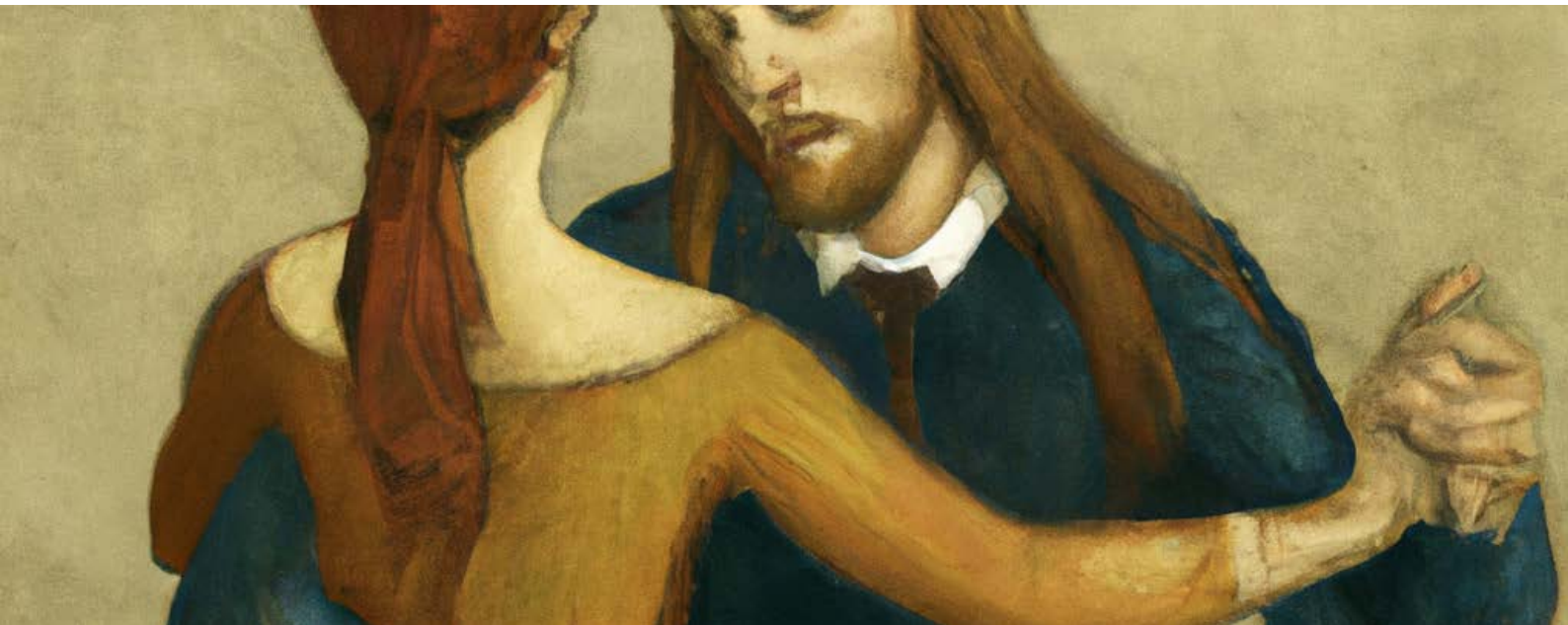




SINTEF



Rapport

Demensomsorg i Trøndelag

Kapasitet og kompetanse for oppfølging av yngre personer med demenssykdom

Forfattere:

Håkon Sivertsen, Ida Camilla Løe

Rapportnummer:

2022:00538 - Åpen

Oppdragsgiver:

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Trøndelag

Rapport

Demensomsorg i Trøndelag

Kapasitet og kompetanse for oppfølging av yngre personer med demenssykdom

EMNEORD

Demens,
kompetansekartlegging,
yngre personer med
demens

VERSJON

Versjon 1

DATO

2022-06-07

FORFATTERE

Håkon Sivertsen, Ida Camilla Løe

Forsidefoto: DALL-E, AI generator (man dancing with his wife, looking concerned and melancholic, romantic, painting by leonardo da vinci)

OPPDRAGSGIVER(E)

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i
Trøndelag

OPPDRAGSGIVERS REFERANSE

Bjørn Magne Lyngstad

PROSJEKTNUMMER

2022:00538

ANTALL SIDER INKL VEDLEGG

37

SAMMENDRAG

Vi har kartlagt hvordan yngre personer med demenssykdom ivaretas i kommunene i Trøndelag, hvilken kompetanse og kapasitet de møter og hvordan kommunene arbeider. Data er samlet inn via et spørreskjema hvor 34 av 38 kommuner er representert. Ca. 200 personer under 65 år mottar tjenester på grunn av en demensdiagnose. Kommunenes varierende størrelser bidrar til at enkelte har svært få tjenestemottakere, og får liten erfaring med pasientgruppen. Hukommelsesteam er sentrale i tilpasning og utøving av tjenester og oppfølging. Dette er i stor grad sykepleierkompetanse, og 95 prosent kvinner. Tjenestetilbud fra kommunene til pasientgruppen varierer, og et fåtall har tydelige planverk og handlingstiltak. Det finnes erfaringsnettverk for demensomsorg i Trøndelag, og de fleste kommuner er representert. Å opprette kontakt med pasienten er et viktig tiltak for å skape tillit og godt samarbeid i videre oppfølging av både pasient og pårørende.

UTARBEIDET AV


Håkon Sivertsen

SIGNATUR

**KONTROLLERT AV**

Arnild Myhr

SIGNATUR



Arnild Myhr (Sep 7, 2022 12:03 GMT+2)

GODKJENT AV

Øyvind Skogvold

SIGNATUR



Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Problemstilling	4
2	Metode	6
2.1	Spørreskjema og prosedyre	6
2.2	Målgruppe og utvalg	6
2.3	Svarprosent	6
3	Resultater	7
3.1	Om respondentene	7
3.2	Kjønn og alder	7
3.3	Antall tjenestemottakere.....	8
3.4	Planverk hvor demens omtales.....	9
3.5	Kommunens mål og kapasitet for tjenestetilbud	9
3.6	Ansvar for oppfølging.....	10
3.7	Systematisk oppfølging	12
3.8	Tiltak i tidlig fase	15
3.9	Hukommelsesteam	16
3.10	Samarbeid med spesialisthelsetjenestene.....	20
3.11	Hjelp etter diagnose.....	21
3.12	Demensvennlig samfunn.....	24
3.13	Organisering av erfaringsdeling	25
3.14	Kompetanse	27
4	Oppsummering	28
	Vedlegg 1 – Spørreskjema	30
Figurliste		
Figur 3-1:	Klare mål og tilstrekkelig kapasitet i tjenestetilbud til YPMD	10
Figur 3-2:	Systematisk oppfølging av YPMD og pårørende.....	13
Figur 3-3:	Hvordan kommunen mottar informasjon om ny demensdiagnose.....	13
Figur 3-4:	Oversikt over tilbud kommunene iverksetter for YPMD i en tidlig fase.....	15
Figur 3-5:	Samarbeid med andre aktører	19
Figur 3-7	Kompetanse er både erfaringer, kunnskap, utdanning og evne til å bruke dette i praksis. Hvordan vil du vurdere kommunens samlede kompetanse på ypmid?	27

Tabelliste

Tabell 2-1:	Svarprosent.....	6
Tabell 3-1:	Alder, knyttet til erfaring med arbeid med demenssykdom	7
Tabell 3-2:	Utdanning, knyttet til stilling/funksjon.....	7
Tabell 3-3:	Utdanning knyttet til etter/- videreutdanning	8
Tabell 3-4:	Antall kommuner i Trøndelag (av totalt 38) med planverk hvor tjenester og tilbud til personer med demenssykdom omtales.	9
Tabell 3-5:	Hva er din oppfatning av kommunens mål og kapasitet for tjenestetilbudet til YPMD?9	
Tabell 3-6:	Hva er din oppfatning av kommunens mål og kapasitet for tjenestetilbudet til YPMD. 10	
Tabell 3-7:	Antall personer som arbeider som demenskoordinator, stillingsprosent til denne oppgave, og antall personer i hukommelsesteam i kommunen	11
Tabell 3-8:	Ansvar for oppfølging	11
Tabell 3-9:	Ta stilling til følgende påstander om systematisk arbeid i kommunen: - Kommunen arbeider systematisk for å følge opp YPMD	12
Tabell 3-10:	Ta stilling til følgende påstander om systematisk arbeid i kommunen: - Kommunen arbeider systematisk for å følge opp pårørende til YPMD	12
Tabell 3-11:	Når får kommunen (hukommelsesteam/demenskoordinator) som regel denne informasjonen? 14	
Tabell 3-12:	Har kommunen systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens og tilbudet til personer med demens og deres pårørende?	14
Tabell 3-13:	Hvilke faggrupper er representert i hukommelsesteamet og demenskoordinatorstillingen?	17
Tabell 3-14:	Hvilke kjerneoppgaver/andre oppgaver ivaretar hukommelsesteamet/demenskoordinator?	18
Tabell 3-15:	Hva fungerer godt i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og din kommune, og hva kan gjøre det bedre?.....	20
Tabell 3-16:	Hva er viktig å prioritere for å hjelpe YPMD og pårørende rett etter diagnosen, sett fra kommunens ståsted?	21
Tabell 3-17:	Det er viktig å etablere kontakt med YPMD og deres pårørende rett etter de har fått en diagnose. Har dere erfaring med en framgangsmåte som andre kommuner kunne hatt nytte av?	22
Tabell 3-18:	Har kommunen gjort noen andre gode grep for å jobbe systematisk med YPMD?	23
Tabell 3-19:	Har det foregått aktivitet for å skape demensvennlige samfunn i din kommune	24
Tabell 3-20:	Deltar noen fra din kommune med i Erfaringsnettverk for demensomsorgen som koordineres av Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)	25
Tabell 3-21:	Hvordan tar din kommune vare på erfaringer og kunnskap om yngre personer med demens? 26	
Tabell 3-22:	Er det noe du vil tilføye som vi ikke har spurt om, så kan du kommentere det her. ...	27

Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

1 Innledning

Satsingen YPMAS Trøndelag (Yngre personer med Alzheimers sykdom) har over tid arbeidet mot et mål om å forbedre pasientforløpet for yngre personer med demenssykdom. Styringsgruppen for satsingen består av representanter fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste i Trøndelag (USHT) i Verdal og Åfjord, Trondhjems Hospital, Maurtuva Vekstgård, Folkehelseinstituttet (FHI), Trondheim kommune, Helse Nord-Trøndelag, Nasjonalforeningen for folkehelsen og SINTEF Digital.

Satsingens to resultatmål er: 1. Utvikling av et standardisert helhetlig pasientforløp for ypmas. 2. Utvikling og pilotering av et rehabiliteringsprogram for ypmas og deres pårørende, og på den måten gir en trygg og forutsigbar ivaretagelse av pasienten gjennom hele forløpet. Et strukturert, men individuelt tilpasset, pasientforløp vil være med på å legge grunnlag for en betydelig bedre oppfølging av pasienten og familien.

Store deler av pasientforløpet til YPMAS ligger under kommunehelsetjenestenes ansvarsområder i hele pasientforløpet. For å lykkes med dette er det å ha oversikt over hvilken kapasitet og kompetanse som finnes i førstelinjetjenesten et viktig fundament. Dette kunnskapsgrunnlaget inngår således i et lengre løp hvor målet er gode pasientforløp og god oppfølging av pasientgruppen.

Satsingen arbeider for at personer som får påvist en demensdiagnose i yngre alder (før 65 år) skal oppleve å bli ivare tatt med nødvendige helse- og velferdstjenester fra første dag. Utfordringene i tjenestetilbudet i dag knytter seg i stor grad til:

- Hver kommune har få pasienter – det oppleves som vanskelig å få til gode kvalitetstilbud skreddersydd for målgruppen, kanskje spesielt i små kommuner
- Ikke alle pasientene ønsker å bli koblet på demenskoordinator i egen kommune ved diagnosetidspunktet – kommunene får ikke kjennskap til pasientene i tidlig fase, men først når de begynner å få større hjelpebehov f.eks. fra hjemmesykepleie
- Sykehusene opplever at de gir diagnose til mennesker som det ikke finnes noe godt oppfølgingsprogram for – det er få tilbud i kommunene spesifikt for denne gruppen, noe som er en naturlig følge av de to foregående punktene
- Andre alvorlig, dødelige diagnoser utløser mulighet for/rett til omfattende rehabiliteringstilbud på spesialisthelsenivå (kreft, hjertesykdom, MS, Parkinson, for å nevne noen). Dette eksisterer pr. i dag ikke for personer innenfor gruppen YPMD (yngre personer med demenssykdom).

