveis. Fordelen med lukkede grupper er at deltakerne blir godt kjent. Det kan skape mer trygghet, åpenhet og kontinuitet enn i åpne grupper.

Samtalegrupper bør ledes av en fagperson i demens. Filmen *Ledelse av samtalegrupper i demensomsorgen* gir nyttige eksempler og tips om struktur og gjennomføring av samtalegrupper, både for personen med demens og for pårørende. Til filmen følger det et veiledningshefte. Mer informasjon om samtalegrupper finner du på www.aldringoghelse.no.

Tilskuddsordning

Som en del av regjeringens demensplanarbeid er det opprettet en tilskuddsordning for etablering og drift av pårørendeskoler og samtalegrupper. For informasjon om ordningen, kriterier og satser se www.aldringoghelse.no.

Brukerskole

Brukerskole er et tilrettelagt kurstilbud for personer med demens og er ofte et åpent tilbud. Kurstilbudet passer for personer med demens som både ønsker og kan nyttiggjøre seg av kunnskap om egen livssituasjon. Hensikten er å gi personer med demens informasjon og kunnskap om egen sykdom og situasjon. Dette kan styrke og bevisstgjøre personen, slik at vedkommende får mulighet til aktivt å medvirke i eget liv. Brukerskolen skal stimulere personer med demens til å bruke egne ressurser lengst mulig og tale egen sak. I tillegg skal brukerskolen være en møteplass for å treffe andre i samme situasjon, utveksle erfaringer og kunne gi hverandre gjensidig støtte. Deltakerne bør også kunne få mulighet til å stille spørsmål og få svar på det de lurer på.

Det finnes ulikt innhold og organisering av brukerskoletilbudene. Noen brukerskoler underviser kun i fagkunnskap om demens, mens andre tilbyr en blanding av undervisning og samtalegrupper. Flere har god erfaring med at en enkel servering kan skape en god ramme rundt brukerskolen. En brukerskole bør inneholde følgende temaer:

- informasjon og kunnskap om demens
 - fakta om demens
 - kommunikasjon og hukommelse
 - mestring av hverdagen – leve med demens (mestringsstrategier)
- informasjon om blant annet
 - kosthold og ernæring (bruk gjerne *Kosthåndboken*)
 - bruk av legemidler
 - hjelpemidler og sikkerhet

- fysisk og kognitiv trening (trim av hjernen)
 - tjenestetilbud
 - planlegging for framtiden
- nyttige råd
 - hvor man kan finne mer informasjon om demens og tjenester
 - aktuelle nettsider

Det anbefales at kurset ledes av minimum to personer med god kompetanse om demens, som også er gode til å formidle. Det finnes ulike eksempler på hvordan man har gjennomført brukerskole og på varigheten av kurset. Noen kommuner har valgt å ha et tilbud på tre kursdager over tre uker. Andre har tilbudt én dag i uka i ti uker.

Ved organisering av brukerskole bør flere praktiske forhold være avklart og planlagt på forhånd. Dette omfatter

- å utarbeide kursplan og innhold, eventuelt bruke et ferdig utviklet brukerskoleprogram;
- å klargjøre skriftlig materiell som kan gi støtte til deltakeren i og under kurset, samt etter kurset, eventuelt bruke ferdig utviklet materiell, for eksempel *Huskeboka – om hverdagen med demens*;
- å legge undervisningen til rette etter deltakerens behov og grad av demens;
- å legge til rette for erfaringsutveksling og sette av tid til spørsmål fra deltakerne;
- å organisere deltakerne i små grupper (fra seks til åtte deltakere);
- å være behjelpelig med transportløsninger der det er behov;
- å tilrettelegge for egnede lokaler som bør være hyggelige og ha hensiktsmessig plassering. Bruk gjerne lokaler hvor personene med demens er kjent fra før, eventuelt lokaler det er naturlig å bli kjent med som et ledd i videre tjenestetilbud, for eksempel dagaktivitetstilbud.

Hvis det er aktuelt, kan en arrangere brukerskole parallelt med pårørendekurs. Dette vil kunne være til praktisk støtte og hjelp både for personer med demens og pårørende som er i et parforhold. Det er ikke uvanlig at adskillelse kan forårsake uro og engstelse hos begge parter.

Dagaktivitetstilbud kan være en naturlig arena å etablere brukerskole på. Personer med demens i tidlig sykdomsfase som er aktuelle deltakere for brukerskole, mottar ofte få eller ingen tjenester fra før. Dermed kan brukerskole lokalisert på et dagaktivitetstilbud være en introduksjon og rekrutteringsarena til plass på dagaktivitetstilbudet når dette blir aktuelt. Da er både lokalene og mulig personell kjent for personen med demens. Mer informasjon om brukerskoler finner du på www.aldringoghelse.no.



Del 2 Funksjonsvurderinger og demensutredning

Et dagaktivitetstilbud kan være en godt egnet arena for å observere og kartlegge. Der møter personen med demens opp regelmessig og tilbringer deler av dagen sammen med andre. Personalet har anledning til å observere personens fungering i mange ulike aktiviteter og situasjoner og til å fange opp endringer i sykdomsbilde, funksjonsnivå og hjelpebehov over tid. Kartleggingen kan omfatte ulike områder, som kognitiv funksjon, personlige og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (PADL og IADL), humør / depressive symptomer og eventuelt andre atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD).

Majoriteten av brukerne av dagaktivitetstilbudet vil være ferdig utredet og har en demensdiagnose. Dette innebærer at observasjon og kartlegging i et dagaktivitetstilbud først og fremst vil være aktuelt å gjennomføre for å følge personens sykdomsprogresjon og dermed fange opp eventuelle endringer i bistandsbehov. I noen tilfeller, der en demensdiagnose ennå ikke foreligger, kan det være aktuelt at personellet på dagaktivitetstilbudet bistår fastlegen i demensutredningen. Dette kan for eksempel være aktuelt der personen med mistanke om demens ikke har nære pårørende eller motsetter seg hjemmebesøk fra et hukommelsesteam.

Observasjoner og kartlegging av funksjonsnivå

I *Nasjonal faglig retningslinje om demens* anbefales det at personer med demens bør følges opp hvert halvår, eventuelt oftere ved behov. Da bør det blant annet gjøres vurdering av personens fungering i dagliglivet (ADL-fungering) og eventuelle økte omsorgsbehov. Minst én gang i året bør det gjøres en mer omfattende kartlegging, som blant annet omfatter vurdering av endringer i personens kognitive fungering, instrumentell og personlig ADL-fungering, symptomer på depresjon og eventuelt andre atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). I tillegg kan det være hensiktsmessig å vurdere ernæringsstatusen til personen med demens.

Kommunens hukommelsesteam bistår ofte fastlegen i kartleggingen. For personer med demens som deltar på dagaktivitetstilbud, kan det være hensiktsmessig at kartleggingen skjer i et samarbeid mellom hukommelsesteamet og personellet på tilbudet. Dette forutsetter at personellet på dagaktivitetstilbudet er tilstrekkelig kvalifisert til å gjennomføre den aktuelle kartleggingen. Personens fastlege må, i samarbeid med hukommelsesteamet, vurdere hvordan kartlegging kan gjennomføres på en mest mulig hensiktsmessig måte. Det er i den regelmessige oppfølgingen av personer med demensdiagnose at kartlegging i et dagaktivitetstilbud vil kunne være mest aktuelt. Når personellet på dagaktivitetstilbudet bistår i kartleggingen, bør det benyttes strukturerte skjemaer og tester, se tabell 6.1 Flere av skjemaene og testene er fritt tilgjengelig på nettsidene til Aldring og helse, www.aldringoghelse.no.

Tabell 6.1 Forslag til aktuelle tester og skjemaer som kan benyttes ved regelmessig kartlegging i et dagaktivitetstilbud

Kartleggingsområder	Tester og skjemaer
Kognitiv funksjon	- Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3) - Norsk revidert Klokketest (KT-NR3) - IQCODE – Spørreskjema til pårørende
ADL-funksjon	- Personnære Aktiviteter i Dagliglivet (PADL) - Instrumentelle Aktiviteter i Dagliglivet (IADL) - Bruk av teknologi i hverdagen
Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)	- Cornell skala for depresjon ved demens (CSDD) - Nevropsykiatrisk intervjuguide –(NPI-Q)
Ernæringsstatus	Helsedirektoratet anbefaler i primærhelsetjenesten bruk av disse verktøyene: - Mini Nutritional Assessment (MNA) – anbefales brukt for eldre over 65 år - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) Alternativt kan disse anvendes: - Nutrition Risk Screening 2002 (NRS 2002) - Subjective Global Assessment (SGA) - Ernæringsjournal

Dagaktivitetstilbudet som bidragsyter ved demensutredning

I henhold til Helsedirektoratets *Nasjonal faglig retningslinje om demens* bør utredning ved mistanke om demens som hovedregel utføres av fastlege, gjerne i samarbeid med kommunens hukommelsesteam. Bistår hukommelsesteamet fastlegen i utredningen, kan de for eksempel ha ansvar for å gjennomføre kartlegging av blant annet funksjonsevne og bistandsbehov til personen selv og innhenting av komparentopplysninger fra pårørende.

Der dagaktivitetstilbudet bidrar i utredningen, anbefales det at de benytter Aldring og helses kartleggingsverktøy *Basal demensutredning – kartleggingsverktøy for kommunens helse- og omsorgspersonell*, som er fritt tilgjengelig på www.aldringoghelse.no. I kartleggingsverktøyet gis det blant annet tips om ulike observasjoner som bør gjøres som del av kartleggingen. Tipsene er aktuelle enten kartleggingen gjennomføres som del av demensutredning eller i videre oppfølging etter at demensdiagnose er satt.



