

# Hva er viktig for deg i tidlig fase med demenssykdom?

Fagdag i fagnettverket innen eldremedisin/eldreomsorg i  
Sogn og Fjordane – 31.10.2019

Mona Michelet, Oddlaug Wergeland Kvame og Margrete S. Røneid



**Aldring og helse**  
Nasjonal kompetansetjeneste

# Disposisjon

- ◆ Hvorfor er det viktig med tilbud/tiltak i tidlig fase?
- ◆ Hva kan/bør kommunen gjøre - erfaringer og kunnskap fra Demensplan 2020 – prosjektene
  - ◆ Hvordan få kontakt og komme på banen
  - ◆ Kontaktperson og systematikk i oppfølgingen
  - ◆ Kunnskap, informasjon og støtte
  - ◆ De viktige aktivitetene og nettverket
  - ◆ Gradvis introduksjon av dagaktivitetstilbud
  - ◆ Sikre gode tjenester
- ◆ Velferdsteknologi

Systematisk oppfølging etter demensdiagnose (Sunnfjord-kommunene)

Tjenester til hjemmeboende personer med demens (Luster)

# Hva er behovet i tidlig fase?



Nasjonal faglig retningslinje om demens

v3.1 | published on 12/17/17

«Perioden etter at en demensdiagnose er stilt er blitt beskrevet som "den stille fasen" fordi mange personer med demens og deres pårørende opplever et fravær av involvering fra helse- og omsorgstjenesten, og at "ingenting skjer". De pårørende etterspør en større grad av aktiv involvering enn det som helse- og omsorgstjenesten kanskje tradisjonelt har bidratt med.»

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

# Har tidlig oppfølging effekt?

Noen erfaringer fra Systematisk oppfølging etter demensdiagnose:

*«Dette prosjektet, andre prosjekter og internasjonale studier viser at tidlig systematisk oppfølging etter diagnose har effekt»*

Tidlig oppfølging bidrar til:

- ◆ Trygghet og forutsigbarhet for brukere og pårørende
- ◆ Riktig hjelp til riktig tid kan reduseres belastningen ved å få en demensdiagnose
- ◆ Bedre livskvalitet
- ◆ Er det økonomisk lønnsomt?
  - ◆ Kanskje kan tilbud tidlig i forløpet forebygge kriser og dermed hindre sykehusinnleggelse og utsette sykehjeminnleggelse?

# Har tidlig oppfølging effekt? - forts

## Betydning for brukere og pårørende:

- ♦ Brukerne og pårørende var gjennomgående fornøyde med kommunens oppfølging. De opplevde spesielt det å ha en fast kontaktperson som kjenner godt til ens tilstand, som viktig
- ♦ Oppfølgingen bidro til at de mestret hverdagen bedre
- ♦ «*Det å få hjelp til å vite hva en kan ha nytte av og hvor en skal henvende seg*». Informasjon om tilbud i kommunen og opplæring i form av pårørendeskole og demensskole ble sett på som positivt for brukerne og deres pårørende
- ♦ Oppfølgingen førte til at brukere kunne få tilbud tidligere fordi den avdekket hjelpebehov som ellers ikke hadde blitt avdekket, eller som hadde kommet fram vesentlig senere

# Har tidlig oppfølging effekt? - forts

## Betydning for ansatte og for tjenesten

- ◆ Fått bedre mulighet til å følge opp intensjonene i DP2020
  - ◆ Økt kunnskap/kompetanse til medarbeiderne
  - ◆ Gitt kommunene bedre oversikt over brukerne, også de som ikke er i behov av helsetjenester i hjemmet, men vil få behov etter hvert.
  - ◆ Økt muligheten for å gi «rett» tiltak eller tjeneste til «rett tid»
- ◆ Bedret samarbeide mellom hukommelsesteamene og fastlegene
- ◆ Bedre samarbeid internt i kommunene og mer sømløse overganger mellom tjenestene.
- ◆ Det å jobbe med brukermedvirkning som metode har vært nyttig og det bør ha overføringseffekt til andre tjenester i kommunene