Arbeidet med denne rapporten har hatt dette som bakteppe. USHT Nord (avd. Verdal) har fått finansiert dette prosjektet fra Statsforvalteren i Trøndelag med 135 000 kroner. Prosjektet er ledet av Håkon Sivertsen i SINTEF Digital avd. Teknologiledelse. Han har stått for utvikling av spørreskjema og distribusjon av dette, utarbeidelse av tabeller, figurer og rapportskrivning. Jorunn Bjerkan, Nord universitet og Senter for omsorgsforskning har deltatt med spørreskjema utforming. Ida Camilla Løe, SINTEF Digital, har deltatt med distribusjon av skjema og rapportskrivning.

1.1 Problemstilling

Forskerne har arbeidet med utgangspunkt i følgende problemformulering og forskningsspørsmål:

I hvilken grad opplever sentrale aktører i Trøndelag at de har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gi YPMD* og pårørende adekvat oppfølging (tilpassede tjenester) gjennom hele pasientforløpet?

(*YPMD – yngre personer med demenssykdom)

Videre ble problemstillingen operasjonalisert i følgende forskningsspørsmål:

1. I hvilken grad opplever aktørene en systematisert organisering av tjenestetilbudet til YPMD og deres pårørende for å sikre samhandling og koordinering av tjenestene?
2. I hvilken grad har kommunene tilstrekkelig kapasitet for å tilby helsetjenester til YPMD i tråd med nasjonale retningslinjer og egne målsetninger?
3. I hvilken grad har kommunene tilstrekkelig kompetanse for å tilby helsetjenester til YPMD i tråd med nasjonale retningslinjer og egne målsetninger?

2 Metode

2.1 Spørreskjema og prosedyre

Det metodiske grepet for å besvare problemstillingen har vært et digitalt spørreskjema (Vedlegg 1). Dette ble sendt ut i perioden januar-mars 2022. I tillegg til forskningsspørsmålene benyttet vi etter samtykke med Aldring og helse deres kartleggingskjema som ble sendt kommunene i 2014 og 2018 som kilde til spørsmålsformuleringer. Enkelte spørsmål ble stilt i likelydende ordlyd med hensikt på å ha mulighet til å sammenligne svarene med tidligere undersøkelser.

2.2 Målgruppe og utvalg

Målgruppen for denne undersøkelsen var personer som i kraft av sin stilling arbeider med å følge opp yngre personer med demenssykdommer (YPMD). For å nå disse tok vi utgangspunkt i lister fra USHTs erfaringsnettverk for demensteam i Trøndelag. Dette inneholdt 80 epostadresser, og i tillegg gjorde vi en gjennomgang av kommunenes hjemmesider. Der inkluderte vi personer som stod oppført som medlemmer i demensteam/hukommelsesteam eller som demenskoordinator. Til slutt hadde vi 182 epostadresser som fikk tilsendt invitasjon til den nettbaserte undersøkelsen. Enkelte av kommunene har en hukommelsesteam@x.kommune.no- adresse, som sannsynligvis håndteres av en eller flere personer som allerede stod på vår distribusjonsliste.

Målet var at alle kommunene i Trøndelag skulle ha anledning til å besvare spørreundersøkelsen. Det ble lagt ned ekstra innsats på å få alle kommunene representert i datasettet, men det lyktes ikke tross gjentatte henvendelser.

Påminnelser ble sendt ut to ganger til respondenter som ikke hadde besvart skjemaet.

2.3 Svarprosent

Tabell 2-1: Svarprosent

Oversikt for gjennomføring (Alle lanseringer)	Antall	Prosent
Antall deltakere (totalt)	182	100 %
Ikke svart	107	59 %
Ønsker ikke å delta	12	7 %
Ufullstendige	20	11 %
Gjennomførte intervju	43	24 %

Av det totale utvalget på 182 epostadresser kan svarprosenten for undersøkelsen beregnes til å være ca. 25 prosent. 11 prosent ga ufullstendige svar, dvs. avsluttet et eller annet sted i undersøkelsen, men avgitte svar ble brukt videre. Alle kommuner fikk invitasjon til å delta, og av 38 kommuner i Trøndelag fikk vi ett eller flere svar fra 34 av dem, dvs. 90 prosent av kommunene. Svakheter i datasettet kan være at respondentene har for dårlig kunnskap om egen organisasjon.

3 Resultater

I dette kapitlet presenterer vi data fra undersøkelsen.

Data presenteres slik at enkeltindivider ikke kan identifiseres. Data presenteres i enkelte tilfeller kommunevis. Flere respondenter fra samme kommune var invitert inn i undersøkelsen, og i enkelte tilfeller fikk vi svar fra flere respondenter i samme kommune. Der disse har svart ulikt har vi manuelt gjort avveining av hvilket svar som skal vektlegges for denne kommunen. Dette er i tilfellene kommentert, og vil ikke utgjøre en vesentlig svakhet ved kartleggingen.

3.1 Om respondentene

Delkapitlet beskriver hvem som er representert i datamaterialet.

3.2 Kjønn og alder

95 prosent av de som har svart på undersøkelsen er kvinner.

Tabell 3-1: Alder, knyttet til erfaring med arbeid med demenssykdom

		Hvor lenge har du totalt arbeidet med personer med demenssykdom?				Total
		Under 2 år	2-5 år	6-15 år	Mer enn 15 år	
	18-30	0	1	2	0	3
	31-45	0	0	6	3	9
	46-60	0	3	7	18	28
Hvor gammel er du?	Over 60	1	1	1	7	10
Total		1	5	16	28	50

Tabell 3-1 viser alderen på de som har svart og hvor lenge de har arbeidet med personer med demenssykdom. Arbeidserfaring øker naturlig nok med alder. Lengst erfaring har de mellom 46-60 år hvor det er 18 personer som har jobbet mer enn 15 år med personer med demenssykdom. De fleste respondentene er i aldersgruppen 46-60 år.

Tabell 3-2: Utdanning, knyttet til stilling/funksjon

		Hva er din stilling/funksjon?				Total
		Demens-koordinator	Del av hukommelsesteam	Demens-koordinator og del av hukommelsesteam	Annen funksjon, beskriv her	
	Sykepleier	8	7	5	16	36
	Vernepleier	2	0	1	1	4
Hvilken utdanning har du?	Helsefagarbeider	1	2	0	1	4
	Annen utdanning	0	3	0	3	6
Total		11	12	6	21	50

Flertallet av de spurte er sykepleiere av utdanning. Av de som har andre stillinger har 11 svart at de er leder (virksomhetsleder, avdelingsleder o.l.), en er rådgiver i stab, en demenssykepleier, en avdelingssykepleier og en som jobber med dagtilbud for yngre og eldre demente.

Tabell 3-3: Utdanning knyttet til etter/- videreutdanning

	Har du etter/-videreutdanning innen følgende:			Total
	Geriatrici	Demens	Annen relevant utdanning	
Sykepleier	9	8	19	36
Vernepleier	0	2	2	4
Helsefagarbeider	2	0	2	4
Hvilken utdanning har du? Annen utdanning	1	1	4	6
Total	12	11	27	50

De fleste har en etter- eller videreutdanning innen geriatri, demens eller annen utdanning. Av annen utdanning så spesifiserer åtte lederutdanninger. Ellers nevner enkelte at de har videreutdanning innen kreftomsorg, rehabilitering, palliasjon, veiledningspedagogikk, økonomi og andre kurs.

3.3 Antall tjenestemottakere

Vi stilte spørsmålet; *Omtrent hvor mange YPMO mottar ulike tjenester fra kommunen i 2021?*

Respondentene kunne skrive inn et tekstsvaer.

Vi gjengir ikke svarene kommunevis da dette kan identifisere enkeltpersoner indirekte, men presenterer svarene på følgende måte;

Antall tjenestemottakere i kommunen	Antall kommuner
0	3 kommuner
1-2	9 kommuner
3-5	4 kommuner
5-10	8 kommuner
15	1 kommune
100	1 kommune
Sum: 218 personer med ytelsler i Trøndelag	

Flere personer fra samme kommune kunne svare, og svaret var en fritekstboks, dvs. de kunne svare slik de ønsket. SINTEF har sett på hver enkelt kommune hvor flere har svart og gjort en vurdering av hvilket tall man kan forholde seg til. Flere skriver "vet ikke" og "usikker" i tekstboksen.

Trondheim kommune har flest innbyggere og flere respondenter har svart for kommunen – basert på dette har vi satt dette tallet til 100.

Basert på de tallene vi har fått fra dette spørsmålet kan vi si at det er omtrent 200 yngre personer med demenssykdom som mottar tjenester i Trøndelag.

Til sammenligning viser Demenskartet.no en statistisk beregning på at Trøndelag fylke har 183 personer opp til 65 år med demenssykdom i 2025.

Vi stilte også spørsmålet: *"Omtrent hvor mange barn under 18 år har en forelder med demenssykdom i din kommune?"*

12 kommuner svarer vet ikke på dette spørsmålet

14 kommuner svarer 0

3 kommuner svarer 1

2 kommuner svarer 2

2 kommuner svarer 4

1 kommune svarer 30

Summert gir dette **45** barn under 18 år med en forelder med demenssykdom.

3.4 Planverk hvor demens omtales

Vi spurte respondentene om kommunens planverk, og hvilke planer som omtaler tilbud og tjenester til personer med demenssykdom generelt og til yngre personer med demenssykdom.

"I hvilke kommunale planer omtales tilbud og tjenester til personer med demenssykdom generelt?

I hvilke kommunale planer omtales tilbud og tjenester til yngre personer med demenssykdom?"

Her var det mulig å sette flere kryss.

Tabell 3-4: Antall kommuner i Trøndelag (av totalt 38) med planverk hvor tjenester og tilbud til personer med demenssykdom omtales.

	Demens generelt	Yngre personer med demens
Planer for helse og omsorgstjenesten	22	16
Vet ikke/usikker	9	13
Egen demensplan	12	9
Økonomi og handlingsplaner	12	5
Kommuneplanens samfunnsdel	10	4
Andre planer	2	2

Både for personer med demenssykdom generelt og for yngre personer med demens, er tilbud og tjenester rettet mot målgruppen oftest omtalt i Planer for helse og omsorgstjenesten. Nærmere 60 prosent (22 stk.) av kommunene oppgir at tilbud og tjenester for personer med demenssykdom generelt er omtalt her. Det er bare 12 kommuner som angir å ha egen demensplan for demenssykdom generelt, og 9 kommuner som har egen demensplan for yngre personer med demenssykdom.

3.5 Kommunens mål og kapasitet for tjenestetilbud

Vi stilte et spørsmål for å avdekke oppfatning av kommunens målsetting og kapasitet for tjenestetilbudet til YPMD. Dette ble stilt som to påstander:

- Vi har klare mål for tjenestetilbud til YPMD
- Vi har tilstrekkelig kapasitet i tjenestetilbud til YPMD

Tabell 3-5: Hva er din oppfatning av kommunens mål og kapasitet for tjenestetilbudet til YPMD?