Rutiner for samarbeid mellom fastlege/hukommelsesteam og dagaktivitetstilbudet

Dersom det vurderes som hensiktsmessig at personellet på dagaktivitetstilbudet bistår fastlege/hukommelsesteam i observasjoner, enten for å kartlegge funksjonsendringer hos en person med demens eller som ledd i en demensutredning, bør det utvikles rutiner for hvordan samarbeidet skal gjennomføres. Flere løsninger er mulige, og kommunen må selv vurdere behov og hva som er mest hensiktsmessig. Rutiner kan for eksempel omfatte

- hvordan samarbeidsstrukturen skal være (faste møter, ved behov)
- hvem som har ansvar for å gjennomføre observasjoner/kartlegging i dagaktivitetstilbudet (hukommelsesteam eller personellet i dagaktivitetstilbud)
- hvilke kartleggingsverktøy som bør anvendes
- hvordan resultater fra kartleggingen eventuelt skal formidles til fastlegen eller hukommelsesteamet

Hva kan dagaktivitetstilbudet bistå med og når?

I flere kommuner er det i dag vanlig at kommunens hukommelsesteam og personellet ved dagaktivitetstilbud møtes regelmessig (for eksempel ukentlig, hver 14. dag eller månedlig). Dette kan være en god møteplass for å avklare kartleggingsbehov, formidle resultater og diskutere og avklare videre oppfølgingsbehov til personene som deltar i dagaktivitetstilbudet.

En sentral avklaring under slike møter er om hukommelsesteamet skal gjennomføre kartleggingen i dagaktivitetstilbudet, eller om personellet på tilbudet skal ha ansvar for dette. Dersom personellet i et dagaktivitetstilbud skal bistå hukommelsesteamet, er det en forutsetning at de som bistår under kartleggingen, har tilstrekkelig faglig kunnskap

og kompetanse om demens og hvordan kartleggingsverktøyene som benyttes, skal administreres og skåres. Bruk av kartleggingsverktøyet forutsetter at helse- og omsorgspersonellet har gjennomgått opplæring og har nødvendig kompetanse. På Aldring og helses hjemmesider, www.aldringoghelse.no, gis informasjon om aktuell opplæring og kurs.

Uavhengig av om personellet ved et dagaktivitetstilbud bistår fastlege/hukommel-sesteam med observasjon og kartlegging, bør personellet være oppmerksomme på endringer i brukernes sykdomsbilde, funksjonsnivå og tilrettelagte oppfølgingsbehov. Det må så vurderes om det er behov for å videreformidle eventuelle endringer til personens fastlege.

Del 3 Bruk av frivillige i dagaktivitetstilbudet

Frivillighet bygger på den enkeltes engasjement for andre mennesker. Med sine ulike fagbakgrunner, historier og kulturer kan frivillige være gode støttespillere og en ressurs inn i et dagaktivitetstilbud. Frivillige bør kun inngå som et supplement til andre ansatte. Oppgaver som frivillige kan bistå med på et dagaktivitetstilbud, kan være bidrag og støtte til gode transportetapper tur-retur dagaktivitetstilbudet, gjennomføring av aktiviteter og turer, å delta i gågrupper, være måltidsvenn eller hjelpe til ved gjennomføring av kulturopplevelser og arrangementer.

Frivillige kan være organisert på ulike måter. Avhengig av hvordan de er organisert, vil det også ha betydning for deres taushetsplikt. Frivillige vil være underlagt taushetsplikt når de er tilknyttet en organisasjon, kommune eller annen offentlig virksomhet. Hvordan taushetsplikten er forankret for de frivillige, vil variere ut fra oppgaver og organisering. Taushetsplikten reguleres i en avtale mellom den frivillige og organisasjonen eller den offentlige virksomheten som den frivillige jobber gjennom. Organisasjonen eller den offentlige virksomheten som den frivillige er tilknyttet, har det overordnende ansvaret for å påse at de frivillige informeres om og følger regler for taushetsplikt. Når frivillige arbeider på eget initiativ og ikke er tilknyttet verken en organisasjon eller offentlig virksomhet, må taushetsplikt og dokumentasjon rundt dette eventuelt avtales mellom den frivillige og den som mottar hjelpen, eventuelt dagaktivitetstilbudet. Det er viktig å være klar over at frivillige som er helse- og omsorgspersonell og som utfører frivillig arbeid som kan defineres som helserelatert arbeid, vil være underlagt helsepersonellovens regler. Dette gjelder uavhengig av om den frivillige er tilknyttet en organisasjon eller virksomhet eller jobber på eget initiativ.

Kirkens Bymisjon har utarbeidet en verktøyhåndbok, *Håndbok for frivillig arbeid*, som handler om frivillig arbeid i helse- og omsorgssektoren. Her finnes nyttige tips, verktøy, skjemaer og kontrakter til bruk i frivillighetsarbeid. Håndboka består blant annet av etiske retningslinjer for frivillige medarbeidere og eksempler på samtaleguide, kontrakter, samtykkeskjema og infeksjonskontrollprogram. Håndboka finnes på www.kirkensbymisjon.no. Nasjonalforeningen for folkehelsen tilbyr kurs og opplæring for frivillige, blant annet gjennom sitt landsdekkende prosjekt *Aktivitetsvenn*. For nærmere informasjon se www.nasjonalforeningen.no.



7

Sentrale lover og forskrifter

Innledning

I dette kapitlet gis en innføring i sentrale juridiske områder som det er viktig å ha kunnskap om ved planlegging og drift av kommunale dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Kapitlet er delt inn i fire deler. I del én gis en kort gjennomgang av den mest sentrale helselovgivningen på området, del to og tre omhandler henholdsvis rettigheter for pasienter, brukere og pårørende og plikter for helse- og omsorgspersonellet, og i kapitlets siste del gis en orientering i reglene om enkeltvedtak og kommunens adgang til å kreve egenandel av personer som deltar på et dagaktivitetstilbud.

Informasjonen i dette kapitlet er ikke uttømmende. Ytterligere informasjon om rettigheter og plikter i helse- og omsorgssektoren, aktuelle lover, forskrifter, rundskriv med mer finnes hos Helsedirektoratet, se www.helsedirektoratet.no.

Dette kapitlet gir en innføring i

- **Del 1 Sentrale lover**
 - pasient- og brukerrettighetsloven
 - helse- og omsorgstjenesteloven
 - helsepersonelloven
 - helsetilsynsloven
- **Del 2 Sentrale rettigheter for pasienter, brukere og nærmeste pårørende**
 - hvorfor det skilles mellom begrepene pasient og bruker i helselovgivningen
 - samtykke og samtykkekompetanse
 - pasienten og brukerens rett til medvirkning
 - pasientens og brukerens rett til informasjon
 - individuell plan og koordinator
 - pårørendes rettigheter og involvering av pårørende
 - klageadgang for pasienter, brukere og nærmeste pårørende
- **Del 3 Sentrale plikter for helse- og omsorgspersonell**
 - krav til forsvarlig yrkesutøvelse
 - informasjonsplikt

- dokumentasjonsplikt
- taushetsplikt og unntak fra den
- **Del 4 Vedtak og egenandel**
 - vedtak
 - egenandel – betaling for dagaktivitetstilbud

Del 1 Sentrale lover

Pasient- og brukerrettighetsloven

Denne loven omtaler pasienter og brukeres rettigheter i møte med helse- og omsorgstjenesten, blant annet retten til

- samtykke
- brukermedvirkning
- informasjon
- journalinnsyn
- individuell plan og koordinator
- klage

Loven regulerer også hvilke rettigheter som er gitt nærmeste pårørende. Loven skal bidra til å sikre at befolkningen får lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Som hjelp til forståelse av pasient- og brukerrettighetsloven se rundskrivet *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*.

Helse- og omsorgstjenesteloven

Loven omtaler kommunens plikt til å tilby og yte nødvendige og forsvarlige tjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Kommunens ansvar omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester til alle pasient- og brukergrupper, uavhengig av diagnose, som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Tjenestene kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere. Sistnevnte kan blant annet være aktuelt ved dagaktivitetstilbud ved at kommunen for eksempel inngår avtale med private Inn på tunet-aktører. Når andre aktører utfører helse- og omsorgstjenester på vegne av kommunen, er de omfattet av kravene i helse- og omsorgstjenesteloven, blant annet plikten til å tilby og yte forsvarlige tjenester. Uavhengig av organisering har kommunen alltid det overordnede ansvaret for tjenestene.

I lovens kapittel 3 er det listet opp hvilke tjenester kommunen som et minimum *skal* ha tilbud om. Blant annet plikter kommunen etter § 3-2 første ledd nr. 7 å ha dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. At kommunen skal tilby tjenestene som er listet opp i kapittel 3, betyr i utgangspunktet ikke at den enkelte har rett på en *konkret* tjeneste fra kommunen. Så lenge kommunen ivaretar plikten om å tilby nødvendige og forsvarlige tjenester, er hovedregelen at kommunen har stor frihet til å vurdere hvilke tjenester som skal tilbys den enkelte pasient eller bruker. Denne organisasjonsfriheten begrenses på flere måter. Forskrifter som *forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i*

helse- og omsorgstjenesten og forskrift om en verdig eldreomsorg, er bare tre av flere forskrifter kommunen må følge, og som kan ha betydning for organisasjonsfriheten og hva som vurderes som nødvendige og forsvarlige tjenester.