# Hvordan få kontakt og komme på banen?

- ♦ Act on Dementia – delprosjekt om samarbeid
  - ♦ Kvalitative intervjuer og spørreskjemaer
- ♦ Hovedresultat i Norge er anbefalingen om:
  - ♦ Et møte mellom fastlege, pasient og evt pårørende og helsepersonell i kommunen etter diagnose
  - ♦ Målet med dette møte er å klargjøre videre oppgaver, bli enige om hvem som gjør hva og lage en plan for oppfølging



Nasjonal faglig retningslinje om demens

v3.1 published on 12/17/17

- ♦ Dette er i tråd med demensretningslinjen: «*Det kan være hensiktsmessig at en pårørende, tverrfaglig team / koordinator eller en fast kontakt i hjemmetjenesten er med ved konsultasjoner dersom pasienten ønsker det.*»
- ♦ Erfaringer fra Naustdal om denne typer møter?

# Hvordan få kontakt og komme på banen?

- ◆ En kritisk fase/ overgang fra at spesialisthelsetjenesten eller fastlegen kjenner til pasienten til at kommunen får vite om ham/henne
- ◆ Samarbeid mellom helsepersonell i kommunen og fastlegene er en viktig faktor for å få til god oppfølging. Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er også viktig
- ◆ Hva når pasienten ikke ønsker at:
  - a. Spesialisthelsetjenesten skal melde behov til kommunehelsetjeneste
  - b. Fastlegen skal melde behov til hukommelsesteamet
- ◆ De som takker nei til kontakt/oppfølging:
  - ◆ På hvilken måte blir de spurt?
  - ◆ Vet de nok om hva de takker nei til?



# Hvordan få kontakt og komme på banen?

Eksempel fra Klepp kommune: alltid en definert tauholder

- ◆ Dersom pasienten ikke ønsker kontakt/oppfølging vet fastlegen at han/hun er tauholder og har ansvaret for
  - ◆ At pasienten får det tilbudet han/hun har behov for
  - ◆ Å motivere for og forsøke å få til et møtepunkt ved neste anledning

Sunnfjord-kommunene

- ◆ Prosedyrekort for de ulike tjenestene, slik at alle skal vite hva de skal gjøre om de mistenker demensdiagnose

# Hva kan hindre tilgang til tjenestene?

Informasjon

Vet ikke om tjenestene

Kontaktperson/  
care management

Vet ikke hvordan de kan  
få tilbudet

Hjemmeboende  
person med  
demens

Det er flaut å bli henta i  
kommunal minibuss

Awareness/  
fjerne stigma

Dagaktivitetstilbud

Støtteordninger/  
monetary support

Tror ikke det er noe for dem

Informere og  
motivere (care  
management)

Det er for dyrt

# Koordinator/kontaktperson

## 5 Etablering av tverrfaglig team / koordinator i kommunen

Etablering av tverrfaglig team / koordinator

Sterk anbefaling



Nasjonal faglig retningslinje om demens

v2.0 published on 2017-08-16

«Kommunen **skal tilby koordinator** til personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, dette gjelder også for personer med demens..... Personer med demens uten behov for hjelp fra flere instanser over tid, og deres pårørende, bør også få tilbud om en fast koordinator med kompetanse om demens.»

- ♦ En fast (navngitt) kontaktperson (som evt var med på utredningen og) som kjenner personen med demens og familien
- ♦ Et direkte telefonnummer i stedet for å settes over fra instans til instans på leting etter en som kan hjelpe

«Personen med demens og deres pårørende bør ha en fast kontaktperson samt tilbys oppfølging fra utredning/diagnostiseringstidspunkt og videre gjennom sykdomsforløpet til eventuell overgang til heldøgns omsorg.»