- Vi har klare mål for tjenestetilbud til YPMD				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
I svært liten grad	7	12,5	16,7	16,7
I liten grad	14	25,0	33,3	50,0
Hverken eller	4	7,1	9,5	59,5
I stor grad	8	14,3	19,0	78,6
I svært stor grad	1	1,8	2,4	81,0
Vet ikke	8	14,3	19,0	100,0
Valid Total	42	75,0	100,0	
Missing System	14	25,0		
Total	56	100,0		

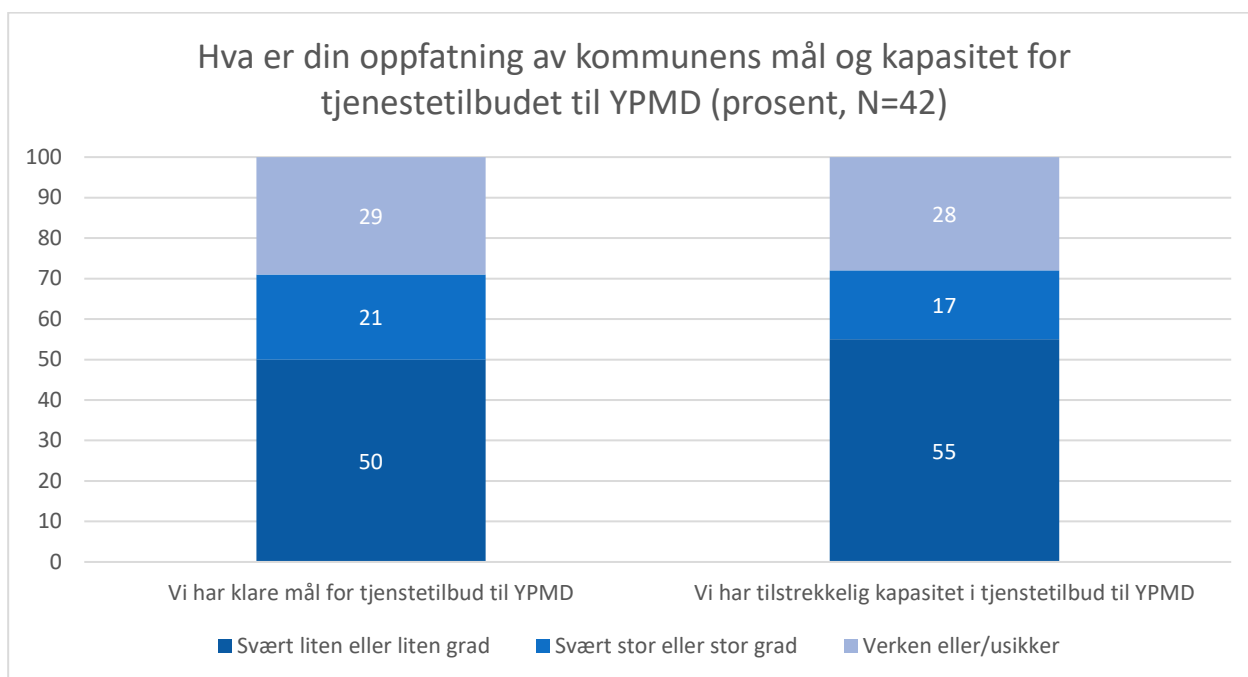
Respondentene ble spurt om de mener sin kommune har *klare mål* for tjenestetilbud til YPMD. Tabell 3-5 viser at det kun er rundt 20 prosent (kolonnen "valid percent") som mener sin kommune i stor eller svært stor grad har klare mål for tjenestetilbud til YPMD. Omtrent like mange er usikker, og svarer vet ikke. Halvparten mener kommunen i svært liten eller liten grad har klare mål for et slikt tjenestetilbud.

Tabell 3-6: Hva er din oppfatning av kommunens mål og kapasitet for tjenestetilbudet til YPMD.

- Vi har tilstrekkelig kapasitet i tjenestetilbud til YPMD				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
I svært liten grad	7	12,5	16,7	16,7
I liten grad	16	28,6	38,1	54,8
Hverken eller	8	14,3	19,0	73,8
I stor grad	7	12,5	16,7	90,5
I svært stor grad	-			
Vet ikke	4	7,1	9,5	100,0
Valid Total	42	75,0	100,0	
Missing System	14	25,0		
Total	56	100,0		

Respondentene ble spurt om de mener sin kommune har tilstrekkelig kapasitet i tjenestetilbud rettet mot YPMD. Tabell 3-6 viser at det kun er 17 prosent som mener sin kommune i stor grad har tilstrekkelig kapasitet i slike tjenestetilbud. Over halvparten mener kommunen i svært liten eller liten grad har tilstrekkelig kapasitet.

Svarene fra spørsmål om mål og kapasitet er også illustrert i Figur 3-1:



Figur 3-1: Klare mål og tilstrekkelig kapasitet i tjenestetilbud til YPMD

3.6 Ansvar for oppfølging

Vi har forsøkt å få et bilde på hvor mange personer som har som spesialområde å arbeide med yngre personer med demenssykdom i de ulike kommunene. Vi stilte derfor spørsmålet "Kan du angi hvor mange som har som sitt spesialområde å arbeide med denne pasientgruppen i din kommune?" og ble bedt om å angi hvor mange personer i antall årsverk man har i kommunen og hvor stor stillingsprosent dette utgjør totalt. Tabell 3-7 viser svarfordelingen per kommune. Svarene i kolonnen om stillingsprosent for hukommelsesteam var veldig usikre og sprikende, slik at disse ikke ble utelatt.

Tabell 3-7: Antall personer som arbeider som demenskoordinator, stillingsprosent til denne oppgave, og antall personer i hukommelsesteam i kommunen

	Demenskoordinator - Antall personer	Demenskoordinator - Samlet stillingsprosent	Hukommelsesteam- antall personer
Frosta	1	<20	1
Frøya	1	20-50	2
Grong	1	20-50	4
Heim	1	20-50	1
Hitra	1	80-100	2
Holtålen	1	20-50	2
Høylandet	1	20-50	-
Inderøy	1	20-50	-
Indre Fosen	1	20-50	2
Levanger	1	80-100	4
Malvik	2	20-50	2
Meråker	1	80-100	5
Namsos	0*	-	2
Oppdal	-	-	0
Orkland	1	80-100	2
Osen	3	80-100	3
Overhalla	1	80-100	3
Rennebu	1	<20	4
Rindal	1	80-100	4
Rørros – Plassje	0	<20	3
Selbu	-	-	2
Steinkjer	2	150-200	-
Stjørdal	-	-	2
Trondheim	9	400	10
Verdal	-	20-50	3
Ørland	2	80-100	2
Åfjord	1	20-50	4

*Namsos ansatte koordinator i mai 2022

– betyr at spørsmålet ikke er besvart

Videre stilte vi spørsmålet:

"Hvem i din kommune har ansvaret for å følge opp YPMD rett etter fastslått diagnose?"

Her var flere svar mulig, slik at det fremkommer ikke hvem som har hovedansvar.

Tabell 3-8: Ansvar for oppfølging

	Antall kommuner
Fastlege	25
Hukommelsesteam	18
Demenskoordinator	15
Hjemmetjenesten generelt	11
Annet	8

Tabellen viser at i 25 kommuner har fastlegen ansvar med å følge opp YPMD like etter diagnosetidspunkt. Videre følger hukommelsesteam (18 kommuner) og demenskoordinator (15 kommuner). De som har svart *annet* har svart følgende:

- Dagsenter/ kobler også inn erfaringsmedarbeider, men liten prosentandel, populært tilbud!
- Hjemmetjenesten i samarbeide med Bo- og oppfølgingstjenesten
- Demensteamet gjør kartlegging/utredning i hovedsak eller henvendelser fra fastlegene. Ved behov for tjenester er det Koordinerende enhet som mottar henvendelser og fatter vedtak.

- Hvis YPMD ønsker kan de få en koordinator ved Helse- og velferdskontoret som sikrer oppfølging etter diagnose. Andre tjenester og ressurser kobles på ved behov. (eksempelvis demenskontakt, Ressurssenter for demens, velferdsteknologi, hjemmetjeneste, aktivitetstilbud for hjemmeboende etc.)
- Ergo, Fysio, Helse- og velferdskontor
- Forvaltning
- Spesialisthelsetjenesten

3.7 Systematisk oppfølging

Vi har undersøkt i hvilken grad kommunene mener de arbeider systematisk med å følge opp YPMD og pårørende til YPMD.

Tabell 3-9: Ta stilling til følgende påstander om systematisk arbeid i kommunen: - Kommunen arbeider systematisk for å følge opp YPMD

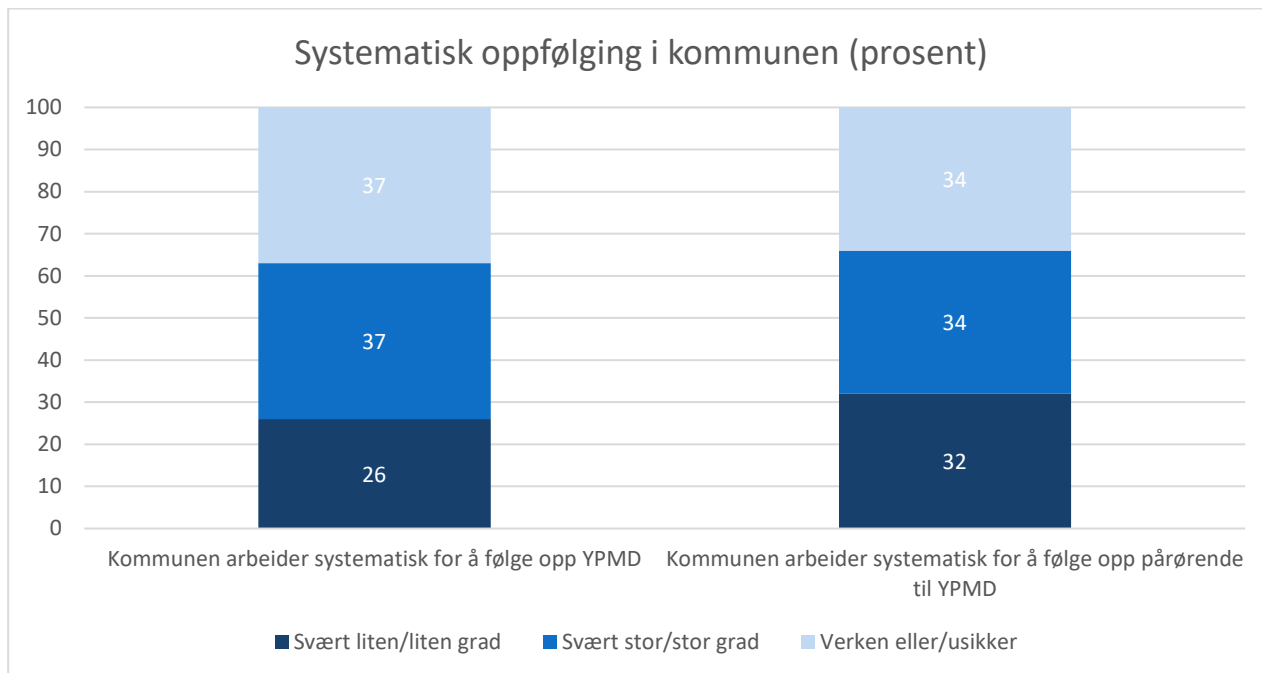
- Kommunen arbeider systematisk for å følge opp YPMD					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	I svært liten grad	5	8,9	13,2	13,2
	I liten grad	5	8,9	13,2	26,3
	Hverken eller	13	23,2	34,2	60,5
	I stor grad	12	21,4	31,6	92,1
	I svært stor grad	2	3,6	5,3	97,4
	Vet ikke	1	1,8	2,6	100,0
Valid	Total	38	67,9	100,0	
Missing	System	18	32,1		
	Total	56	100,0		

På påstand om at kommunen arbeider systematisk for å følge opp YPMD, svarte 37 prosent at det gjøres i stor eller svært stor grad. 26 prosent oppgir at det i liten eller svært liten grad arbeides systematisk i kommunen med oppfølging til YPMD.