For personer med behov for tjenester som faller inn under kommunens ansvar, innebærer *nødvendighetskravet* at kommunen, uavhengig av om det foreligger en søknad eller ikke, skal tilby personen nødvendig hjelp når de blir gjort oppmerksom på hans eller hennes hjelpebehov. Forsvarlighetskravet er et systemansvar og innebærer at tjenestene som kommunen tilbyr, må holde tilfredsstillende kvalitet og ytes i tide og i tilstrekkelig omfang, slik at den enkelte pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud. Forsvarlighetskravet innebærer også at kommunen skal sikre at det finnes gode rutiner og dokumentasjonsprosedyrer og tilstrekkelig faglig bemanning, opplæring og tilgjengelig utstyr. I tillegg skal kommunen sikre at ansatte får mulighet til å samarbeide med annet kvalifisert personell.

Særlige aktuelle forskrifter ved planlegging og gjennomføring av dagaktivitetstilbud til personer med demens, med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven:

- *forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*
- *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*
- *forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*
- *forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*
- *forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*
- *forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester*

Ved dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, kan det være nyttig å kjenne ekstra godt til *forskrift om en verdig eldreomsorg*.

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)

De kommunale helse- og omsorgstjenestene skal legge til rette for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig og så langt som mulig meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Verdighetsgarantien har derfor som formål å bidra til at kommunen tilrettelegger for tjenester som sikrer en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Verdighetsgarantien gjelder den eldreomsorg som ytes i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven og får anvendelse uavhengig av om tjenestene ytes i tjenestemottakerens eget hjem, sykehjem, dagaktivitetstilbud med mer.

Gjennom verdighetsgarantien styrkes rettstilstanden til eldre slik at hver enkelt skal få en meningsfull alderdom. Hva som ligger i ordet meningsfull må hver enkelt si noe om selv, og det vil variere fra person til person, men for at helse- og omsorgstjenester i eldreomsorgen skal vurderes som verdig fremheves det i verdighetsgarantien at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivarettatt. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at følgende hensyn ivaretas:

- a) en riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand
- b) et variert og tilstrekkelig kosthold og tilpasset hjelp ved måltider
- c) et mest mulig normalt liv, med normal døgnrytme og adgang til å komme ut, samt nødvendig hjelp til personlig hygiene
- d) tilby samtaler om eksistensielle spørsmål
- e) lindrende behandling og en verdig død
- f) å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen, omsorgen skal bidra til habilitering og rehabilitering
- g) faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen
- h) tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom
- i) at par som ønsker det, skal kunne bo sammen

Forskriften presiserer hva som menes med begrepet *verdig tjenestetilbud* ved å angi en rekke hensyn som tjenestetilbudet må legge til rette for, for eksempel boform, kosthold, personlig hygiene, lindrende behandling, å bevare eller øke mulighet til å fungere i hverdagen og legetilsyn. Et tjenestetilbud som ikke oppfyller grunnleggende verdighetskrav, vil heller ikke kunne oppfattes som et forsvarlig tjenestetilbud.

Helsepersonelloven

Loven omhandler helsepersonellens plikter. Loven gjelder for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp. Den gjelder også for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp. Det innebærer at alt personell som yter helse- og omsorgstjenester på et dagaktivitetstilbud gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven, i utgangspunktet er underlagt helsepersonellovens regler. Unntaket er helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt, som kun gjelder for helsepersonell.

I helsepersonelloven finnes det blant annet regler om

- forsvarlighet
- informasjonsplikt
- taushetsplikt
- opplysningsrett og opplysningsplikt
- meldeplikt til statlige tilsynsmyndigheter
- dokumentasjonsplikt

Som hjelp til forståelse av helsepersonelloven se rundskrivet *Helsepersonelloven med kommentarer*.

Helsetilsynsloven

Loven har regler for statlig tilsyn med helse- og omsorgssektoren. Dette inkluderer tilsyn med både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Formålet med statlige tilsyn er å bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Tilsynsmyndighetene består av Statens helsetilsyn som overordnet organ og Fylkesmannen som regionalt organ. Fylkesmannen kan altså føre tilsyn med kommunale dagaktivitetstilbud.

Del 2 Sentrale rettigheter for pasienter, brukere og nærmeste pårørende

Hvorfor det skilles mellom begrepene pasient og bruker i helselovgivningen?

Pasient- og brukerrettighetsloven skiller mellom *pasienter* og *brukere*. En *pasient* er en person som mottar *helsehjelp*, mens en *bruker* er en person som mottar tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp, som støttekontakt og praktisk bistand. Forskjellen beror altså på om hjelpen personen mottar, er helsehjelp eller ikke.

Helsehjelp er i pasient- og brukerrettighetsloven § 1–3 bokstav c definert som *handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell*. Personer med demens vil av ulike grunner ofte ha behov for helsehjelp.

Eksempler på helsehjelp:

- legemidler, sårstell, observasjon av helsetilstand
- motivasjon til å spise, tilbud om spesialkost og oppfølging av ernærings situasjonen for en person med definert ernæringsproblematikk

Eksempler på tilbud som ofte ikke er helsehjelp:

- praktisk bistand ved måltidet for en person uten nevnt problematikk
- hjelp til på- og avkledning ved toalettbesøk
- hjelp til årstidsadekvat påkledning
- aktivisering (unntak er trening som er anbefalt eller gjennomført av helsepersonell i tilknytning til helsetilstand)
- alminnelig oppfølging av aktiviteter i dagliglivet

Hvorvidt tjenestene er å anse som helsehjelp eller ikke, har blant annet betydning for dokumentasjonssplikten, kommunens adgang til å kreve egenandel og rettigheter for pårørende.

For mange kommunale helse- og omsorgstjenester stilles det ikke krav om at de må utføres av spesielle yrkesgrupper. Kommunen må, som ansvarlig for tjenestene, vurdere om det er forsvarlig at tjenestene utføres av personell uten helsefaglig kompetanse, eventuelt etter opplæring. Hvorvidt det er nødvendig med kvalifisert helsepersonell, vil for eksempel avhenge av ordninger for opplæring, oppfølging og veiledning.

Samtykke og samtykkekompetanse

Utgangspunktet for all helsehjelp er at pasienten må samtykke til hjelpen som skal gis. Pasienten har derfor også i utgangspunktet rett til å nekte å motta helsehjelp. Et samtykke til helsehjelp kan gis uttrykkelig eller stilltiende og inkluderer alt fra undersøkelse, innleggelse og behandling til pleie og omsorg.

For at et samtykke til helsehjelp skal være gyldig, må pasienten ha fått tilstrekkelig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som tilbys, samt konsekvensene av eventuelt å takke nei. Informasjonen må tilpasses den enkeltes forutsetninger, som alder, erfaringer, kognitiv funksjonsevne, modenhet og kultur- og språkbakgrunn. For en person med demens kan det være behov for flere og kombinerte

virkemidler for å gjøre informasjonen forståelig. Det kan også være viktig å bruke god tid i samtalen med pasienten, snakke om ett tema om gangen, bruke et enkelt språk og unngå abstrakte begreper og forklaringer.

En annen forutsetning for at samtykke til helsehjelp skal være gyldig, er at pasienten er samtykkekompetent. Alle personer over 16 år har i utgangspunktet samtykkekompetanse i helserettslige spørsmål. Ulike medisinske tilstander, for eksempel kognitiv svikt, kan påvirke en persons evne til å ta beslutninger om egen helse og forstå konsekvensene av sine valg og føre til at samtykkekompetansen i et konkret spørsmål bortfaller helt eller delvis.

For å samtykke til helsehjelpen eller medvirke til denne må pasienten vurderes som samtykkekompetent i *den aktuelle situasjonen*. En pasient kan ha samtykkekompetanse på ett område, men ikke et annet – i én situasjon, men ikke en annen. Vi sier gjerne at et samtykke er *situasjonsbetinget*.

Helsepersonellet skal så langt som mulig legge til rette for at pasienten selv kan treffe en avgjørelse om helsehjelp. For at pasientens samtykkekompetanse i et konkret spørsmål skal bortfalle, helt eller delvis, må pasienten åpenbart ikke være i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Det vil si at pasienten ikke forstår begrunnelsen bak eller behovet for å motta helsehjelpen, tiltakets art eller de nærmere implikasjoner av å nekte helsehjelpen. Dersom helsepersonellet er i tvil om pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva et samtykke til eller nektelse av helsehjelpen innebærer, skal pasienten ha rett til å samtykke til behandlingen, eventuelt nekte å motta behandling.

Vurderingen av om pasienten er samtykkekompetent, skal gjøres av den som er faglig ansvarlig for helsehjelpen. Det er ikke slik at samtykkekompetansen vurderes ved hver pasientkonsultasjon. En slik vurdering er aktuell i situasjoner hvor det er tvil om pasienten forstår hva hjelpen innebærer, eller forstår konsekvensen av å takke ja eller nei til helsehjelpen. Det er altså ikke nødvendig å vurdere samtykkekompetansen hver gang en person på dagaktivitetstilbudet mottar helsehjelp. Slik vurdering kan være aktuell dersom det er behov for en annen form for helsehjelp enn den som er gitt tidligere, eller dersom det har oppstått kognitive endringer som gjør at helsepersonellet er usikre på om personen fremdeles forstår eller ønsker den aktuelle helsehjelpen. På et dagaktivitetstilbud kan det variere hvem som er ansvarlig for å vurdere samtykkekompetanse, både ut fra hvilken helsehjelp det er snakk om, kompetansen hos personellet og organiseringen av dagaktivitetstilbudet. Det kan være ansvarlig sykepleier på dagaktivitetstilbudet, mens det andre ganger kan være nødvendig med vurdering fra fastlege. For tilbud tilknyttet sykehjem kan det være aktuelt at sykehjemslegen har ansvar for slik vurdering.