# Tverrfaglig team

## For eksempel Hukommelsesteam/ Demensteam

### 5 Etablering av tverrfaglig team / koordinator i kommunen

Etablering av tverrfaglig team / koordinator

Sterk anbefaling



Nasjonal faglig retningslinje om demens

v2.0 published on 2017-08-16

Kommunens helse- og omsorgstjenester skal være helhetlige og koordinerte, dette gjelder også for personer med demens..... i tillegg kan kommunen organisere deler av tjenestene som tverrfaglig team / koordinator som bistår lege i utredning og legger til rette for at oppfølging i hjemmet tilbys etter demensdiagnose er satt.

# Demensteam og systematisk oppfølging

## Sunnfjord-kommunene:

- ◆ Demensteam er ein føresetnad for å sikre den systematiske oppfølginga.
  - ◆ Lågare terskel for å ta kontakt
  - ◆ Opparbeider tillit
  - ◆ Utredning og oppfølging
- ◆ Ved oppstart to av fire kommunar som hadde demensteam. Det vart ein del av prosjektet å etablere team i alle fire kommunane.
- ◆ Teama samarbeider – Sunnfjord demensnettverk.
- ◆ Vart og utarbeida ulike forslag til organisering av demensteam i ny kommune.

# Systematikk i oppfølgingen - Sunnfjord

- ◆ Tidleg kontakt
  - ◆ Prosedyrekort til dei ulike tenestene - steg for steg – kva gjer ein om ein mistenkjer demens.
  - ◆ Informasjon – til «alle»
- ◆ Systematisk oppfølging – Tiltakspakke demens
  - ◆ Oppfølging av primærkontakt kvar månad – gjennom heile forløpet
  - ◆ Både for demenssjuk og pårørande
  - ◆ Eigne flytskjema for første besøk + oppfølging.
  - ◆ Kontakt/samarbeid med fastlege
- ◆ Demensteam – ein føresetnad for dei andre tiltaka

# Systematikk i oppfølgingen

- ♦ Alle kommunene SysDem har beskrevet i sin modell at personene som inkluderes får en primærkontakt eller en koordinator.
- ♦ Alle kommunene lagde en plan for oppfølging som innebærer minst et hjemmebesøk hos personen med demens
  - ♦ Detaljerte planer for hva innholdet i møtet med personen med demens skal være
  - ♦ Planene beskriver første telefonkontakt, innholdet for første møte og plan for hva oppfølgingsmøtene kan inneholde
  - ♦ Inspirasjon fra Tiltakspakke demens, DAISY (Dansk modell for oppfølging), Nasjonalforeningen for folkehelsen sin modell

# Systematikk i oppfølgingen

## Eksempel fra Stavanger: Tidlig Oppfølging Demens (TOD)

- ◆ Tjenesten TOD innvilges personer med demens i tidlig fase (uten hjemmesykepleie)
  - ◆ Bruker får egen kontaktperson
  - ◆ Får 4 hjemmebesøk
  - ◆ Tjenesten innvilges og utføres av koordinator (sykepleier) på helse- og sosialkontoret
  - ◆ Det er utviklet ulike verktøy som koordinatoren bruker sammen med den som har demens og pårørende
  - ◆ Starte med å skape en god relasjon og finne ut «Hva er viktig for deg»



[https://www.fylkesmannen.no/globalassets/fm-rogaland/dokument-fmro/helse-og-sosial/skjema-og-malar/heidi\\_tod\\_presentasjon-utviklingskonferanse-22.2.18hhn.pdf](https://www.fylkesmannen.no/globalassets/fm-rogaland/dokument-fmro/helse-og-sosial/skjema-og-malar/heidi_tod_presentasjon-utviklingskonferanse-22.2.18hhn.pdf)