Tabell 3-10: Ta stilling til følgende påstander om systematisk arbeid i kommunen: - Kommunen arbeider systematisk for å følge opp pårørende til YPMD

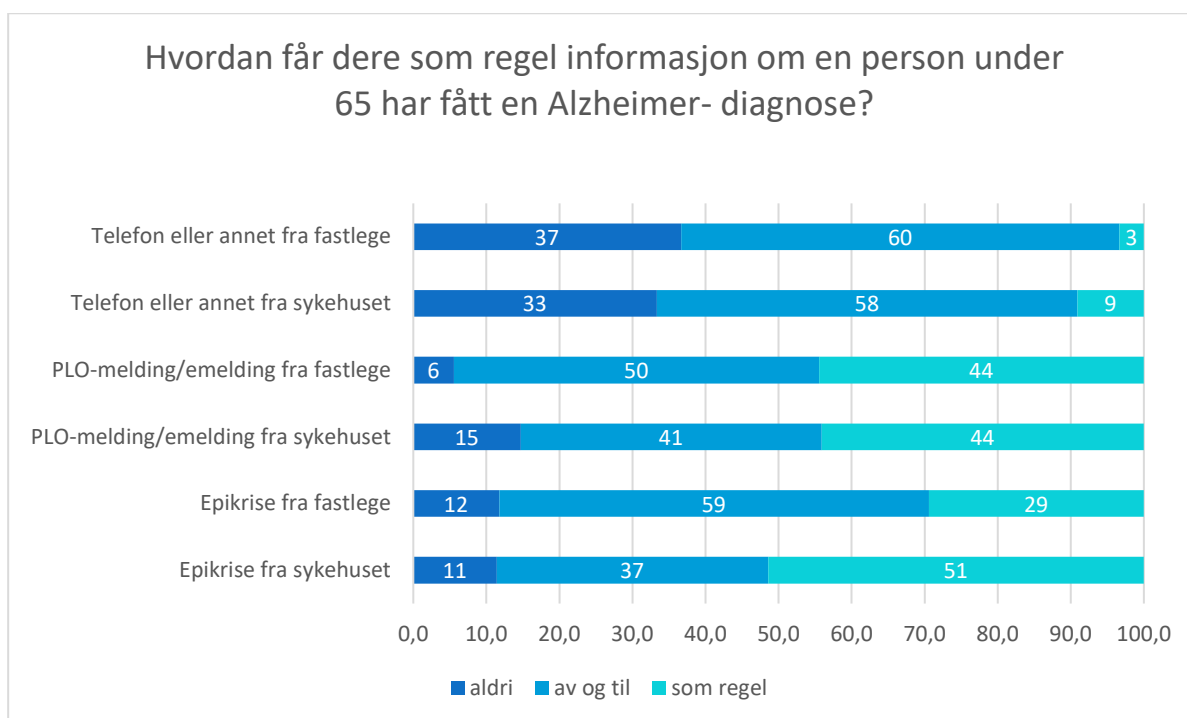
- Kommunen arbeider systematisk for å følge opp pårørende til YPMD					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	I svært liten grad	6	10,7	15,8	15,8
	I liten grad	6	10,7	15,8	31,6
	Hverken eller	12	21,4	31,6	63,2
	I stor grad	12	21,4	31,6	94,7
	I svært stor grad	1	1,8	2,6	97,4
	Vet ikke	1	1,8	2,6	100,0
Valid	Total	38	67,9	100,0	
Missing	System	18	32,1		
	Total	56	100,0		

34 prosent mener kommunen i stor eller svært stor grad arbeider systematisk med å følge opp pårørende til YPMD. Like mange var usikker (verken eller/vet ikke). Svarene som henger på disse to spørsmålene er i praksis like.



Figur 3-2: Systematisk oppfølging av YPMD og pårørende

Figuren over viser at en tredel av kommunene er tydelige på at de arbeider systematisk for å følge opp YPMD og deres pårørende.



Figur 3-3: Hvordan kommunen mottar informasjon om ny demensdiagnose.

Figur 3-3 viser at informasjonen til kommunene om YPMD oftest blir mottatt elektronisk gjennom epikrise fra sykehuset. Deretter følger PLO-melding/e-melding fra fastlege, sykehus og epikrise fra fastlege. Noen færre blir informert via telefonsamtale med sykehus eller fastlege. Det er ingen tydelig sammenheng med hvilken sykehusregion kommunen hører til.

Tabell 3-11: Når får kommunen (hukommelsesteam/demenskoordinator) som regel denne informasjonen?

Når får kommunen (hukommelsesteam/demenskoordinator) som regel denne informasjonen?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Rett etter diagnosetidspunkt	19	33,9	50,0	50,0
Noen måneder etter diagnosetidspunkt	5	8,9	13,2	63,2
Flere måneder etter diagnosetidspunkt	4	7,1	10,5	73,7
Annet	10	17,9	26,3	100,0
Valid Total	38	67,9	100,0	
Missing System	18	32,1		
Total	56	100,0		

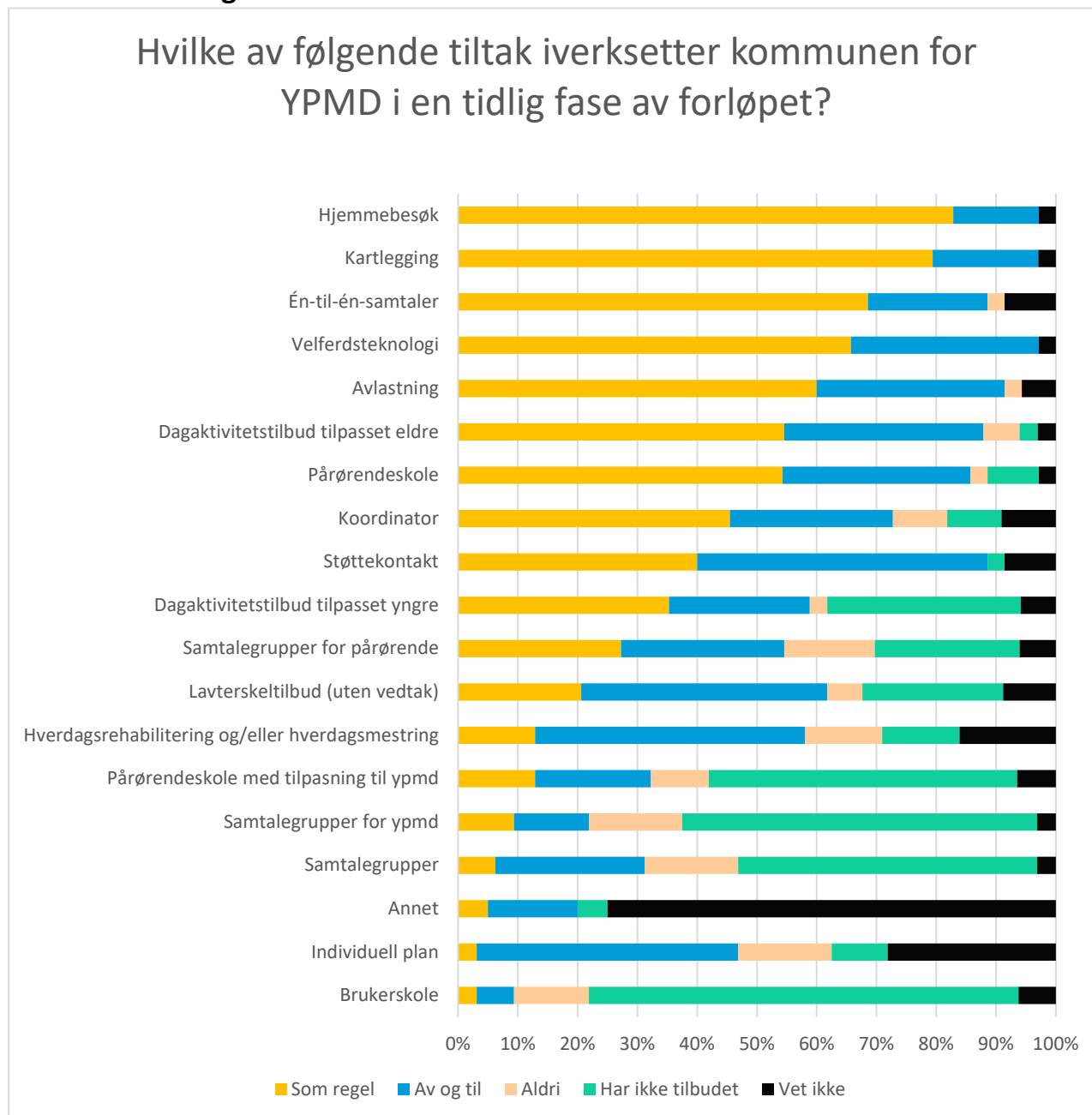
Tabell 3-11 viser at hukommelsesteam/demenskoordinator i halvparten av kommunene får informasjonen om YPMD *rett etter* diagnosetidspunktet. Spørreskjemaet har ikke presisert hva "rett etter diagnosetidspunkt" betyr. 24 prosent oppgir at det kan gå fra noen måneder til flere måneder etter diagnosetidspunkt før de får informasjon.

Tabell 3-12: Har kommunen systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens og tilbudet til personer med demens og deres pårørende?

	Ja, på kommunens nettsider	Ja, brosjyre eller skriftlig materiale
Frosta		•
Frøya	•	
Grong	•	•
Heim	•	
Hitra	•	•
Holtålen	•	
Høylandet	•	
Inderøy	•	•
Indre Fosen	•	•
Levanger	•	•
Malvik	•	
Meråker		
Namsos	•	•
Oppdal	•	•
Orkland	•	
Osen		•
Overhalla		
Rennebu		
Rindal	•	•
Røros – Plassje	•	•
Selbu	•	•
Steinkjer	•	•
Stjørdal	•	
Trondheim	•	•
Verdal	•	•
Ørland	•	•
Åfjord	•	•

Tabell 3-12 viser at av 27 kommuner er det 24 som oppgir at informasjon- og opplysninger om demens og tilbud knyttet til personer med demens og deres pårørende er tilgjengelig via kommunens nettsider og/eller brosjyre/annet skriftlig materiale. 15 kommuner oppgir at de har informasjon og opplysninger tilgjengelig både på nettsider og skriftlig. 7 kommuner har dette tilgjengelig kun digitalt via sine nettsider.

3.8 Tiltak i tidlig fase



Figur 3-4: Oversikt over tilbud kommunene iverksetter for YPMD i en tidlig fase

Hjemmebesøk, kartlegging, én-til-en samtaler, velferdsteknologi, avlastning og pårørendeskole er tiltak som kommunene som regel iverksetter for YPMD i tidlig fase av forløpet.

Brukerskole, pårørendeskole og samtalegrupper for YPMD er de tiltakene flest kommuner *ikke* har tilbud om, men Trondheim kommune har brukerskole, og den når relativt mange brukere da det er en stor kommune.

3.9 Hukommelsesteam

Alle kommunene som har svart på undersøkelsen har hukommelsesteam, selv om det kan ha ulike navn. Vi har kartlagt hvilke faggrupper som er representert i teamene.

I Trondheim har man ikke hukommelsesteam, men demenskontakter. Dette er ergoterapeuter med kompetanse og interesse for demens. De samarbeider med fastleger om utredning, og følger opp personer med demens. Trondheim har også et Ressursenter for demens. Det er et lavterskeltilbud til personer med demens og pårørende som driver pårørendeopplæring, brukerskole, samtalegrupper m.m. Ressursteamet fungerer også som et kommunalt kompetansesenter som holder kurs og underviser helsepersonell og andre. I Trondheim blir det opprettet en koordinator til personer som har fått en demensdiagnose. Denne koordinatoren er en saksbehandler ved helse- og velferdskontoret. Koordinatoren følger opp personen med demens og pårørende med faste møtepunkt (hvert halvår, oftere hvis personen med demens bor alene). Tilbud om koordinator gjelder alle personer med demensdiagnose, også yngre. Dette er en del av forløpet Tidlig innsats, der hensikten er å opprette kontakt like etter at diagnosen er stilt.

Samhandling i hukommelsesteam

I våre data ser vi at 24 av 34 kommuner oppgir at de har avsatt tid til samhandling. Vi spurte hvor mange timer som faktisk brukes til samhandling pr. måned. Her kunne respondentene skrive fritt inn, og svarene varierer mye. Svarene varierer fra 0 til 52,5 timer per måned, men de fleste kommuner oppgir mellom 10 og 30 timer samhandling per måned.

Tabell 3-13: Hvilke faggrupper er representert i hukommelsesteamet og demenskoordinatorstillingen?