For mer utfyllende informasjon om vurdering av samtykkekompetanse se rundskrivet *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer, IS-8/2015*, som kan lastes ned fra www.helsedirektoratet.no.

Pasienten kan når som helst trekke sitt samtykke tilbake. Det er viktig at helsepersonellet som yter helsehjelpen, gir tilstrekkelig informasjon til pasienten om betydningen av at helsehjelpen ikke gis. Det må dokumenteres i pasientens journal at slik informasjon er gitt.

Regler om samtykke og samtykkekompetanse følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 og gjelder i utgangspunktet kun for pasienter. Helsedirektoratet uttaler i *Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven* at det er nærliggende at regler om samtykke også gjelder for tjenester som ikke er helsehjelp. Det kreves derfor også samtykke til tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp. Vurderingen av om en person er samtykkekompetent, vil være den samme her som ved tilbud om helsehjelp. Tjenester på dagaktivitetstilbud som ikke er helsehjelp, kan derfor ikke gis til personer som motsetter seg dette.

Pasienten og brukerens rett til medvirkning

Alle som mottar helse- og omsorgstjenester, har en lovfestet rett å *medvirke* ved gjennomføring og utforming av tjenestetilbudet.

Medvirkningsretten innebærer at pasienten eller brukeren skal høres, og at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten eller brukeren. Det er opp til pasienten eller brukeren selv å avgjøre i hvor stor grad han eller hun ønsker å medvirke. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Pasienten og brukerens rett til informasjon

For at *pasienten* skal kunne samtykke til helsehjelpen og utøve sin medvirkningsrett, må pasienten få den informasjonen som er nødvendig for at disse rettighetene kan ivaretas. Pasienten har derfor rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.



Selv om pasienten har rett på informasjon, skal dette ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen. Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. I tillegg kan informasjon unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Brukere av andre helse- og omsorgstjenester enn helsehjelp skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter, for eksempel medvirkningsretten.

Informasjonen må tilpasses pasienten eller brukerens forutsetninger, slik at han eller hun forstår innholdet i informasjonen som blir gitt. Om nødvendig må kvalifisert tolk brukes. Det er helse- og omsorgstjenesten som har plikt til og ansvaret for å kartlegge behovet for og bestille kvalifisert tolk. Du kan lese mer om bruk av tolk i *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*, som er tilgjengelig på www.helsedirektoratet.no. Her finner du også pasientbrosjyren *Pasient og tolk – En brosjyre om tolk i helsetjenesten*, som er tilgjengelig på en rekke ulike språk.

Individuell plan og koordinator

Personer som har behov for *langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester*, har etter pasient- og brukerrettighetsloven rett til å få utarbeidet en individuell plan. Kommunene har på sin side en plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven til å tilby individuell plan til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester.

En individuell plan kan være et nyttig verktøy for å oppnå gode og sammenhengende demensforløp. Planen skal ivareta pasienten eller brukerens behov for forutsigbarhet og tjenesteyterens behov for langsiktig planlegging og samhandling. Planen skal så langt som mulig utarbeides i samarbeid med pasienten eller brukeren, i denne sammenhengen sammen med personen med demens.

For personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal kommunen også tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Det er viktig å understreke at kommunen skal tilby koordinator uavhengig av om pasienten eller brukeren ønsker en individuell plan.

Pårørendes rettigheter og involvering av pårørende

Pårørende og nærmeste pårørende

Pasient- og brukerrettighetsloven skiller mellom pårørende og *nærmeste pårørende*. Pasienten eller brukerens nærmeste pårørende er i loven gitt særlige rettigheter blant annet knyttet til informasjon og medvirkning. Det er derfor viktig å avklare hvem som er pasienten eller brukerens nærmeste pårørende.

Hovedregelen er at pasienten eller brukeren selv velger hvem som er pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren ikke har oppgitt nærmeste pårørende eller er ute av stand til å gjøre dette, skal nærmeste pårørende være den som

i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten eller brukeren, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, partner eller samboer, barn over 18 år, foreldre eller andre med foreldreansvar, søsken over 18 år, besteforeldre eller andre familiemedlemmer som står pasienten nær, og deretter verge eller framtidssfullmektig. I de fleste tilfeller innebærer dette at ektefelle, samboer eller partner er pasienten eller brukerens nærmeste pårørende, med mindre andre i større utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten.

Dersom pasienten eller brukeren ikke har pårørende eller de ikke ønsker å påta seg rollen som nærmeste pårørende, må helsepersonellet ta kontakt med Fylkesmannen og anmode om oppnevning av verge på det personlige området etter bestemmelsene i vergemålsloven.

For et dagaktivitetstilbud vil det være viktig å avklare hvem som er nærmeste pårørende for personen med demens, slik at disse kan kontaktes og få den informasjonen de skal ha etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven (se under). Oppstår det situasjoner der personellet er i tvil om nærmeste pårørende ivaretar personens interesser på en forsvarlig måte, kan Fylkesmannen kontaktes for veiledning.

Nærmeste pårørendes rett til informasjon og medvirkning

Nærmeste pårørende har ikke automatisk rett til opplysninger om pasienten eller brukerens helsetilstand og helsehjelpen som ytes, så lenge personen selv kan ivareta sine interesser. Etter pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienten eller brukerens nærmeste pårørende ha informasjon om pasienten eller brukerens helsetilstand og helsehjelpen dersom han eller hun *samtykker* til det eller *forholdene tilsier det*. Informasjon til nærmeste pårørende skal derfor i utgangspunktet hvile på pasienten eller brukerens samtykke. Pasienten eller brukeren kan eventuelt bestemme at bare visse opplysninger skal gis videre. Uavhengig av samtykke har nærmeste pårørende rett til informasjon i den utstrekning «forholdene tilsier det». Dette gjelder særlig situasjoner der det ikke er mulig å få pasienten eller brukerens samtykke på grunn av bevisstløshet eller psykiske forstyrrelser av mer eller mindre forbigående art.

Dersom pasienten eller brukeren *ikke kan ivareta sine interesser* på grunn av demens, fysiske eller psykiske forstyrrelser eller psykisk utviklingshemming, har *både* pasienten eller brukeren og dennes nærmeste pårørende rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i pasienten eller brukerens helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Nærmeste pårørende trer inn i pasienten eller brukerens rettigheter samtidig som pasienten eller brukeren selv skal informeres så langt det er mulig.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å *medvirke* sammen med pasienten.

Informasjon fra pårørende

Pårørende har ofte informasjon om personen med demens som er relevant og nyttig for personellet ved et dagaktivitetstilbud, for eksempel ved innhenting av personopplysninger (som *Min livshistorie. Hvem er jeg – inkl. verktøy*) og ved vurdering av funksjonsnivå. Utgangspunktet er at personen selv må samtykke før personellet kan innhente informasjon fra eller involvere de pårørende. Dette forutsetter at personen

er samtykkekompetent. Kognitive endringer over tid kan påvirke en persons samtykkekompetanse, slik at det jevnlig må foretas nye vurderinger av om personen er samtykkekompetent i spørsmål som gjelder involvering av pårørende. Dersom personen ikke vurderes som samtykkekompetent i slike spørsmål, må nærmeste pårørende eller eventuelt verge samtykke til hvem personellet på dagaktivitetstilbudet kan snakke med om personen med demens.

Som helsepersonell er det viktig å være oppmerksom på hvordan man skal behandle informasjon fra pårørende. Pårørende bør innledningsvis i en samtale gjøres oppmerksom på helsepersonellens *journalføringsplikt*. Helsepersonell har plikt til å nedtegne informasjon gitt av pårørende dersom informasjonen vurderes som relevant og nødvendig for å gi helsehjelp til pasienten. Informasjonen skal nedtegnes i pasientens journal. Pårørende bør derfor opplyses om at alle i utgangspunktet har rett til å se sin egen journal, inkludert nedtegnede opplysninger fra helsepersonellens samtale med pasientens pårørende. Unntaksvis kan pasienten nektes innsyn i de deler av journalen som inneholder informasjon fra pårørende. For å nekte innsyn må dette vurderes som påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv, eller innsyn må være *klart utilrådelig* av hensyn til personer som står pasienten nær, for eksempel pårørende. *Klart utilrådelig* innebærer at det må foreligge en reell fare for konsekvenser av et visst omfang for de pårørende, for eksempel fare for represalier fra pasienten, som alvorlig forfølgelse eller trakassering.