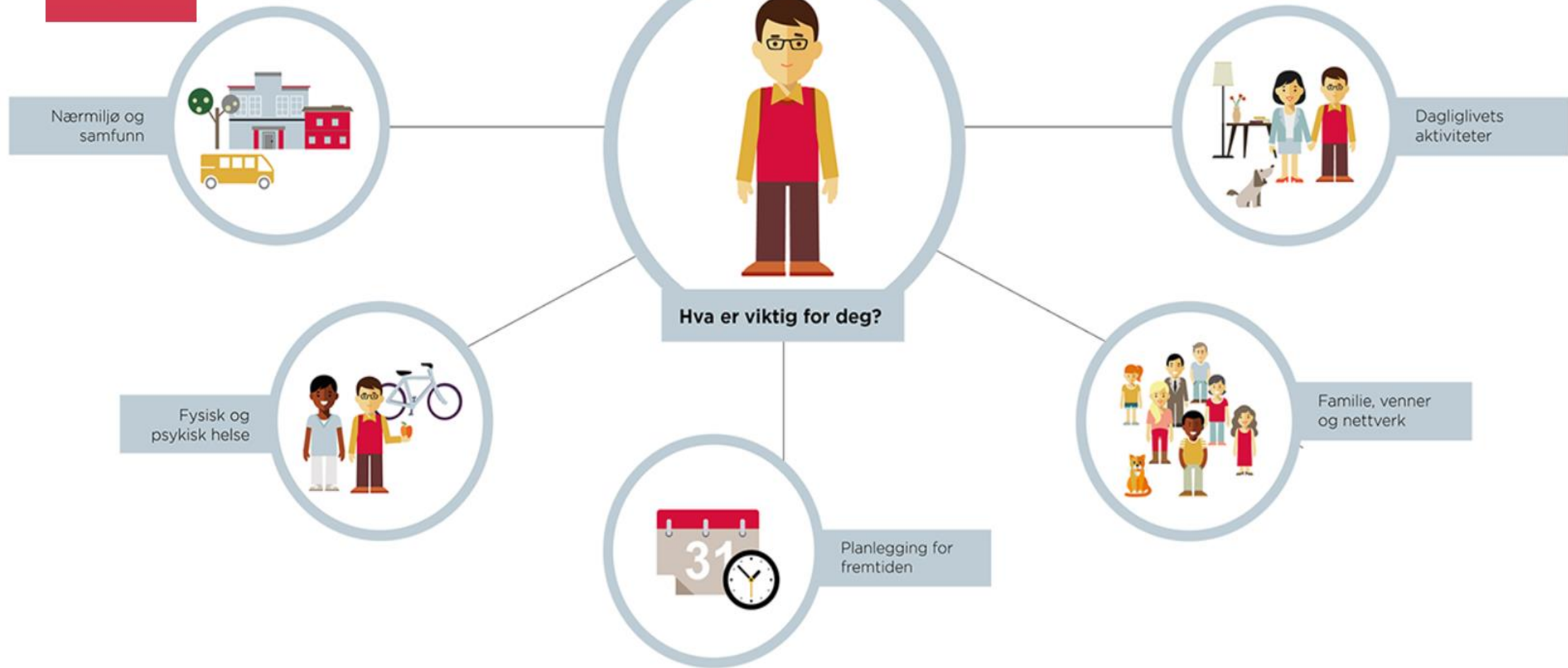
# Hva er behovet for oppfølging?

- ◆ Behovet vil variere fra person til person, og påvirkes av hvor langt i demenssykdommen personen er kommet
- ◆ Hjelpebehovet øker når sykdommen progredierer
- ◆ Folk får diagnosen på ulikt «sted» i demensutviklingen

# God oppfølging starter med kartlegging av ressurser, funksjon og behov

- ♦ Hva består hverdagen av
- ♦ Aktiviteter og interesser – «Hva er viktig for deg?»
- ♦ Nettverk
- ♦ Hvilke endringer har personen selv og pårørende registrert
- ♦ Hvilke ressurser har personen/ nettverket
- ♦ Hva er vanskelig (praktisk, belastning for pårørende, sosialt, emosjonelt osv) både det som personene selv rapporterer og det som helsepersonell ser





# Kunnskap, informasjon og støtte - Sunnfjord

- ◆ Auke kunnskapen om demens i lokalsamfunnet
  - ◆ Senke terskelen for å ta kontakt, mindre tabu
    - ◆ Informasjonsbrosjyre
    - ◆ Opplysningsdag
    - ◆ Undervisning av personalet
- ◆ Temasamlingar
- ◆ Pårørendeskule
- ◆ Samtalegrupper
  - ◆ For pårørende
  - ◆ For personar med demens