	Sykepleier	Ergoterapeut	Lege	Fysioterapeut	Vernepleier	Helsefagarbeider (hjelpepleier /omsorgsarbeider)	Andre faggrupper
Frosta	•						
Frøya	•		•			•	
Grong	•		•		•	•	
Heim	•	•	•				•
Hitra	•				•		
Holtålen	•					•	
Høylandet	•			•			
Inderøy	•	•				•	
Indre Fosen	•	•	•				
Levanger	•				•	•	
Malvik		•				•	
Meråker	•		•		•	•	
Namsos	•				•		
Oppdal	•						•
Orkland	•	•				•	
Osen	•						•
Overhalla	•						
Rennebu	•	•	•		•		
Rindal	•	•	•		•	•	
Røros – Plassje	•					•	
Selbu	•					•	
Steinkjer	•	•					
Stjørdal	•						
Trondheim	•	•	•	•	•		
Verdal	•	•				•	
Ørland	•						
Åfjord	•	•				•	

Vi har kartlagt hvilke faggrupper som er representert i hukommelsesteam og demenskoordinatorstillingen i kommunen i tabell 3-13. I alle 27 kommuner som har besvart dette spørsmålet er sykepleiere representert som faggruppe ved hukommelsesteamet og/eller demenskoordinatorstilling. Videre har 13 kommuner med hjelpepleiere. Ergoterapeuter er representert som faggruppe i 11, vernepleier og lege i åtte kommuner og fysioterapeuter i to kommuner. Ingen av kommunene oppgir å ha alle faggruppene representert, og bare to kommuner har fem av seks faggrupper representert.

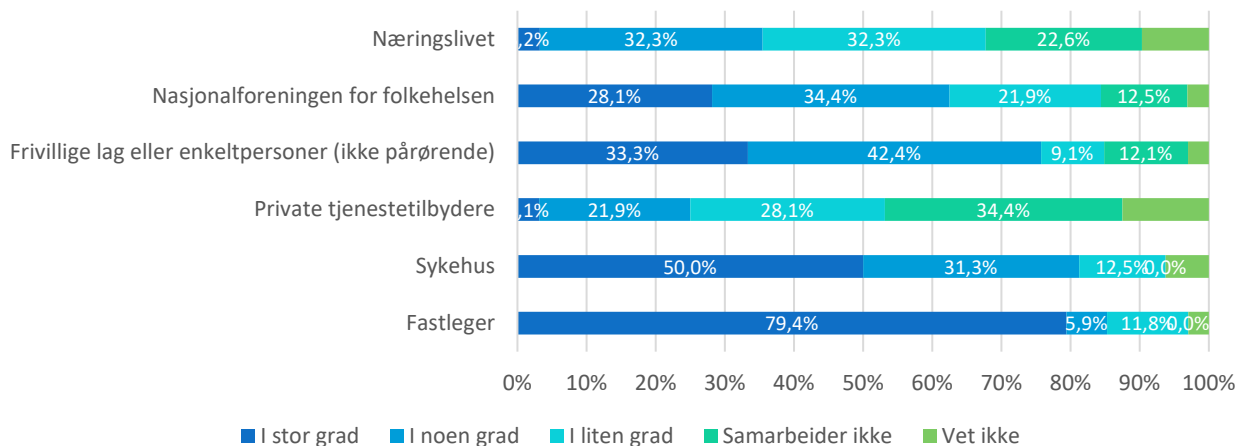
Tabell 3-14: Hvilke kjerneoppgaver/andre oppgaver ivaretar hukommelsesteamet/demenskoordinator?

	Kjerneoppgaver						Andre oppgaver				
	Deltar i utredning av diagnose	Kartlegging av funksjonsnivå og hjelpebehov	Kartlegger behov for tekniske hjelpemidler	Kartlegger pårørendes belastning	Sørger for at hensiktsmessig hjelp blir satt i verk	Gir halvårlig oppfølging etter første kontakt	Opplæring av kommunens helse- og sosialpersonell	Veiledning av helse- og sosialpersonell	Veiledning til personer med demens	Veiledning av pårørende	Annet
Frosta	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Frøya	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Grong	•	•	•	•	•	•		•	•	•	
Heim	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Hitra	•	•	•	•	•	•		•	•	•	
Holtålen	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Høylandet	•	•	•		•						
Inderøy	•	•		•				•	•	•	
Indre Fosen	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Levanger	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Malvik	•	•	•	•	•	•		•	•	•	
Meråker	•	•	•	•	•		•	•			•
Namsos	•	•	•	•	•	•		•	•	•	
Oppdal	•	•	•	•	•	•			•	•	
Orkland		•	•	•	•		•	•	•	•	
Osen	•	•	•	•	•			•	•	•	
Overhalla	•	•	•	•	•	•			•	•	
Rennebu		•									•
Rindal	•	•	•	•	•		•	•	•	•	
Røros – Plassje		•	•	•	•	•				•	•
Selbu	•	•	•	•				•	•	•	
Steinkjer	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Stjørdal	•	•	•	•	•				•	•	
Trondheim	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Verdal	•	•	•	•	•		•	•	•	•	
Ørland	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Åfjord	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Tabell 3-14 viser hvilke kjerneoppgaver og andre oppgaver som ivaretas av hukommelsesteam/demenskoordinator i de respektive kommunene. 15 kommuner har krysset av for at alle kjerneoppgaver blir ivaretatt av hukommelsesteam/demenskoordinator. I tillegg til kjerneoppgavene er det oppgaver som "veiledning av personer med demens" og "veiledning av pårørende" (hhv. for 24 og 25 kommuner) også oppgaver som ivaretas av hukommelsesteam/demenskoordinator.

Av andre tiltak nevnes tildeling av tjenester, i eller utenfor kommunen, og skriving av vedtak, utendørs dagtilbud «Når øyeblikket er viktig» samt dagtilbud for hjemmeboende personer med demens.

I hvilken grad samarbeider kommunen med følgende aktører for å gi et tilbud til yngre personer med demenssykdom?



Figur 3-5: Samarbeid med andre aktører

Figuren viser at 80 prosent av kommunene i stor grad samarbeider med fastlegene om å gi et tilbud til YPMD. En stor andel samarbeider også med sykehus og frivillige lag eller enkeltpersoner. Det er bare tre prosent av kommunene som oppgir stor grad av samarbeid med næringslivet. 62 prosent av kommunene samarbeider i stor eller noen grad med Nasjonalforeningen for folkehelsen.



3.10 Samarbeid med spesialisthelsetjenestene

Vi ønsket å vite hvilke gode erfaringer kommunene har med samarbeid med spesialisthelsetjenestene, og hva som kan gjøres bedre. Svarene gjengis i sin helhet i Tabell 3-15. Mange rapporterer om gode samarbeid, gode dialoger og faglig støtte fra sykehuset. Noen skriver også om utfordringer med liten oppfølging og at kommunen ikke har de tjenestene som de burde ha.

Tabell 3-15: Hva fungerer godt i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og din kommune, og hva kan gjøre det bedre?

Hva fungerer godt i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og din kommune, og hva kan gjøre det bedre?
Bedre informasjonsflyt. Yngre blir som regel utredet hos spesialisthelsetjenesten. Ønsker informasjon på et tidligere tidspunkt ang. nye ypmid i kommunen. Kommunen får ikke beskjed og kommer dermed sent inn i sykdomsforløpet. Ønsker faste møter med HUK-teamene i fylket og spesialisthelsetjenesten. Ønsker mulighet til hospitering hos spesialisthelsetjenesten
Det er lett å kontakte spesialisthelsetjenesten, men det er alt for lite besøk ut i kommunen. Medisiner og miljøtiltak tas over telefon. De avslutter oppfølging altfor fort. Veileder kommunen alt for lite i spesielle og individuelle saker.
Det er lett å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten. De gir god hjelp og veiledning ved behov.
Det sendes PLO meldinger mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Per i dag har jeg ikke kjennskap til at vi har yngre med demens. Vi er en liten kommune. Men når vi har utfordringer med demente, hadde det vært godt å kunne ha noen å få veiledning fra. Dette vet jeg vi tidligere har ønsket. Det er ofte vanskelig å få hjelp.
felles møter-fagdager for refleksjon etc. Også årlig møte med ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten
Gode epikriser fra sykehus og fastlege.
Gode utfyllende epikriser som er til god hjelp.
Har et godt samarbeid med SH Levanger, sett fra vår side. Både Geriatrisk og Alderspsyk. Har ikke fått på plass tilsvarende samarbeid med St Olavs.
Har godt samarbeid med fastlegen og sykehuset når diagnosen er satt. Etter det kan det være behov for samarbeid med sykehuset, dersom dette er nødvendig
Har vært sammen med annen kommune, men lenge siden
Henvisninger, samhandling med digitale verktøy, veiledning. Forbedringspotensialet mer tilgjengelig fra spes.helsetjenestens side, fagdager, caser mm.
Ikke så mye samarbeid
Kommunen v/HVK får raskt epikrise/info på E-Link.
Kompetansestøtte. Kan bli bedre i utarbeidelse av rutiner for oppfølging etter diagnose
Lav terskel for å ta kontakt. Har tidligere hatt faste møtepunkter med spesialisthelsetjenesten og hukommelsesteam i nabokommuner, dette har falt litt bort pga. korona.
Lite samarbeide mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.
Samarbeidet fungerer godt på enkelte områder, som gode epikriser og har god dialog med de i ettertid. Opplever at tiltak som spesialisttjenesten mener bør iverksettes ikke alltid er så enkel å gjennomføre i små kommuner.
Som regel god samhandling med spesialisthelsetjenesten. Min enhet har hatt få/ingen tilfeller med YMPD der vi har vært i dialog/kontakt med spesialisthelsetjenesten når det gjelder felles pasienter, så vanskelig å gi svar på spørsmålet. Men samarbeidet har fungert fint ved samhandling når det gjelder eldre personer med demens.
Spesialisthelsetjenesten bistår og veileder.
Tverrfaglige møter på Teams ved utredning. Kurs/seminar fungerer godt
Utfordringen kan ofte være mangel på samtykke fra personen med demens, som ikke vil at lege/spesialisthelsetjeneste skal ta kontakt med hukommelsesteam.
Vi får god informasjon, og tilgjengelighet for veiledning er godt ivaretatt. God oppfølging fra Alders psykiatrisk pol ved St. Olav. Har opplevd å bli lovet mye bistand og oppfølging ved utskrivelse av pasient, men at dette ikke er blitt fulgt opp i praksis, hverken av pasient eller hjelpeapparat.
Vi lider av at spesialisthelsetjenesten opptrer som en bestiller av tjenester. Det loves ut tjenester på vegne av kommunen og spesielt i tilfeller der det ikke eksisterer vedtak på tjenester.
Vi tar kontakt med hverandre ved behov, gjerne via E-melding. Dette fungerer fint.

3.11 Hjelp etter diagnose

Tabellen under viser hva respondentene mener er viktig å prioritere rett etter diagnosen. Punkter som går igjen er:

- At kommunen får beskjed om diagnosen
- Å ha én kontaktperson i kommunen
- God informasjon om sykdom og tilbud til pasient/pårørende
- Etablere dialog og et tillitsforhold med pasient/pårørende
- Iverksetting av tiltak på et tidlig tidspunkt

Tabell 3-16: Hva er viktig å prioritere for å hjelpe YPMO og pårørende rett etter diagnosen, sett fra kommunens ståsted?