Det er verdt å merke seg at opplysninger pårørende gir om sin egen helsetilstand, i utgangspunktet *ikke* skal nedtegnes i pasientens journal. Dette stiller seg annerledes dersom informasjonen vurderes som relevant og nødvendig for å gi helsehjelp til pasienten. Det kan for eksempel være nødvendig å nedtegne informasjon om pårørendes stressnivå, funksjonsnivå eller sykdomsbelastning dersom denne informasjonen kan ha betydning for hvilke tiltak og oppfølging som bør tilbys pasienten. Helsepersonell som har samtaler med pårørende, men som ikke er behandlende helsepersonell for ham eller henne, skal ikke opprette en egen journal for den pårørende. Helsepersonellens generelle veiledningsplikt vil likevel innebære at dersom helsepersonellet vurderer at det er nødvendig å følge opp informasjon pårørende gir om egen helsetilstand, skal de gi pårørende nødvendig og forsvarlig veiledning om hvor personen kan henvende seg for å få nødvendig helsehjelp og/eller videre oppfølging.

Pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid

Etter pasient- og brukerrettighetsloven kan personer med særlig tyngende omsorgsarbeid kreve at den kommunale helse- og omsorgstjenesten treffer vedtak om at det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden, og hva tiltakene i tilfelle skal bestå i. Kommunen har på sin side en plikt etter helse- og omsorgstjenesteloven til å tilby nødvendig pårørendestøtte blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad til personer med *særlig tyngende omsorgsarbeid*. Du kan lese mer om pårørendestøtte i kapittel 5 i håndboka.

Klageadgang for pasienter, brukere og nærmeste pårørende

Pasienter og brukere som ikke er fornøyd med et vedtak eller en avgjørelse, eller som mener deres rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven ikke er oppfylt, kan klage

etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Vi skiller mellom 1) *rettighetsklage* og 2) *retten til å anmode om vurdering av pliktbrudd*.

Rettighetsklage

En rettighetsklage handler om pasientens eller brukerens rett til å fremme klage når han eller hun mener at de ikke har fått oppfylt sine rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. For pasienter og brukere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan det for eksempel være aktuelt å fremme en rettighetsklage dersom de selv opplever at følgende rettigheter er brutt, helt eller delvis:

- retten til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen
- retten til øyeblikkelig hjelp fra kommunen
- retten til individuell plan

Retten til medvirkning, informasjon, samtykke til helsehjelp og innsyn i journal kan også overprøves.

Klagen må fremmes av pasienten eller brukeren selv eller av dennes representant. Nærmeste pårørende har altså *ikke* klagerett på vegne av pasienten eller brukeren. Unntaket er der nærmeste pårørende har fått *fullmakt* av pasienten eller brukeren til å klage på sine vegne eller pårørende opptre som verge for vedkommende. Nærmeste pårørende kan på sin side påklage brudd på sine selvstendige rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven, for eksempel retten til pårørendestøtte.

En rettighetsklage sendes til den som har truffet enkeltvedtaket eller avgjørelsen. Klagen skal være underskrevet av pasienten eller brukeren eller den som representerer vedkommende. Klagen bør nevne det forhold det klages over og gi opplysninger som kan være av betydning for behandling av klagen. Inneholder klagen feil eller mangler, skal det settes frist for rettelse eller utfylling. Fristen for rettighetsklager er fire uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik klage.

Avgjørelser om retting og sletting av journal og om utlevering av journalopplysninger følger klagereglene og klagesaksbehandlingen i helsepersonelloven. Rundskrivet *Helsepersonelloven med kommentarer* gir god veiledning om dette.

Anmodning om vurdering av pliktbrudd

Pasienter og brukere har etter pasient- og brukerrettighetsloven rett til å be tilsynsmyndighetene om en vurdering dersom de mener at helse- og omsorgspersonell, kommunen eller spesialisthelsetjenesten ikke har overholdt sine plikter slik de er fastsatt i lov. Dette innebærer blant annet at pasienter og brukere kan anmode om vurdering av pliktbrudd dersom de mener at helse- og omsorgspersonellet ikke har gitt forsvarlig helsehjelp, eller ikke har overholdt taushets- eller informasjonsplikten sin. Det samme gjelder dersom pasienten eller brukeren mener at hjelpen de har fått fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten, ikke har vært forsvarlig. Nærmeste pårørende har tilsvarende rett som pasienter og brukere til å anmode om vurdering av pliktbrudd dersom pasienten eller brukeren over 18 år mangler samtykkekompetanse i spørsmål som omhandler klageadgang eller pasienten eller brukeren er død.

Del 3 Sentrale plikter for helse- og omsorgspersonell

Krav til forsvarlig yrkesutøvelse

Ethvert helse- og omsorgspersonell skal etter helsepersonelloven § 4 opptre forsvarlig og i samsvar med sine faglige kvalifikasjoner. Dette innebærer at helse- og omsorgspersonellet skal holde seg innenfor sitt faglige kompetanseområde, være kvalifisert for jobben de skal utføre, og ikke kan gå inn i situasjoner de ikke er kvalifisert til å håndtere. Det enkelte helse- og omsorgspersonell har selv ansvar for sin yrkesutøvelse og sine faglige vurderinger. Hva som er faglig forsvarlig i det enkelte tilfellet, må vurderes ut fra den enkeltes kvalifikasjoner og kompetanse, faglige tilhørighet og personlige erfaring. Det stilles for eksempel høyere forventninger og krav til en erfaren sykepleier enn til ufaglært personell som kun er gitt opplæringsvakter. På et dagaktivitetstilbud vil forsvarlighetskravet blant annet innebære at det enkelte helse- og omsorgspersonellet ikke påtar seg ansvar for å utføre oppgaver eller arbeid som vedkommende ikke er tilstrekkelig kvalifisert til å utføre. For eksempel kan en ufaglært ikke gi ut legemidler uten at nødvendig opplæring eller kurs er gjennomført.

Informasjonsplikt

Helse- og omsorgspersonell plikter å gi informasjon til pasienten eller brukeren som er nødvendig for at han eller hun kan utøve retten til samtykke og medvirkning. Det er helsepersonellet som yter helsehjelpen som har plikt til å gi pasienten slik informasjon. I tillegg til dette vil helsepersonell som er i kontakt med pasienten, ha en alminnelig plikt til å gi informasjon og besvare spørsmål. Dette vil blant annet si å besvare spørsmål innenfor sitt kompetanseområde og henvise videre til kompetent helsepersonell ved behov. I helseinstitusjoner skal informasjon gis av den som helseinstitusjonen utpeker. For mer informasjon se del 2 i kapittel 7 *Pasienten og brukerens rett til informasjon*.

Dokumentasjonsplikt

Helsepersonell som yter helsehjelp, har etter helsepersonelloven kapittel 8 og pasientjournalforskriften plikt til å dokumentere helsehjelpen som gis, og andre nødvendige og relevante opplysninger i forbindelse med hjelpen, i pasientens journal. Journalen er et viktig arbeidsverktøy som skal sikre at helsehjelpen til den enkelte skjer på et faglig fundert grunnlag. Ved å dokumentere helsehjelpen kan helsepersonellet utveksle informasjon og erfaringer om pasienten og hans eller hennes helsetilstand og dermed ivareta sikkerhet, kvalitet, forsvarlighet og kontinuitet i pleie og behandling av pasienten. Det som nedtegnes i en journal, vil også være viktig ved kontroll og tilsyn, både internt og eksternt.

Journalen skal etter helsepersonelloven § 40 «føres i samsvar med god yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov». Hva som er *relevant og nødvendig* informasjon, må vurderes konkret ut ifra pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp samt hvilke opplysninger som kan ha betydning for pasienten eller behandlingen. *Pasientjournalforskriften* gir oversikt over og veiledning i hvilke opplysninger som kan være relevante og nødvendige å nedtegne i journalen.

Ved nedtegnelse i journal vær oppmerksom på følgende:

- Den informasjonen du nedtegner, kan være viktig for helsehjelp som ytes til pasienten senere. Derfor må informasjonen skrives på en måte som er lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.
- Pasienten har som hovedregel rett til innsyn i egen journal og eventuelle bilag til denne. Dette stiller krav til språket som brukes i journalen, og det er viktig å huske på de yrkesetiske retningslinjene. Disse innebærer blant annet at pasienter skal omtales med respekt, og at informasjon som nedtegnes, skal ivareta pasientens integritet og ikke framstå krenkende.
- Pasientjournalen skal også gjøre det mulig å avgjøre om pasienten har fått oppfylt rettighetene sine, for eksempel i forbindelse med en klagesak.

Dokumentasjonsplikten etter helsepersonelloven kapittel 8 gjelder i utgangspunktet ikke for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som *ikke* er helsehjelp. Kommunen må likevel avgjøre i hvilken grad det er nødvendig å pålegge personell som yter slike tjenester, en dokumentasjonsplikt. Dette innebærer i så fall at kommunen må utarbeide rutiner for og krav til dokumentasjonen, og at personellet har plikt til å dokumentere i tråd med kommunens instruks. Helsepersonellovens regler om dokumentasjon kan derfor være relevante også for personell som yter tjenester som ikke er helsehjelp, som ofte kan være tilfelle i et dagaktivitetstilbud.

Taushetsplikt og unntak fra den

Helsepersonell er pålagt en omfattende taushetsplikt etter helsepersonelloven kapittel 5. Plikten gjelder tilsvarende for alle tjenesteutøvere som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1. Den innebærer både en *passiv plikt* til å tie og en aktiv plikt til å hindre at uvedkommende får tilgang til taushetsbelagt informasjon, og omfatter alle opplysninger man mottar i kraft av å være helsepersonell. Taushetsplikten er en livslang forpliktelse som gjelder selv etter at tjenesteyteren har trådt ut av aktiv tjeneste. Brudd på taushetsplikten kan være straffbart.