# Kunnskap, informasjon og støtte - Brukerskole

- ♦ I samarbeid med SESAM (Regionalt kompetansesenter for Eldremedisin og samhandling ved Stavanger Universitetssykehus) fikk prosjektkommunene tilbud om opplæring i SESAMs Demensskole

## Demensskolen:

- ♦ Mål: Å hjelpe kursdeltakerne til å få innsikt i egen sykdom og dermed mulighet for mestring.
- ♦ Kurset går over 12 uker med samlinger på to timer hver uke.
- ♦ Deltakerne får
  - ♦ skriftlig og muntlig informasjon om sykdommen,
  - ♦ tips og råd til hvordan de kan opprettholde livskvalitet og trivsel,
  - ♦ et nettverk med de andre kursdeltakerne,
  - ♦ mulighet til å dele erfaringer og støtte til å ta egne beslutninger.

# Brukerskole - erfaringer

- ♦ Kommunene fikk frihet til å prøve ut og justere sitt eget opplegg for Demensskolen
- ♦ 7 kommunene har hatt brukerskole i prosjektperioden
- ♦ 4 av disse 7 har fulgt modellen fra SESAM 12 ukentlige samlinger
- ♦ Fredrikstad og Klepp har forsøkt med en kortere versjon hvor de hadde henholdsvis 6 og 5 samlinger, men brukte kursmaterialet fra SESAM.
  - ♦ I begge kommunene var erfaringene at dette var for få ganger, deltakerne ønsket at det kunne fortsette lenger – de brukte tid på å bli trygge og kurslederne mener de ville få mer utbytte med å delta på flere samlinger
  - ♦ Klepp hadde en modell med parallell brukerskole og pårørendeskole
- ♦ Oslo prøvde ut både 12 ukers kurs og 8 ukers kurs
- ♦ Gjennomgående gode tilbakemeldinger fra deltakerne på Demensskolene

# NB

- ♦ SESAMs Demenssskole er ikke lenger tilgjengelig, fordi SESAM har utviklet en forbedret brukerskole med to nye komponenter:
  - ♦ Self-management
  - ♦ E-læring for pårørende
- ♦ SESAMs nye brukerskole prøves ut i prosjektet SHAPE
  - ♦ Aldring og helse er samarbeidspartner
  - ♦ Inklusjon av kommuner foregår NÅ



# De viktige aktivitetene og nettverket

- ◆ Mennesket er av naturen aktivt og har behov for å være i aktivitet
- ◆ Aktivitetene former hverdagen og gir innhold til den
- ◆ Nettverket er en viktig ressurs for å opprettholde meningsfulle aktiviteter
- ◆ Brukere som mottar hjelp trenger å være med på å gjøre tingene
- ◆ «What you do for me you take from me»



# De viktige aktivitetene og nettverket

Regionale dialogmøter knyttet til utviklingen av Demensplan 2020 (rapport):

*«Det er lettere å involvere personer med demens i avgjørelser på et tidlig punkt i sykdomsforløpet. Det er derfor viktig at det etableres et system for å kartlegge **enkeltpersoners preferanser og ønsker på et tidlig tidspunkt** i sykdomsutviklingen.»*

Hvilke aktiviteter liker og pleier personen å drive med?

- ♦ Hvilket **nettverk** har personen?
  - ♦ Eksisterende nettverk. «Reaktivering» av tidligere nettverk
  - ♦ Vet nettverket om demenssykdommen og forstår de hva den medfører?
  - ♦ På hvilken måte vil og kan nettverket bidra?
  - ♦ Kan informasjon og veiledning hjelpe?
  - ♦ Eks mal for brev til nettverket med informasjon