Hva er viktig å prioritere for å hjelpe ypmo og pårørende rett etter diagnosen, sett fra kommunens ståsted?
At demensteam blir varslet tidlig fra sykehus og fastlege. Sette av mer ressurser dvs stillingsprosent i Demensteam.
At hukommelsesteamet får beskjed når diagnose er satt. Hukommelsesteam får komme på besøk å opprette et tillitsforhold, at de får vite at vi er der for dem og å kartlegge behovet de har, hele familien.
Bidra til trygghet og verdighet i hverdagen. Ivareta både bruker og pårørende sine behov. Tilrettelegge for mestring og understøtte det å bo hjemme i eget hjem så lenge som ønskelig.
Bistand til mestring og opprettholdelse av funksjoner, veiledning, tiltak som kan avlaste Brukersamtaler-pårørendesamtaler- oppfølging- tilby tjenester-
De må få en kontaktperson i kommunen, som har tid til å lytte, og bistå med å veilede de ved behov, om det er hvordan å takle å ha fått en så alvorlig sykdom, samt bistå med å få på plass nødvendige tjenester.
Det er viktig at ypmo og pårørende får en kontaktperson som har ansvar for oppfølging etter diagnose. Kommunen har behov for å komme i kontakt med familien så tidlig som mulig for å bli kjent, skape tillit, gi informasjon om muligheter, kartlegge pårørende sitt behov for oppfølging, og å være forberedt på at det vil komme en familie med behov for oppfølging.
Det vi være viktig å vite hvordan pasienten og familien har det. Vi bør vite hva som skal til for at pasienten og familien skal fungere så godt som mulig, og så lenge som mulig hjemme.
Gi pasient og bruker en kontaktperson som følger opp, informerer og støtter i forhold til utfordringene v/ demenssykdom i ung alder.
God dialog med den som har fått diagnosen og deres pårørende om hva de ønsker å ha hjelp til. Å veilede for å leve godt med diagnosen. Å noen ganger samarbeid med arbeidsgiver, for å legge tilrette for å klare arbeidsoppgaver på jobben å klare å stå i jobb om dette er ønskelig. Noen trenger oppfølging i økonomi og hjelp etter diagnosen. Noen veiledning ift familien, når mor eller far får demens
God info. Sørge for samtykke i ulike ting i tilifase,gps klokke,digitale ting generelt, hva ønsker vis en nekker stell o.l ønsker du tvang,isolering osvgo info om avlastning når det er behov. Pårørendeskole og en go dialog me helsevesnet å pårørende
Hjelp til råd/veiledning. Hjelp til evt avlastning. God og jevnlig oppfølging.
Hjelpe dem så de kan få bo lengst mulig hjemme. Aktivisere dem
Individuell oppfølging, god kartlegging, veiledning og informasjon av både bruker og pårørende. Kunne tilby aktivitetstilbud tilpasset gruppen. Kartlegge pårørendebelastning, kunne tilby avlastning. Individuelt tilpasset tjenester. Oppfølging av barn som pårørende i samarbeid med helsesykepleier og andre aktører
Informasjon og opplæring. Bistand til å fungere i eget hjem. Dagtilbud. Avlastning informasjon og undervisning
Informasjon, støtte. Koordinering av tjenester.
komme i dialog med pasienten og familien tidlig, men samtidig i deres tempo. Skape tillit - gi dem opplysninger om hvor de kan henvende seg ved evt spørsmål, behov. Avtal nytt møte uansett etter ca 6 mnd.Tenk på hele familien, også barn, se deres behov for oppfølging.
Komme raskt på banen, være tilgjengelig slik at de føler seg trygge på at teamet/demenskoordinator kan kontaktes. Hjemmebesøk. Tilby samtaler, hjelpe til med søknader. Finne aktivitetstilbud som passer.
Kommunen har liten erfaring med ypmo, men mener det er viktig med tidlig involvering og kartlegging fra kommunens side. Jevnlig oppfølging av den demente og deres pårørende. Gi et tilpasset tilbud ut ifra deres alder og behov. Opprettelse av koordinator og individuell plan.
Oppfølging og informasjon om hvilke tilbud vi har i kommunen.
Opprette dialog med pasient og pårørende. Kartlegge funksjonsnivå og behov/ ønsker for bistand.
Rask info om det tilbudet kommunen kan tilby - skriftlig og muntlig.
Tidlig inn. Fast kontakt person. Hva er viktig for den familien? Ikke for standardisert.
Vet ikke
Viktig at de får tidlig høre om tilbudet kommunen har, viktig men samtale med pårørende.

Vise hva som finnes av tilbud. Ikke for mye på en gang. Tidlig kartlegging ut fra personens behov- tilrettelegge for egenmestring ut i fra egne forutsetninger-tidlig.

Være tidlig på banen og etablere tillit. Følge opp tett, både pasient og pårørende individuelt og i grupper. Dele informasjon med alle behandlere både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten bør ha en veiledende funksjon og komme ut til kommunene, både i forhold til behandling, men også til ansatte. Også bidra til kompetanseheving ute i kommunene.

Være tilgjengelig for å svare på spørsmålTett oppfølging i tidlig fase for å kartlegge og følge opp behov for evt. bistand

ypmd bør få en kontaktperson i kommunen som følger person og pårørende gjennom utviklingen.

Å få tidlig kontakt slik at pasient og pårørende kan få et "ansikt" på hvem kommunen er.

Å være tilgjengelig og synlig for bruker og pårørende, og å tilpasse oppfølging etter behov.

Det framgår av svarene i Tabell 3-17 at å ha én person forholde seg til er viktig for YPMD og deres pårørende. Det påpekes også at kan være utfordring med at familien kvier seg for å ta imot støtte.

Tabell 3-17: Det er viktig å etablere kontakt med YPMD og deres pårørende rett etter de har fått en diagnose. Har dere erfaring med en framgangsmåte som andre kommuner kunne hatt nytte av?

Det er viktig å etablere kontakt med YPMD og deres pårørende rett etter de har fått en diagnose.

Har dere erfaring med en framgangsmåte som andre kommuner kunne hatt nytte av?

Det avhenger av om de samtykker i at kommunen får beskjed om at de er der, for denne gruppen utredes på sykehus. Om ikke sykehus eller fastlege gir beskjed, så får vi ikke vite om at de eksisterer før kanskje langt ut i forløpet.

En person har ansvar for oppfølging. Tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved utskriving, gjerne ved at den som skal ha ansvaret i kommunen har fysisk/Teams møte med hjelpeapparat evt. pas/pårørende før utskrivelse.

Facebook side hvor vi når mange for info. Ellers ikke være redd for å ringe de

God elektronisk kommunikasjon mellom sykehus, fastlege -helse-og velferdskontor-ergoterapitjeneste. Også mulighet for videomøter for samarbeid

hos oss er det tildelingskontoret som følger saken fram til tjenesten er gitt ved vedtak

Ingen spes framgangsmåte

Ja, vi er tidlig inn å starter et samarbeid. Men det er ulikt om familiene ønsker samarbeid med kommunen. Noen vil ha veiledning via sykehuset

Koordinator. Bruk av IP. Aktivitetstilbud

Nei, men det hadde helt sikkert vært nyttig.

Når HVK har mottatt epikrise fra StoH tar saksbehandler kontakt med pasienten innen 14 dager for å avtale et møte.

Tidlig inn. Fast kontakt person. Hva er viktig for den familien? Ikke for standardisert.

Vi har hatt få brukere i denne gruppa i vår kommune og har dermed lite erfaringsgrunnlag

Vi har nesten ingen ypmid i vår kommune, liten erfaring.

Vær synlig, tilstede, tilgjengelig. Sørg for jevnlig oppfølging - også til brukere/pårørende som evt. kvier seg for å ta kontakt sjøl.

Vår fremgangsmåte er ikke den beste. Kommunen får informasjon om pasientene alt for sent. Vi mangler informasjon om arbeidet til innbyggerne så tilbudet gjøres kjent. Vi har mye internundervisning internt i kommune til alle ansatte i alle avdelinger og hukommelsesteamet deltar på seminar og forelesninger både i regionen, men også nasjonalt. Vi samarbeider med "eldre og Aldring" og gjennomfører Demensomsorgens ABC til de fleste ansatt uavhengig av utdanning.

Av andre gode grep for systematisk jobbing er det lite konkret som nevnes utover Møteplass for mestring, Tid til å være ung, samtalegrupper og samarbeid på tvers av enheter.

Tabell 3-18: Har kommunen gjort noen andre gode grep for å jobbe systematisk med YPMD?

Har kommunen gjort noen andre gode grep for å jobbe systematisk med YPMD?
Dagtilbud/treffsted for YPMD. Demensvennlig samfunn
Det er få personer med YPMD i en liten kommune. Vanskelig med egne aktivitets tilbud. Har god erfaring med ulike aldersgrupper og ulike diagnoser i dagaktivitetstilbudet NØV.
Det har vært svært få tilfeller med pund vi kjenner til.
Erfaringsmedarbeider
Holder oss oppdatert
I og med at vi har hatt svært få tilfeller av ypmd har vi ikke gjort andre grep enn i forhold til eldre personer med demens.
Ikke spesielt for yngre, men bruker pasientforløp som er utarbeidet for personer med demens. Vi informerer om tilbud i regi av Aldring og helse Møteplass for mestring, Tid til å være ung
Ingen
Jeg kjenner ikke til det. Jeg har ikke hatt denne stillingen så lenge.
Kommunen jobber kontinuerlig med å forbedre det systematiske forløpet for denne gruppen.
Nei vi skal gjøre noe med det nå
Nei, dessverre.
Nei, ikke som jeg vet om
samarbeide på tvers av enheter. Liten kommune krever godt samarbeid på tvers av enheter.
Tilbud om samtalegruppe for ektefeller/partnere. Individuelle samtaler med YPMD.
tilsetter demenskoordinator som skal bistå med å utvikle demensplan
Vet ikke
Vi er en liten kommune, og oppretter tilbud ut fra behov til den enkelte pasient. Har stort fokus på individuelt tilrettelagt tilbud for den enkelte pasient og dens pårørende.
VI har så langt hatt få yngre personer med demens som vi har fulgt opp.
Vi snakker om det, men det går alt for sent. Vanskelig når det må brukes ressurser til dette arbeidet og det ikke bevilges spesielt. Vi jobber for tiden med etablering av tilbudet "inn på tunet", men dette er ikke på plass enda.

3.12 Demensvennlig samfunn

Å arbeide med å skape demensvennlige samfunn er noe Nasjonalforeningen for folkehelsen har kampanjer, veiledere og kursing på. Totalt har 140 kommuner i Norge deltatt på dette. Vi har ikke spurt konkret om Nasjonalforeningens aktivitet. Et demensvennlig samfunn er også en del av målsettingene med Demensplan 2020 og 2025. Det kan med andre ord forstås på ulikt vis.

Tabell 3-19: Har det foregått aktivitet for å skape demensvennlige samfunn i din kommune

	Ja, vi har arbeidet godt med dette	Ja, vi har arbeidet litt med dette	Vet ikke	Nei
Frosta		•		
Frøya		•	•	
Grong	•			
Heim		•		
Hitra	•			
Holtålen		•		
Høylandet			•	
Inderøy		•		
Indre Fosen		•		
Levanger		•		
Malvik		•		
Meråker			•	
Namsos		•		
Oppdal	•			
Orkland		•		
Osen		•		
Overhalla		•		
Rennebu		•		
Rindal		•		
Røros – Plassje			•	
Selbu		•		
Steinkjer		•		
Stjørdal		•		
Trondheim	•	•		
Verdal			•	
Ørland		•		
Åfjord	•			

Bare 5 kommuner svarer at det er arbeidet godt med aktivitet for å skape demensvennlige samfunn, mens 19 kommuner oppgir at det er arbeidet litt med.

3.13 Organisering av erfaringsdeling

Vi stilte tre spørsmål som kan kaste lys over i hvilken grad kommunene deltar i ulike ordninger hvor erfaringsdeling og læring er satt i system.

Tabell 3-20: Deltar noen fra din kommune med i Erfaringsnettverk for demensomsorgen som koordineres av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)

	Deltar noen fra din kommune med i Erfaringsnettverk for demensomsorgen som koordineres av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)			Har ansatte i kommunen gjennomført opplæring med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC i perioden 2018-2021?		Får ansatte i kommunen tilbud om opplæring i Nasjonal faglig retningslinje om demens?			
	Ja	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Ja, de er en del av våre rutiner	Ja, men det er ikke en del av rutinene våre	Nei	Annet
Frosta			•	•				•	
Frøya	•			•				•	•
Grong			•		•		•		
Heim	•			•			•		
Hitra	•			•					•
Holtålen	•			•			•		
Høylandet		•		•				•	
Inderøy			•	•				•	
Indre Fosen	•			•			•		
Levanger	•			•				•	
Malvik	•			•				•	
Meråker		•		•			•		
Namsos		•		•					•
Oppdal		•		•				•	
Orkland	•			•		•			
Osen			•	•			•		
Overhalla	•			•			•		
Rennebu	•			•			•		
Rindal	•			•				•	•
Røros – Plassje			•	•			•		
Selbu		•		•		•			
Steinkjer			•	•					
Stjørdal	•						•		
Trondheim	•			•		•			•
Verdal	•								•
Ørland		•		•		•			
Åfjord	•		•	•		•			

USHT koordinerer erfaringsnettverk for demensomsorg, og 15 av 27 kommuner deltar her. Sju kommuner vet ikke om de deltar og seks er ikke med.