For at taushetsplikten ikke skal være til hinder for utøvelse av nødvendig og forsvarlig helsehjelp eller ivaretagelse av liv og helse, har helsepersonelloven flere unntak fra taushetsplikten. Dersom personen opplysningene gjelder, er samtykkekompetent, er *samtykke* et praktisk viktig unntak fra reglene om taushetsplikt. For at et samtykke fra pasienten eller brukeren til å videreformidle informasjon skal være gyldig, må han eller hun være innforstått med hvilke opplysninger som gis videre, hvem som mottar opplysningene, og til hvilket formål de skal nyttes. Taushetsplikten oppheves da så langt samtykket rekker.

Øvrige unntak fra taushetsplikten innebærer at tjenesteyteren enten *kan* (opplysningsrett) eller *skal* videreformidle taushetsbelagt informasjon (opplysningsplikt). Opplysningsretten innebærer at det er opp til tjenesteyteren selv å avgjøre om taushetsbelagt informasjon skal videreformidles. Dersom tjenesteyteren derimot har en opplysningsplikt, må han eller hun videreformidle taushetsbelagt informasjon som er nødvendig for å avklare den konkrete situasjonen. Hvem informasjonen skal gis til, og hvilken informasjon som skal gis, vil avhenge av situasjonen og hvilke regler i helsepersonelloven som utløser opplysningsplikten i det konkrete tilfellet. Tjenesteytere har blant annet en

opplysningsplikt til politi eller brannvesen når videreformidling av taushetsbelagte opplysninger er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. De har også opplysningsplikt til barnevernet der det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller opplever annen alvorlig omsorgssvikt med mer. Personellet på dagaktivitetstilbudet må være oppmerksom på at også personer med demens kan ha mindreårige barn.

Når taushetsplikten settes til side som følge av en opplysningsrett eller opplysningsplikt, skal det aldri gis flere opplysninger enn det som er absolutt nødvendig i den aktuelle situasjonen. Helse- og omsorgspersonellet må huske å dokumentere i personens journal hvilke opplysninger som er videreformidlet, og på hvilket grunnlag det er gjort.

Utfyllende informasjon om opplysningsrett og opplysningsplikt finnes i helsepersonelloven kapittel 5 og 6 og i rundskrivet *Helsepersonelloven med kommentarer – IS-2012-8*, som kan lastes ned fra www.helsedirektoratet.no.

Del 4 Vedtak og egenandel

Vedtak

Kommunen har plikt til å fatte enkeltvedtak og dermed følge reglene i forvaltningsloven kapittel IV og V når dagaktivitetstilbudet tilbys etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 eller § 3-6. Det betyr at når kommunen for eksempel velger å tilby helsehjelp, personlig assistanse eller avlastningstiltak organisert som et dagaktivitets-tilbud, skal det fattes vedtak om dette. Det er ikke krav om at det fattes enkeltvedtak når dagaktivitetstilbudet gis utover kommunens plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen bør likevel behandle alle søknader om plass på dagaktivitets-tilbud likt og fatte enkeltvedtak. Vedtaket skal inneholde informasjon om klagerett.

Egenandel – betaling for dagaktivitetstilbudet

Når kommunen gir tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, bestemmer *forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester* (egenandelsforskriften) hvilke tjenester kommunen kan ta betalt for, og hvor stor egenandel kommunen kan kreve. For dagaktivitetstjenester gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven er egenandelsforskriften kapittel 1 og 2 sentrale.

Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som er organisert som dagaktivitets-tilbud, kan gis både i og utenfor institusjon. I egenandelsforskriften kapittel 1 er det gitt regler om hva kommunen kan kreve i egenandel for tjenester gitt i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner, herunder sykehjem, og hvilke tjenester egenandelen skal dekke mens personen oppholder seg der. Dagaktivitetstilbud som tilbys på institusjon, vil følge regler om betaling etter dagsats. Denne satsen justeres årlig. Hvor høy egenandelen blir, vil da avhenge av antall dager i måneden personen med demens er innvilget dagaktivitet på institusjon, og eventuelle fradrag i beregning. Hvilke tjenester som dekkes ved betaling for dagopphold på institusjon, framkommer

av egenandelsforskriften § 7 og inkluderer blant annet kost, losji, medisiner mv. samt helse- og omsorgstjenester som kommunen organiserer etter helse- og omsorgstjenesteloven.

I egenandelsforskriften kapittel 2 gis det regler for fastsettelse av egenandel og betalings-satser for praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, herunder for brukerstyrt personlig assistanse som ikke er til personlig stell og egenomsorg. Når dagaktivitetstilbudet er gitt utenfor institusjon, kan kommunen ta betalt for den delen av tjenesten som er gitt som alternativ til praktisk bistand og opplæring etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav b, så lenge det ikke er snakk om hjelp til personlig stell og egenomsorg. Egenandelen beregnes annerledes enn når dagaktivitetstilbudet gis som dagopphold på institusjon hvor det er fastsatt en bestemt dagsats. Hvor stor egenandel kommunen kan kreve for dagaktivitetstilbud utenfor institusjon, vil derfor variere mer. Hvordan egenandelen beregnes, er bestemt i forskriftens § 9, som sier at kommunen aldri kan kreve mer enn selvkost. Egenandelen kan heller ikke settes høyere enn at tjenestemot-takeren beholder tilstrekkelig beløp til å dekke personlige behov og bære sitt eventuelle ansvar som forsørger.

Egenandelsforskriften setter viktige begrensninger for kommunens adgang til å kreve betaling. For det første gjelder forskriftens bestemmelser kun i de tilfeller der dagak-tivitetstilbudet gis som et tilbud etter helse- og omsorgstjenesteloven. For det andre sier forskriften at det ikke kan kreves egenandel når dagaktivitetstilbudet er gitt som avlastning for pårørende. Dette gjelder uavhengig av om tilbudet gis i eller utenfor in-stitusjon. Tilsvarende er helsehjelp som gis etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav a, gratis. Dersom dagaktivitetstilbudet inneholder helsehjelp som ellers ville vært gitt i hjemmet, kan kommunen ikke kreve egenandel for denne delen av dagaktivitetstilbudet. Når egenandelen skal beregnes, inneholder forskriften også regler som gjelder fratrekk i beregningsgrunnlaget. Det betyr at selv om kom-munen i utgangspunktet kan kreve egenandel for dagaktivitetstilbudet, må kommunen alltid vurdere om forskriftens regler om fratrekk i beregningsgrunnlaget er aktuelle, og om det skal gjøres fratrekk i egenandelens størrelse.

Dersom kommunen velger å tilby dagaktivitetstilbud utover sitt ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven, står kommunen i utgangspunktet fritt til å bestemme hvor mye personen skal betale, og kommunen kan selv vurdere størrelsen på egenandelen. Ut fra hensynet til likebehandling har Helsedirektoratet uttalt at kommunene bør fastsette lik egenandel for dagaktivitetstilbudene, uavhengig av om tilbudet er gitt etter helse- og omsorgstjenesteloven eller ikke.



Kilder og anbefalt litteratur

Her presenteres kilder som er brukt i boka, samt anbefalt litteratur/ressurser i ti ulike kategorier. Det er valgt en tematisk inndeling for at det skal bli enklere for leseren å finne fram til relevant fagstoff innenfor ulike temaer.

1. Aktiviteter og tiltak
2. Behov og kostnader
3. Dagaktivitetstilbud for personer med demens
4. Demens
5. Ernæring
6. Lover, forskrifter, veiledere og rundskriv
7. Personsentrert omsorg og miljøbehandling
8. Pårørende
9. Andre kilder
10. Aktuelle hjemmesider og nettsider

1) Aktiviteter og tiltak

Bøker og nettsider

Aldring og helse (2020). *Huskeboka - om hverdagen med demens*. Hentet 07.10.2020 fra <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/huskeboka-om-hverdagen-med-demens-digital-versjon>

Helse Stavanger (2019). Demensskole øker livskvaliteten. Hentet 27.04.2020 fra <https://helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/demensskole-okar-livskvaliteten>

Helsedirektoratet (2015). *Aktivitetshåndboken. Nasjonal veileder*. Hentet 07.10. 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet>

Helsenorge (2019). Øvelser for å forebygge fall. Hentet 07.10.2020 fra <https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/fallforebygging-trening-for-eldre>

Hotvedt, K. (2019). *Håndbok om etablering og drift av pårørendeskole*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. Hentet 07.10.2020 fra <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/haandbok-paarorendeskole>

Hotvedt, K. & Molvik, I. (2019). *Etablering og drift av pårørendeskole*. Hentet 07.10.2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/kompetanseressurser/etablering-og-drift-av-paarorendeskole/>

Myskja, A. (2005). *Metodebok. Systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens bymisjon.

Reinaas, R. A. (2004). *Impulser. Håndbok i kulturarbeid på eldreinstitusjoner*. Oslo: Kirkens bymisjon.

Skarpengland, T.C., Michelet, M. (2018) *Systematisk oppfølging av personer med demens som bor hjemme. Demensomsorgens ABC, perm 1, hefte 7*. Forlaget aldring og helse, Tønsberg.

Spector, A. (2018). Introduction. I L. A. Yates, J. Yates, M. Orrell, A. Spector & B. Woods (Red.), *Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. History, Evolution and Internationalism* (s. 3-10). UK: Routledge.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Kvaal, K., Ulstein, I., Woods, B. & Orrell, M. (2018). *Hukommelsesstimulerende terapi : mestring og muligheter. Et evidensbasert gruppeprogram for å gi hukommelsesstimulerende terapi (HST) til personer med demens*. Oslo:Universitetsforlaget.