# Gradvis introduksjon av dagaktivitetstilbud

## Lavterskeltilbud:

- ♦ Gode erfaringer med uforpliktende tilbud, som personer med demens kan delta på sammen med pårørende hvis de vil
  - ♦ Gågrupper, cafeer, aktivitetshus osv
- ♦ Tilbud i regi av frivillige
  - ♦ Aktivitetsvenn, turvenn, likepersontilbud o.l
- ♦ Motivasjonsarbeid er viktig!
  - ♦ «*Du kan prøve en gang eller to og slutte hvis du ikke trives*»
  - ♦ «*Jeg eller kona di kan være med deg første gangen*»
- ♦ Samordne/integrere lavterskeltilbudet med dagaktivitetstilbudet
  - ♦ Kan gjøre overgangen mer «sømløs»
  - ♦ Eks avgang og ankomst for turgruppa er på dagaktivitetstilbudet, felles lunsj

# Differensiert dagaktivitetstilbud

## 8.4 - Dagaktivitetstilbud

Sterk anbefaling



Nasjonal faglig retningslinje om demens

v2.0 | published on 2017-08-16

«Kommunen bør tilby tilrettelagt og tilpasset dagaktivitetstilbud til personer med demens. Dagaktivitetstilbudet bør inneholde både **sosiale, kognitive og fysiske aktiviteter**.

*Aktivitetene som tilbys skal bidra til å **ivareta deltakerens funksjoner i dagliglivet, fremme livskvalitet og å bidra til å forebygge/reducere isolasjon og ensomhetsfølelse**. I tillegg vil dagaktivitetstilbudet kunne innebære **avlastning og støtte til pårørende**.*»

- ♦ Dagaktivitetstilbud er en lovpålagt kommunal tjeneste fra 2020

# Differensiert dagaktivitetstilbud

- ◆ Individuelt tilpasset; kjønn, alder, funksjonsnivå, interesser
- ◆ Gjøre aktiviteter, ikke bare bli vartet opp/ gjort ting for
- ◆ Hva med de som ikke orker stå opp før kl 10? Kveld og helg?
- ◆ Ambulant dagsenter
  - ◆ for de som ikke vil/passert/fungerer i grupper
  - ◆ som en inngangsport til dagsenteret
- ◆ Bruk muligheter i nærmiljøet
  - ◆ Kulturelle arenaer, museer osv
  - ◆ Inn på tunet/ Ut på havet
  - ◆ Reise til fine steder i nærheten
  - ◆ Lokalene til eldresenteret? Fellesområde i omsorgsboligen?

# Flere roller for dagaktivitetstilbudet?

- ◆ Kanskje dagaktivitetstilbudet kan være «**navet**» i tjenestene?
  - ◆ en arena for flere tilbud (bruker- og pårørendeskole, tilgang på veiledning, samtalegrupper, lavterskeltilbud)
  - ◆ base for hukommelsesteamet

## Eksempel fra Bergen kommunes «Dagsentre i nye roller»

- ◆ Brukere som tar imot aktivitetssenter får kontaktpersoner som er ansatt der
  - ◆ Kontaktpersonene fyller koordinatorrollen så lenge personen er bruker av aktivitetssenteret

# Tjenester til hjemmeboende med demens

## Bakgrunn for prosjektet – Luster:

«Me opplevde også fleire gonger at personar som hukommelsesteamet hadde vore og testa fleire år tilbake i tid, kom inn på avlastning og deretter over på fast plass på omsorgssenteret, utan at heimesjukepleien hadde vore kopla inn i forkant. Dei pårørande hadde gjort jobben åleine, utan å kontakte omsorgstenesta i kommunen, og hadde ikkje meir å gje då dei søkte om avlastning.»