Tett opptil 90 prosent av kommunene har ansatte som har gjennomført enten Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC i årene 2018-2021.

Derimot er det bare fem kommuner (av 27) som har rutine på at ansatte får opplæring i Nasjonal faglig retningslinje om demens.

Tabell 3-21: Hvordan tar din kommune vare på erfaringer og kunnskap om yngre personer med demens?

Hvordan tar din kommune vare på erfaringer og kunnskap om yngre personer med demens?
Det brukes i det kontinuerlige arbeidet med denne gruppen.
Det er vel å beholde ansatte med erfaring og kunnskap og ivareta godt fagmiljø + fortsette godt samarbeid med fastlegene og sykehuset
Det vet jeg ikke
dette deler vi med hverandre og følger opp til neste sak
Dokumentasjon i pasientjournal. Referat fra koordineringsmøter og samhandlingsmøter. Internundervisninger.
Erfaringsutveksling og veiledning av medarbeidere.
Erfaringsutvekslingetisk refleksjon. ABC-grupper er sammensatt av ansatte fra ulike avdelinger, og ulike profesjoner
Godt, spiller hverandre god
Har ikke kunnskap om dette
Har lite erfaring med dette.
Ikke noe systematisk nedskrivning. Stabile folk i Hk team.
ingen strategier
internopplæring,
Internt i demensteam, dagtilbud - samtidig som vi forsøker å dele.
Kommunen har lite erfaringskunnskap pga få brukere. Erfaringer og kunnskap kommunen opparbeider seg deles tverrfaglig gjennom samarbeid mellom Hukommelsesteam, tjenestene, lege.
lite erfaringer, men stabil arbeidsgruppe deler erfaringer (ivaretar taushetsplikt)
Mp få det inn i en plan
N/A
Usikker
Vet ikke
Vi deler kunnskap og erfaring med hverandre.
Vi har et erfaringspanel som gir tilbakemeldinger, vi etablerer nettverk for tjenesteutøvere som gir tilbud til yngre personer med demens
Vi sørger for god dokumentasjon ved oppfølging. Stabilt hukommelsesteam, noe som bidrar til tett og god oppfølging.

Tabellen over viser at erfaringsdeling ikke er noe som respondentene har et entydig forhold til. Enkelte har systematisk erfaringsdeling og dokumentasjon, mens mange er ukjente med dette.

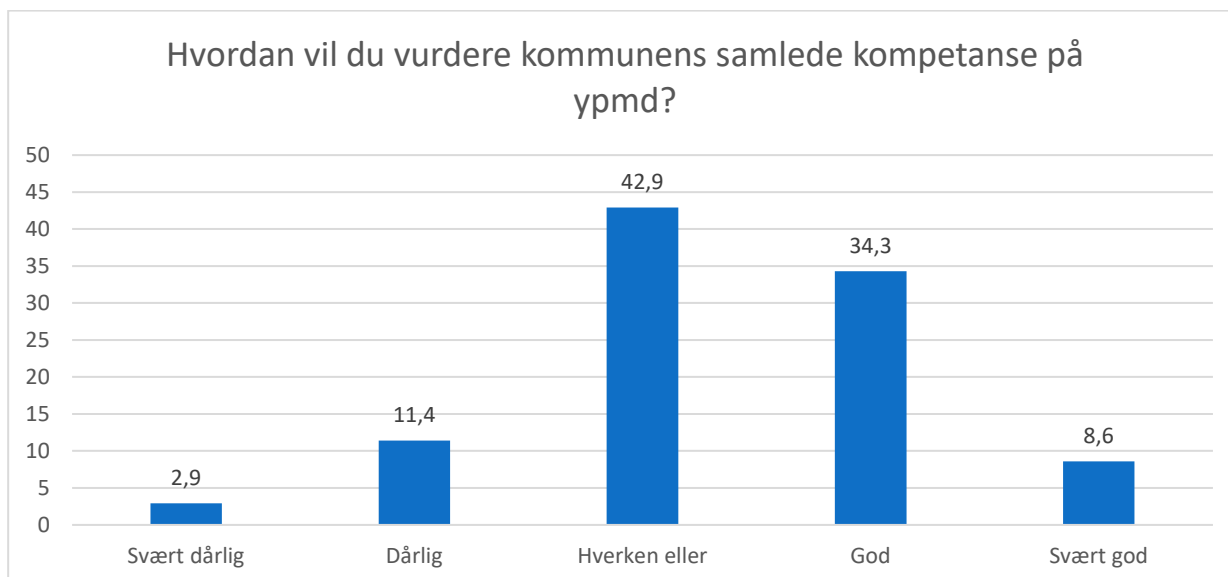
Siste spørsmål i undersøkelsen var et åpent spørsmål. Svarene er gjengitt i sin helhet.

Tabell 3-22: Er det noe du vil tilføye som vi ikke har spurt om, så kan du kommentere det her.

Er det noe du vil tilføye som vi ikke har spurt om, så kan du kommentere det her. Takk for dine svar!
Dette er et område vi er dårlig på. Det er leit. Per i dag har jeg ikke kjennskap til at vi har yngre pasienter med demens boende i vår kommune.
Har nylig blitt ansatt som demenskoordinator i denne kommunen og det er pr. i dag ingen ypmd. Vanskelig å svare på mange spørsmål
Har nylig startet i stilling som demenskoordinator slik at jeg har ikke opparbeidet meg oversikt over fagområdet i xxx Kommune ennå. Har fra 01.01.22 fått 50% stilling.
Har en administrativ stilling med kun perifer innsikt i detaljer knyttet til denne tjenesteytingen
I 2020 ble 2 kommuner slått sammen til en. (Bjugn og Ørland) Det systematiske arbeidet med demens generelt ble forsinket og utsatt pga. pandemien, men demensomsorgen er et satsningsområdet i Ørland kommune. Demensplanen vil bli revidert.
Informerer at u.t er ny i Demensteam så det er mulig vi har mer erfaring og kunnskap enn det som kommer frem her.
Noe større fokus på denne gruppen i videreutdanninger innen demens. Større tilbud om videreutdanning i demens generelt på høyskolenivå
Noen av spørsmålene var ikke tilpasset kommuner som ikke har demensteam/hukommelsesteam. I min stilling har jeg ikke alltid oversikt over antallet yngre personer med demens som mottar tjenester i dag, men dette er data jeg kan innhente ved behov. Helseplattformen vil gi noen muligheter til å ta ut relevant statistikk
Svarene er gitt felles for demensteamet HVK Lerkendal. De første spørsmålene er vanskelig å svare på for oss som jobber i en stor kommune, Vi innehar ikke oversikt over verken bydel eller hele byen.
Vet ikke
Ønsker gjerne å ha fått spørreskjemaet på mail, det hadde fungert som en utmerket huskeliste for å arbeide systematisk med å forbedre oss i arbeidet for og med YPMD. Er det mulig?

3.14 Kompetanse

Avslutningsvis ba vi respondentene om å vurdere kommunens samlede kompetanse på YPMD.



Figur 3-6 Kompetanse er både erfaringer, kunnskap, utdanning og evne til å bruke dette i praksis. Hvordan vil du vurdere kommunens samlede kompetanse på YPMD?

43 prosent vurderer kommunens samlede kompetanse på YPMD til å være god eller svært god, mens 14 prosent anser den til å være svært dårlig eller dårlig.

4 Oppsummering

Kartleggingen har hatt intensjon om å besvare problemstillingen:

I hvilken grad opplever sentrale aktører i Trøndelag at de har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å gi YPMD og pårørende adekvat oppfølging (tilpassede tjenester) gjennom hele pasientforløpet?

Sentrale aktører begrenser seg i dette datamaterialet til å gjelde de trønderske kommunene, først og fremst representert ved hukommelsesteam og demenskoordinatorer. Fastleger, klinikkene på sykehusene, frivillige aktører og næringsliv er også sentrale aktører, men ikke direkte spurt i undersøkelsen.

De trønderske kommunene er svært ulike i størrelse og folketall, noe som selvfølgelig innvirker på tjenestetilbud, antall ansatte, og mulighet til systematisk arbeid, og også forekomst av demenssykdommer. Antallet yngre personer med demenssykdom varierer fra 0 til 100, men totalen anslås til å være nær det som er beregnet i demenskartet, omtrent 200 personer ut fra de svarene som fremkom av undersøkelsen. Spørsmålet om tilstrekkelig kapasitet til å gi adekvat oppfølging gjennom hele tjenesteforløpet vil da være påvirket av mange faktorer, men hva kommunen *anser* som god oppfølging vil være et vesentlig utgangspunkt. Dette har kommunene i varierende grad nedfelt i planverkene sine. Jo tydeligere *målsettinger* man har, jo lettere er det å vurdere om man har rett kompetanse til å tilby tjenester som kreves. I datamaterialet ser vi at få av respondentene mener at kommunen har klare mål for tjenestetilbudet til YPMD og deres pårørende, og enda færre mener at de har god kapasitet. Av dette slutter vi at kommunene bør ivareta personer som har fått demenssykdom i ung alder på en tydeligere og bedre måte i sine planverk, slik at tjenestene kan utvikles og bemannes med den kompetansen og kapasiteten som YPMD og pårørende har behov for, eller finne andre måter å organisere et tilbud på som målgruppen har behov for. Dette vil da kreve kunnskap om hva målgruppen faktisk har behov for.

Andre momenter vi mener det er viktig å påpeke fra denne kartleggingen:

- Det ble stilt flere spørsmål som handler om systematisk oppfølging. Alle kommunene har hukommelsesteam og de fleste oppga at det foregår mellom 10-30 timer med samhandling per måned. De aller fleste har demenskoordinator. Erfaringsdeling baseres i stor grad på intern deling i hukommelsesteamet og dokumentasjon i pasientjournal.
- Individuell plan benyttes ikke konsekvent, men av og til.
- Samarbeidet med spesialisthelsetjeneste oppleves som god, og det er lett for kommunene å ta kontakt og få faglige råd. Men det vises til at det ikke er rutiner som ivaretar oppfølging.
- Sykepleierkompetanse er representert i alle kommuners hukommelsesteam og demenskoordinatorer. Ut over det varierer det hvilken kompetanse som er representert i teamene.
- 95 prosent av de som svarte var kvinner, noe som vi trekker fram som en utfordring for tjenestetilbudene. 43 av de som har svart vurderer kompetansen i kommunen til å gi målgruppen et tilbud som god eller svært god, like mange svarte hverken eller og 14 prosent som dårlig eller svært dårlig.

SINTEFs vurdering, basert på det foreliggende datamaterialet, er at det til tross for at kommunene har stillinger som ivaretar funksjoner som demenskoordinator og hukommelsesteam, er for lite systematikk i hvordan det arbeides med yngre personer med demenssykdom. Likevel representerer utbredelsen av disse funksjonene i kommunene en betydelig potensial til å videreutvikle systematikk og kompetanse. Mye godt gjøres gjennom erfaringsdeling og nettverksbygging gjennom USHT sitt



nettverk, men flere savner konkrete operative verktøy og metoder for å arbeide mer målrettet og systematisk med pasienter og pårørende.

Kun en femdel av kommunene mener de har gode planer og kapasitet til å arbeide med målgruppen – noe som forsterker inntrykket av lite systematisk tilnærming.

Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten blir i all hovedsak beskrevet som god og viktig, både for å ivareta oppfølging rett etter diagnose, men også øvrige spørsmål og støtte i det faglige arbeidet lenger ut i sykdomsforløpet.