Sudmann, T.T. (2015). *Fysisk aktivitet. Personer med demens i dagaktivitetstilbud*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Øvereng, A. & Bull, L. (2016). *Film som aktivitet. Sansing, minner og samvær. Manual for bruk av SESONGFILM*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Artikler

Bovend'Eerd, T. J., Botell, R. E. & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*, 23(4), 352-361. doi:10.1177/0269215508101741

Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: A practical framework of positive support. *PLoS medicine*, 14(3), e1002245. doi:10.1371/journal.pmed.1002245

Mandolesi, L., Polverino, A., Montuori, S., Foti, F., Ferraioli, G., Sorrentino, P. & Sorrentino, G. (2018). Effects of Physical Exercise on Cognitive Functioning and Wellbeing: Biological and Psychological Benefits. *Frontiers in psychology*, 9, 509. doi:10.3389/fpsyg.2018.00509

Spector, A., Orrell, M. & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1253-1258. doi:10.1002/gps.2464

Telenius, E. W., Engedal, K. & Bergland, A. (2015). Effect of a high-intensity exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: an assessor blinded randomized controlled trial. *PloS one*, 10(5), e0126102. doi:10.1371/journal.pone.0126102

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E. & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), Cd005562. doi:10.1002/14651858.CD005562.pub2

2) Behov og kostnader

Bøker og nettsider

GjØra, L. (2016). *Å favne bredt og treffe rett: En sammenfatning av satsingen under Demensplan 2015*. TØnsberg: Forlaget Aldring og helse. Hentet 07.10.2020 fra <https://butikk.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=8362>

GjØra, L., Eek, A., & Kirkevold, Ø. (2015). *Nasjonal kartlegging av tilbudet til personer med demens 2014. Demensplan 2015*. TØnsberg: Forlaget Aldring og helse. Hentet 07.10.2020 <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018*. Rapport. Hentet 07.10.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>

HØgset, L.D., Landmark, B., & Bergh, S. (2014). *Tjenestebehov hos eldre som mottar kommunale hjemmetjeneste: Forekomst og forløp av demens og nevropsykiatriske symptomer*. [Ottestad]: Alderspsykiatrisk Forskningsenhet.

Rokstad, A.M.M. (red.). (2020). *Behov hos personer med demens – Et kunnskapsgrunnlag for Demensplan 2020*. TØnsberg: Forlaget aldring og helse. https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/dp2020-rapport-behovhos-personer-med-demens_web200.pdf

Spilker, R.S. (2019) *Demens og innvandrere. Alderdom og demens i et ukjent landskap. Demensomsorgens ABC, perm 2, hefte 9*. Forlaget aldring og helse, TØnsberg.

Artikler

Broda, A., Bieber, A., Meyer, G., Hopper, L., Joyce, R., Irving, K., ... Stephan, A. (2017). Perspectives of policy and political decision makers on access to formal dementia care: expert interviews in eight European countries. *BMC Health services research*, 17(1):518. doi: 10.1186/s12913-017-2456-0.

de Bruin, S.R., Pedersen, I., Eriksen, S., Hassink, J., Vaandrager, L., & Patil, G. (2020). Care Farming for People with Dementia; What Can Healthcare Leaders Learn from This Innovative Care Concept? *Journal of healthcare leadership*, 12:11-18. doi:10.2147/JHL.S202988.

Kerpershoek, L., Wolfs, C., Verhey, F., Jelley, H., Woods, B., Bieber, A., ... Vugt, M. (2019). Optimizing access to and use of formal dementia care: Qualitative findings from the European Actifcare study. *Health & social care in the community* 27(5):e814-e823. doi: 10.1111/hsc.12804.

Stephan, A., Bieber, A., Hopper, L., Joyce, R., Irving, K., Zanetti, O., ... Meyer, G. (2018). Barriers and facilitators to the access to and use of formal dementia care: findings of a focus group study with people with dementia, informal carers and health and social care professionals in eight European countries. *BMC Geriatrics*, 18(1):131. doi: 10.1186/s12877-018-0816-1.

Vossius, C., Selbæk, G., Ydstebø, A.E., Benth, J.S., Godager, G., Lurås, H., & Bergh, S. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) langversjon*. Hentet 13.11.2020 fra https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf Rokstad,

A.M.M., Engedal, K., Kirkevold, Ø., Benth, J.S., & Selbæk, G. (2018). The impact of attending day care designed for home-dwelling people with dementia on nursing home admission: a 24-month controlled study. *BMC Health Services Research*, 18(1):864. doi: 10.1186/s12913-018-3686-5

Vossius, C., Selbæk, G., Benth, S.J., Wimo, A., Engedal, K., Kirkevold, Ø. & Rokstad, A.M.M. (2019). Cost analysis of day care centres in Norway. *Plos One*, 14(8):e0219568. doi: 10.1371/journal.pone.0219568.

3) Dagaktivitetstilbud for personer med demens

Bøker og nettsider

Strandli, E.H.A. (2016). *Inn på tunet – dagaktivitetstilbud tilrettelagt for personer med demens*. Nasjonal håndbok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/inn-paa-tunet>

Taranrød, L.B. (2011). *Mellom hjem og institusjon: Dagtilbud tilrettelagt for personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Artikler

Ellingsen-Dalskau, L., de Boer, B., & Pedersen, I. (2020). Comparing the care environment at farm-based and regular day care for people with dementia in Norway—An observational study. *Health & Social Care in the Community*, 00:1–9. doi:10.1111/hsc.13113

Finnanger Garshol, B., Ellingsen-Dalskau, L., & Pedersen, I. (2020). Physical activity in people with dementia attending farm-based dementia day care – a comparative actigraphy study. *BMC Geriatrics*, 20:219, 10. doi:10.1186/s12877-020-01618-4

Ibsen, T.L. & Eriksen, S. (2020). The experience of attending a farm-based day care service from the perspective of people with dementia: A qualitative study. *Dementia*. doi: 10.1177/1471301220940107.

Ibsen, T.L., Kirkevold, Ø., Patil, G., & Eriksen, S. (2020). People with dementia attending farm-based day care in Norway - Individual and farm characteristics associated with participants' quality of life. *Health & social care in the community*, 28(3):1038-1048. doi: 10.1111/hsc.12937.

Ibsen, T.L., Eriksen, S., & Patil, G. (2018). Farm-based day care in Norway - a complementary service for people with dementia. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 11:349-358. doi: 10.2147/JMDH.S167135.

Rokstad, A.M.M., McCabe, L., Robertson, J.M., Strandenæs, M.G., Tretteteig, S., & Vatne, S. (2019). Day Care for People with Dementia: A Qualitative Study Comparing Experiences from Norway and Scotland. *Dementia*, 18(4): 1393–1409. doi: 10.1177/1471301217712796

Rokstad, A.M.M., Engedal, K., Kirkevold, Ø., Benth, J.S., Barca, M.L., & Selbæk, G. (2017). The association between attending specialized day care centers and the quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 29(4): 627-636. doi:10.1017/S1041610216002015

Strandenæs, M.G., Lund, A., & Rokstad, A.M.M. (2018). Experiences of attending day care services designed for people with dementia – a qualitative study with individual interviews. *Aging & Mental Health*, 22(6): 764-772. doi:10.1080/13607863.2017.1304892

Strandenæs, M.G., Lund, A., & Rokstad, A. (2019). Facilitation of activities for people with dementia in day care: a qualitative study exploring the experiences of staff. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 12, 503–513. doi: 10.2147/JMDH.S198024

Strandli, E.H. Aa. (2016). Inn på tunet - et helsefremmende tilbud: En studie om ektefellers opplevelse med dagaktivitetstilbud for personer med demens. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2(3). doi:10.18261/issn.2387-5984-2016-03-06

Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A. (2017). Meaning in family caregiving for people with dementia: a narrative study about relationships, values, and motivation, and how day care influences these factors. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 10, 445–455. doi: 10.2147/JMDH.S151507

Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A.M.M. (2017). The influence of day care centres designed for people with dementia on family caregivers – a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 17(5). doi:10.1186/s12877-016-0403-2

Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A.M.M. (2016). The influence of day care centres for people with dementia on family caregivers: an integrative review of the literature. *Aging & Mental Health*, 20(5): 450-462. doi: 10.1080/13607863.2015.1023765

4) Demens

Bøker og nettsider

Engedal, K. (2016). *En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax.

Engedal, K., & Haugen, P.K. (2018). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse – akademisk.

GjØra, L., Kjelvik, G., Strand, B. H., KvellØ, M. & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Haugen, P.K. (2019). *Fortsatt i arbeid. Når en arbeidstaker utvikler demens*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet 07.10.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Demensplan 2015. "Den gode dagen". Delplan til Omsorgsplan 2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 07.10.2020 https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcb81f/demensplan_2015.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020: Et demensvennlig samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 07.10.2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Tretteteig, S. (Red.). (2016) *Demensboka – lærebok for helse og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Artikler

Bjørkløf, G.H., Helvik, AS., Ibsen, T.L., Telenius, E.W., Grov, E.K., & Eriksen, S. (2019). Balancing the struggle to live with dementia: a systematic meta-synthesis of coping. *BMC Geriatrics*, 19(1):295. doi:10.1186/s12877-019-1306-9.