# Tjenester til hjemmeboende med demens

- ♦ Sikre gode tjenester og god organisering

Ressursbruk siste måned før innleggelse sykehjem (Redic - 2015):

- \* Hjemmesykepleie 4 timer/uke,
- \* Dagaktivitet 1,5-2 dager/uke for 20%
- \* Pårørendehjelp: ca 40 timer hjelp/uke

- ♦ Gjøvik:
  - ♦ Få kontakt mye tidligere, kontinuitet og systematikk i kontakten
  - ♦ Sette inn tjenester tidligere
  - ♦ Bo hjemme lenger med riktige tjenester

# Tiltakspakke demens

Hensikt:

Sikre strukturert, faglig og individuelt tilpasset oppfølging

- ♦ Vedtak på tjenesten fattes av «Bestillerenheten»
- ♦ Hjemmebesøk med samtale og observasjon – 1 time en gang pr. mnd. med samme kontaktperson
  - ♦ Hva er viktig for deg?
  - ♦ Ved første samvær er pårørende tilstede og "Min historie" fylles ut



Modellen er utviklet i Grimstad



# Luster – oppfølging av heimebuande demente

- ◆ Primærkontakt – større ansvar
- ◆ Overgang frå demenskoordinator til heimetenesta
- ◆ Primærkontakt skal på besøk innan 1 veke etter oppstart heimeteneste – skjema ved første oppfølgingsbesøk, min livshistorie, infobrev med tilbod faste samtalar pårørande
- ◆ Oppfølgingsamtale med brukar annakvar mnd – sjekklister for oppfølgingsamtalar til personar med demens
- ◆ Ligg mal i gericca der ein fyller inn etter kvar samtale
- ◆ Oppfølgingsamtale med pårørande x 2 pr. år
- ◆ Primærkontakt innom brukar minst x 2 pr veke

# Tettere og mer individuelt tilpasset kontakt

Sandefjord «Tett på» - 2 ekstra trinn i omsorgstrappen

- ♦ TettPå Krokemoa (hjemmeboende)
- ♦ TettPå Forsmannsenteret (bo- og servicesenter)

# Tettere og mer individuelt tilpasset kontakt

Sandefjord «Tett på» - 2 ekstra trinn i omsorgstrappen

- ◆ TettPå Krokemoa (hjemmeboende):
  - ◆ Fleksibel tjeneste som kan tilpasses personens - og pårørendes individuelle behov, gjøre «de ekstra tingene»
  - ◆ Bygge tillit til personer med demenssykdom og deres pårørende så tidlig som mulig i sykdomsforløpet
  - ◆ Sørge for at personen med demens og pårørende opplever trygghet og forutsigbarhet
- ◆ TettPå Forsmannsenteret (bo- og servicesenter):
  - ◆ Forsterket hjemmetjeneste 24/7
  - ◆ Gruppesamling med faste folk fra hjemmetjenesten hver ettermiddag 7 dager i uken for fellesskap, måltider, aktivitet og deltagelse
  - ◆ Kontinuitet og trygge rammer → økt livskvalitet
  - ◆ Mindre «vandring i byen», bedre språk, gleder seg til samlingene

# Demensarbeidslag

- ♦ En liten, stabil og kompetent personalgruppe hvor ansatte både har personlig og et felles ansvar
- ♦ Et begrenset antall personell som kommer fast
  - ♦ Kontinuitet og forutsigbarhet for bruker og for pårørende
  - ♦ De i arbeidslaget kan bli kjent med «sine» brukere
- ♦ Fast personell vil også ha bedre mulighet for å gi helsefaglig oppfølging/følge med på somatisk helse.
- ♦ Viktig med informasjon, gode rutiner, jevnlige møtepunkter i arbeidslaget, og mulighet for videre kompetanseheving
- ♦ Evaluering (Hamar 2016): brukere, pårørende og ansatte er fornøyde
- ♦ Videreutvikling Hamar/Stange/Os (2019): primærkontaktsystem i tillegg til arbeidslag, forbedring av rutiner for kartlegging og for samarbeid både internt i kommunen og eksternt



### Sterk anbefaling

Kommunen bør vurdere om velferdsteknologi kan tilrettelegges for at personer med demens kan mestre sin egen livssituasjon med sykdom og redusert helse slik at de kan bo lenger hjemme. Velferdsteknologi bør også vurderes i situasjoner hvor pårørende og omsorgspersoner har behov for avlastning.