Tiden rett etter diagnose er viktig med tanke på å fange opp pasientens og pårørendes utfordringer og behov – dette understøttes av det respondentenes sier. Funksjonene demenskoordinator/hukommelsesteam må derfor ha tid til oppfølging, men også konkrete tiltak i form av tilpasset informasjon og oppfølging.

Vedlegg 1 – Spørreskjema

1. Om undersøkelsen

Denne undersøkelsen har som mål å kartlegge kompetanse og kapasitet til å arbeide med tilbud til yngre personer med demenssykdom i de Trønderske kommunene.

SINTEF gjennomfører denne kartleggingen på oppdrag fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, og arbeidet er finansiert av Statsforvalteren i Trøndelag.

Undersøkelsen tar ca 15 minutter å besvare. Den er frivillig å besvare.

2. Personvern

Dine rettigheter

Det er frivillig å delta. Velger du å delta, samtykker du til at vi behandler personopplysninger om deg (du vil få spørsmål om samtykke etter neste side). Det vil si epost og svarene du avgir. Du kan når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle personopplysninger og svarene du har gitt vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. I tråd regelverk (GDPR) har alle som gir samtykke til registrering av personopplysninger, rett til innsyn, retting og sletting av data, samt rett til å klage til Datatilsynet. Du har altså rett til å be om at data slettes.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 1. april 2022. Dataene vil deretter bli lagret i anonymisert form for videre analyser, for eksempel for å kunne studere enkelte temaer som har vært med i undersøkelsene mer inngående.

Hvem er ansvarlig for undersøkelsen?

Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem i Trøndelag (USHT) er behandlingsansvarlig for undersøkelsen og SINTEF Digital er databehandler og gjennomfører undersøkelsen på vegne av USHT. Forsker Håkon Sivertsen, hakon.sivertsen@sintef.no, er ansvarlig for undersøkelsen ved SINTEF. Vårt personvernombud er Jan Wåge, jan.wage@sintef.no

Har du spørsmål om undersøkelsen eller behov for hjelp underveis, ta kontakt på tlf 90173421 eller mail hakon.sivertsen@sintef.no

3. Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Kartlegging av kompetanse og kapasitet for YPMD i Trøndelag, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Oppgi kun ett svar)

Jeg ønsker IKKE å delta i undersøkelsen - Gå til 47

Jeg samtykker til å delta i undersøkelsen

4. Hvilken kommune arbeider du i?

(Svaret brukes kun til å sortere data, og vil ikke benyttes for å beskrive enkelte kommuner eller enkelte svar. Dette for å ivareta anonymitet til deg som svarer.)

(Oppgi kun ett svar)

- Flatanger
- Frosta
- Frøya
- Grong
- Heim
- Hitra
- Holtålen
- Høylandet
- Inderøy
- Indre Fosen
- Leka
- Levanger
- Lierne
- Malvik



- Melhus
- Meråker
- Midtre Gauldal
- Namsos
- Namsskogan
- Nærøysund
- Oppdal
- Orkland
- Osen
- Overhalla
- Rennebu
- Rindal
- Røros – Plassje
- Røyrvik – Raarvihke
- Selbu
- Skaun
- Snåsa – Snåasne
- Steinkjer
- Stjørdal
- Trondheim
- Tydal
- Verdal
- Ørland
- Åfjord

5. Hvor gammel er du?
(Oppgi kun ett svar)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18-30 | 31-45 | 46-60 | Over 60 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Kjønn?
(Oppgi kun ett svar)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Kvinne | Mann |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Hvilken utdanning har du?

(Oppgi kun ett svar)

- Sykepleier
- Vernepleier
- Sosionom
- Helsefagarbeider
- Lege

Annen utdanning

8. Hva er din stilling/funksjon?
(Oppgi kun ett svar)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Demenskoordinator | Del av hukommelsesteam | Demenskoordinator og del av hukommelsesteam |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annen funksjon, beskriv her

9. Har du etter-/videreutdanning innen følgende:
(Oppgi kun ett svar)

- Geriatri
 Demens

Annen relevant utdanning

10. Hvor lenge har du totalt arbeidet med personer med demenssykdom?
(Oppgi kun ett svar)

Under 2 år 2-5 år 6-15 år Mer enn 15 år

11. Yngre personer med demens (YPMD) i din kommune

12. Hvor mange YPMD (yngre personer med demenssykdom) vet, eller anslår du at det bor i din kommune i dag?

13. Omtrent hvor mange ypmd mottar ulike tjenester fra kommunen i 2021?

14. Omtrent hvor mange personer med demens har barn under 18 i din kommune?

15. Omtrent hvor mange barn under 18 år har en forelder med demenssykdom i din kommune?

16. Kapasitet

Vi ønsker å få bedre oversikt over kommunens samlede kapasitet til å arbeide med hjemmeboende personer med demens.

17. I hvilke kommunale planer omtales tilbud og tjenester til personer med demenssykdom generelt?
(Oppgi gjerne flere svar)

Økonomi og handlingsplaner	Kommuneplanens samfunnsdel	Planer for helse og omsorgstjenesten	Egen demensplan	Andre planer	Vet ikke/usikker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. I hvilke kommunale planer omtales tilbud og tjenester til yngre personer med demenssykdom?
(Oppgi gjerne flere svar)

Økonomi og handlingsplaner	Kommuneplanens samfunnsdel	Planer for helse og omsorgstjenesten	Egen demensplan	Andre planer	Vet ikke/usikker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hva er din oppfatning av kommunens mål og kapasitet for tjenestetilbudet til YPMD.
Hva stemmer:
(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

I svært liten grad I liten grad Hverken eller I stor grad I svært stor grad Vet ikke

Vi har klare mål for tjenestetilbud til YPMD

Vi har tilstrekkelig kapasitet i tjenestetilbud til YPMD

20. Kan du angi hvor mange som har som sitt spesialområde å arbeide med denne pasientgruppen i din kommune?

	Antall personer	Samlet stillingsprosent
Demenskoordinator	_____	_____
Hukommelsesteam/demensteam (uten demenskoordinator)	_____	_____
andre	_____	_____

21. Hvem i din kommune har ansvar for å følge opp YPMD i rett etter fastslått diagnose?

(Oppgi gjerne flere svar)

Demenskoordinator	Hukommelsesteam	Hjemmetjenesten generelt	Fastlege
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet, beskriv her

22. Ta stilling til følgende påstander om systematisk arbeid i kommunen

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	I svært liten grad	I liten grad	Hverken eller	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke
Kommunen arbeider systematisk for å følge opp YPMD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunen arbeider systematisk for å følge opp pårørende til YPMD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Hvordan får kommunen vanligvis informasjon om en person under 65 år har fått en demensdiagnose?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	aldri	av og til	som regel
Epikrise fra sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epikrise fra fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLO-melding/emelding fra sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLO-melding/emelding fra fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Telefon eller annet fra sykehuset

Telefon eller annet fra fastlege

24. Når får kommunen (hukommelsesteam/demenskoordinator) som regel denne informasjonen? (Oppgi kun ett svar)

Rett etter diagnosetidspunkt Noen måneder etter diagnosetidspunkt Flere måneder etter diagnosetidspunkt Annet

25. Hvilke av følgende tiltak/tilbud iverksetter kommunen for YPMD i en tidlig fase av forløpet? (Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Har ikke tilbudet	Aldri	Av og til	Som regel	Vet ikke
Kartlegging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmebesøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Én-til-én-samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtalegrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtalegrupper for pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samtalegrupper for ypm�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavterskeltilbud (uten vedtak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hverdagsrehabilitering og/eller hverdagsmestring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagaktivitetstilbud tilpasset eldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagaktivitetstilbud tilpasset yngre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruerskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendeskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørendeskole med tilpasning til ypm�	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Velferdsteknologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- Avlastning
- Annet

26. Har kommunen systematisk informasjons- og opplysningsarbeid om demens og tilbudet til personer med demens og deres pårørende?
(Oppgi gjerne flere svar)

- Ja, på kommunens nettsider Ja, brosjyre eller skriftlig materiale
- Annet

27. Dersom kommunen har hukommelsesteam (eller tilsvarende): Er det avsatt fast tid til samhandling i teamet?
(Oppgi kun ett svar)

- Ja Nei Har ikke hukommelsesteam i kommunen

28. Hvor mange timer brukes faktisk til samhandling per mnd?

29. Hvilke faggrupper er representert i hukommelsesteam og demenskoordinatorstilling?

(Oppgi gjerne flere svar)

- Sykepleier
 Ergoterapeut
 Lege
 Fysioterapeut
 Vernepleier
 Helsefagarbeider (hjelpepleier/omsorgsarbeider)
Andre faggrupper

30. Hvilke kjerneoppgaver ivaretar i hukommelsesteamet/demenskoordinator?

(Oppgi gjerne flere svar)

- Deltar i utredning av diagnose
 Kartlegging av funksjonsnivå og hjelpebehov
 Kartlegger behov for tekniske hjelpemidler
 Kartlegger pårørendes belastning
 Sørger for at hensiktsmessig hjelp blir satt i verk
 Gir halvårlig oppfølging etter første kontakt

31. Hvilke andre oppgaver ivaretar hukommelsesteam/demenskoordinator?
(Oppgi gjerne flere svar)

- Opplæring av kommunens helse- og sosialpersonell
 Veiledning av helse- og sosialpersonell
 Veiledning til personer med demens
 Veiledning av pårørende
Annet

32. I hvilken grad samarbeider kommunen med følgende aktører for å gi et tilbud til yngre personer med demenssykdom?

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål)

	Samarbeider ikke	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke
Fastleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Private tjenestetilbydere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frivillige lag eller enkeltpersoner (ikke pårørende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasjonalforeningen for folkehelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Næringslivet Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Samarbeider din kommune med andre kommuner om følgende?

(Oppgi gjerne flere svar)

- Hukommelsesteam/demensteam
- Pårørendeskole
- Oppfølging av ypmd
- Erfaringsdeling om ypmd
- Dagtilbud for ypmd
- Samtalegrupper for ypmd eller pårørende
- Annet

34. Hva fungerer godt i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og din kommune, og hva kan gjøre det bedre?

35. Vi ønsker å vite mer om hva dere tenker er viktig for pasientene som har fått demenssykdom i ung alder.

36. Hva er viktig å prioritere for å hjelpe ypmd og pårørende rett etter diagnosen, sett fra kommunens ståsted?

37. Det er viktig å etablere kontakt med YPMD og deres pårørende rett etter de har fått en diagnose. Har dere erfaring med en framgangsmåte som andre kommuner kunne hatt nytte av?



**38. Har det foregått aktivitet for å skape demensvennlige samfunn i din kommune?
(Oppgi kun ett svar)**

Ja, vi har arbeidet godt
med dette

Ja, vi har arbeidet litt med
dette

Vet ikke

Nei

39. Har kommunen gjort noen andre gode grep for å jobbe systematisk med YPMD?

40. Kompetanse og kompetansebehov

**41. Deltar noen fra din kommune med i Erfaringsnettverk for demensomsorgen som koordineres av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)
(Oppgi kun ett svar)**

Ja

Nei

Vet ikke

**42. Har ansatte i kommunen gjennomført opplæring med Demensomsorgens ABC eller Eldreomsorgens ABC i perioden 2018-2021?
(Oppgi kun ett svar)**

Ja

Nei

Annet

**43. Får ansatte i kommunen tilbud om opplæring i Nasjonal faglig retningslinje om demens?
(Oppgi kun ett svar)**

Ja, og føringer fra Nasjonal
retningslinje for demens er
en del av våre rutiner

Ja, men det er ikke en del
av rutinene våre

Nei

Annet

**44. Kompetanse er både erfaringer, kunnskap, utdanning og evne til å bruke dette i praksis. Hvordan vil du vurdere kommunens samlede kompetanse på ypm�?
(Oppgi kun ett svar)**

Svært dårlig

Dårlig

Hverken eller

God

Svært god

45. Hvordan tar din kommune vare på erfaringer og kunnskap om yngre personer med demens?

**46. Er det noe du vil tilføye som vi ikke har spurt om, så kan du kommentere det her.
Takk for dine svar!**

47. Takk!

Takk for ditt bidrag!