5) Ernærning

Bøker og nettsider

Berg, G. (2012). *Måltider er mer enn mat. Personer med demens i dagaktivitetstilbud*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Fossli, K.R. (2015). *Ernæringspraksis er mer enn måltid. Personer med demens i dagaktivitetstilbud*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Helsedirektoratet. (2016). *Kosthåndboken: Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 07.10.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kosthold-og-ernaering>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærning*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 07.10.2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/underernaering>

6) Lover, forskrifter, veiledere og rundskriv

Lover

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-og-omsorgstjenesteloven>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell mv. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=hpl>

Helsetilsynsloven. (2017). *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (LOV-2017-12-15-107)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107?q=helsetilsynsloven>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pbrl>

Forarbeider til lover

Prop. 91 L (2010–2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/>

Prop. 66 L (2018–2019) *Endringer i helse- og omsorgstjenestelova (dagaktivitetstilbud til heimebuande personar med demens)* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-66-l-20182019/id2639363/>

Forskrifter

Egenandelforskriften. (2011). *Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester (FOR-2011-12-16-1349)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1349?q=Forskrift%20om%20egenandel%20for%20kommunale>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* FOR-2011-12-16-1256. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-168). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=pasientjournalforskriften>

Verdighetsgarantiforskriften. (2010) *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)* (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Veiledere

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. (Veileder IS-1924). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/produkter?letter=JKL&tema=nasjonal_veileder

Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven*. (Veileder IS-2442). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/saksbehandling-av-tjenester-etter-helse-og-omsorgstjenesteloven>

Helsedirektoratet. (2018). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Rundskriv

Helsedirektoratet. (2012). *Helsepersonelloven med kommentarer* (Rundskriv IS-8/2012). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>

Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer* (Rundskriv IS-8/2015). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>

Helsedirektoratet. (2015). *Helsepersonellens taushetsplikt – rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet* (Rundskriv IS-9/2015). Hentet fra <https://www.helse-direktoratet.no/tema/taushetsplikt-og-opplysningsplikt>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering* (Rundskriv IS-4/2017). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-42017-om-helse-og-omsorgstjenestelovgivningens-anvendelse-ved-lavterskeltilbud-sarlig-om-krav-til-dokumentasjon-og-diagnostisering/id2563593/>

7) Personsentrert omsorg og miljøbehandling

Bøker og nettsider

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Kitwood, T. & Brooker, D. (2019). *Dementia reconsidered, revisited; the person still comes first*. London: Open University Press.

Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.). (2020). *Personer med demens – møte og samhandling*. 2.utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Rokstad, Mork, A.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røen, I., & Storlien, M.S. (2015). *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*. Håndbok. Forlaget Aldring og helse. Hentet 07.10.2020 fra <https://butikk.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=10024>

Røsvik, J., Mjørud, M., Rokstad, Mork, A.M., Munch, M., & Røen, I. (2016). *Implementering av personsentrert omsorg. Fire metoder som utfyller hverandre: VIPS Praksismodell, Dementia Care Mapping, Marte Meo og Planverktøy i demensomsorgen*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. Hentet 07.10.2020 fra <https://butikk.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=8694>

8) Pårørende

Bøker og nettsteder

Aldring og helse. (2020). *Når kommunikasjonen svikter – inspirasjon og gode råd til pårørende til personer med demens*. Hentet 07.10.2020 fra <https://butikk.aldringoghelse.no/demens/naar-kommunikasjonen-svikter-digital-versjon>

Artikler

Taranrød, L.B., Eriksen, S., Pedersen, I., & Kirkevold, Ø. (2020). Characteristics, burden of care and quality of life of next of kin to people with dementia attending farm-based day care in Norway. A descriptive cross-sectional study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S268818>

Tretteteig, S., Thorsen, K., & Rokstad, A.M.M. (2019). Pårørendes erfaringer av kvalitet i helse- og omsorgstjenester til personer med demens og pårørende - En longitudinell narrativ studie. *Tidsskriftet aldring og helse*, 23(4), 56–64. Hentet 07.10.2020 fra <https://www.aldringoghelse.no/parorendes-erfaringer-av-kvalitet-i-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens-og-parorende/>

Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A. M. M. (2017). The influence of day care centres designed for people with dementia on family caregivers - a qualitative study. *BMC Geriatric*, 17(1), 5. doi:10.1186/s12877-016-0403-2

Tretteteig, S., Vatne, S., & Rokstad, A. M. M. (2017). Meaning in family caregiving for people with dementia: a narrative study about relationships, values, and motivation, and how day care influences these factors. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 10, 445-455. doi:10.2147/jmdh.s151507

9) Andre kilder

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Hentet 01.10.2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/konvensjonen/id724096/>

Jensen, L.H. (2015). *Frivillighet i omsorgssektoren*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Kirkens bymisjon. (2020, 29.09). *Verktøyhåndbok for frivillig arbeid*. Hentet 29.09.2020 fra <https://kirkensbymisjon.no/verktoyhandbok-frivillig-arbeid/>

Littbrand, H., Rosendahl, E. & Lindelöf, N. (2014). *The HIFE Program*. Hentet 22.06. 2020 fra <https://www.hifeprogram.se/media/1017/engelsk-version-2014-28-nov.pdf>

Norske arkitekters landsforbund (2020). *Håndbok i aldersvennlig stedsutvikling*. Hentet 05.10.2020 fra <https://www.arkitektur.no/handbok-i-aldersvennlig-stedsutvikling>

Helsedirektoratet. (2017). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Nasjonal veileder. Hentet 22.06. 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helsedirektoratet. (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Nasjonal veileder. Hentet 22.06. 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

10) Aktuelle hjemmesider og nettsadresser

Helsedirektoratet: www.helsedirektoratet.no

Helse Norge:
<https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/dagtilbud>

Matmerk: www.matmerk.no

Inn på tunet Norge SA: <https://www.innpatunet.no/>

Mattilsynet: www.mattilsynet.no

Nasjonalforeningen for folkehelsen:
www.nasjonalforeningen.no

Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse:
www.aldringoghelse.no

Senter for omsorgsforskning:
<http://www.omsorgsforskning.no/>

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester:
<https://www.utviklingssenter.no/102>

Presentasjon av bidragsytere

Fagredaktører:

Elin H. Aarø Strandli. Geriatrisk sykepleier, MSc, jobber som fagkonsulent i Aldring og helse

Jørgen Wagle. Spesialist i eldrepsykologi, ph.d., jobber som forsker i Aldring og helse

Kjersti Wilson. Master i rettsvitenskap og bachelor i statsvitenskap og menneskerettigheter, jobber som jurist i Aldring og helse

Redaksjonsgruppa har bestått av:

Guro Hanevold Bjørkløf. Psykologspesialist, ph.d., jobber som fagsjef demens i Aldring og helse

Anne Marie Mork Rokstad. Sykepleier, professor, jobber som seniorforsker i Aldring og helse

Elin H. Aarø Strandli

Liv B. Taranrød. Sykepleier, stipendiat, jobber som fagkonsulent og stipendiat i Aldring og helse

Jørgen Wagle

Kjersti Wilson

Følgende har bidratt med tekst:

Benedicte Huseby Bøhn. Ernæringsrådgiver og videreutdanning innenfor aldring og eldreomsorg, jobber som fagkonsulent i Aldring og helse

Oda Vestby Hansen. Jobber som jurist i Aldring og helse

Trude Hoff. Jobber bl.a. som ansvarlig psykolog ved GårdsPensjonatet for personer med demens ved Maurtuva Vekstgård

Torhild Holthe. Ergoterapeut, MSc, stipendiat, jobber som forsker i Aldring og helse

Kirsti Hotvedt. Sykepleier, MPH, jobber som prosjektkoordinator i Aldring og helse

Ida Wulff Jensen. Ergoterapeut, master i folkehelsevitenskap, jobber som fagkonsulent i Aldring og helse

Kariann Krohne. Sosialantropolog, ph.d., jobber som forsker i Aldring og helse

Anne Marie Mork Rokstad

Elin H. Aarø Strandli

Liv B. Taranrød

Elisabeth Wiken Telenius. Fysioterapeut, ph.d., jobber som forsker i Aldring og helse

Signe Tretteteig. Geriatrisk sykepleier, ph.d., jobber som prosjektleder og redaktør i Aldring og helse

Jørgen Wagle

Rita Weum. Ergoterapeut, videreutdanning i ergoterapi og allmennhelse, jobber som prosjektmedarbeider i Aldring og helse

Kjersti Wilson

I 2020 fikk kommunene en lovfestet plikt til å ha dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens. Denne håndboka gir oppdatert kunnskap om hvordan en kommune kan etablere og drive dagaktivitetstilbud for denne pasient- og brukergruppa. Håndboka vil være aktuell for ansatte i kommunen som skal jobbe med planlegging av dagaktivitetstilbud og etablering av nye dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens og personell som arbeider på slike tilbud.

Boka tar utgangspunkt i punkter som kan være viktige ved planlegging av dagaktivitetstilbud, og setter deretter fokus på etablering og drift. Til slutt i boka er det en innføring i juridiske aspekter som vurderes som sentrale i denne forbindelsen. Her gis det blant annet en introduksjon av aktuelle lover og sentrale rettigheter for pasienter, brukere og nærmeste pårørende.

Ved etablering av dagaktivitetstilbud oppfordres det til å tenke nytt og kreativt, og vi håper at denne håndboka kan bidra til det.

Håndboka er laget av Aldring og helse på oppdrag fra Helsedirektoratet.



Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste

På oppdrag fra



Helsedirektoratet