- ◆ Kompensere for kognitiv svikt:
  - ◆ Muliggjøre mestring – personen med demens mestrer aktiviteter i hverdagen lenger
  - ◆ Monitorere, sikre at personen er trygg
- ◆ Hvordan anskaffe?
  - ◆ Kjøpe selv (evt pårøredne)
  - ◆ Søke fra NAV hjelpemiddelsentralen (ofte en ergoterapeut som søker) ved varig behov over 2 år
  - ◆ Som kommunal tjeneste (f.eks lokaliseringsteknologi, legemiddel-dispenser)

Råd og tips på  
[www.hvakanhjelp.no](http://www.hvakanhjelp.no)

# Velferdsteknologi – 3 elementer

- ◆ Person
  - ◆ Produkt
  - ◆ Tjeneste
- 
- ◆ Velge produkt/velferdsteknologi etter personens behov og preferanser
  - ◆ Tilpasse og optimalisere produktet
  - ◆ Tjenesten må sørge for opplæring og oppfølging av produktet og bruken av det

# Velferdsteknologi i demensomsorgen



## Brukes alene av personen med demens

Digital kalender  
Enkel klokke  
Enkel mobiltelefon  
Enklere tv, radio og musikkspiller  
Tilpasset fjernkontroll

## Brukes sammen med pårørende/helsepersonell

Lokaliseringsteknologi/ GPS  
Digital kalender  
Legemiddel-dispenser  
Digitalt album

## Styres av pårørende eller helsepersonell etter samtykke fra person med demens

Lokaliseringsteknologi/GPS  
Automatisk lysstyring  
Elektronisk dørlås  
Sensorer -bevegelse, fall, varme  
Døralarm  
Elektronisk døråpner  
Digitalt tilsyn

**NB:**  
Samtykke,  
etiske  
vurderinger

# Forskning om velferdsteknologi

- ♦ For at bruk av velferdsteknologi skal være nyttig må teknologien møte behovene til personen og bli individuelt tilpasset (Carwell m.fl 2009, Holthe 2011 & Lindqvist m.fl 2015)
- ♦ Generell anbefaling er starte så tidlig som mulig med velferdsteknologi
- ♦ Opplæring og støtte er avgjørende
- ♦ For å bli en bruker av velferdsteknologi er disse nøkkelpunktene avgjørende for personen med demens:
  - ♦ Aktiviteten som krever et hjelpemiddel være viktig for personen
  - ♦ Beslutte å ta i bruk
  - ♦ Implementere teknologien i hverdagens rutiner
  - ♦ Stole på teknologien
  - ♦ Følelse av å få økt kapasitet og mestring(Lindqvist, Nygard, Borell 2013)



# Hva er viktig å tenke på?

## ved innføring av velferdsteknologi til personer med demens

- ◆ Tidlig intervensjon (Tidspunkt)
- ◆ Standard pakker eller individuell løsning?
- ◆ Hva er behovet
  - ◆ Bruker
  - ◆ Pårørende
  - ◆ Tjenesten
- ◆ Kartlegging - hvordan og når?
- ◆ Opplæring og oppfølging
  - ◆ Hvordan løsningen blir del av hverdagen
  - ◆ Kan trenge støtte i daglig bruk
- ◆ Drift av teknologien, som en del av tjenesten
- ◆ Demens er en progredierende sykdom

*Målet er å skape  
gode dager for  
brukerne*

# Hjelpemiddelformidlings prosessen

- ◆ Oppdage utfordringene
- ◆ Kartlegge utfordringene og behovene
- ◆ Identifisere riktig tiltak
- ◆ Søke/anskaffe
- ◆ Tilpasse og oimplementere
- ◆ Følge opp og evaluere



# PROSEDYRER I VAR HEALTHCARE

-Tidligere PPS (praktisk prosedyre for sykepleiere)

- ♦ <https://www.varhealthcare.no/>

## 2 prosedyrer og kunnskapsstoff:

1. Avdekke behov for kognitive hjelpemidler hos personer
2. Oppfølging i bruk av kognitive hjelpemidler hos personer med demens
3. Kunnskapsstoff

# Hva kan helsepersonell gjøre for at velferdsteknologi skal bli en vellykket løsning i praksis

## Før du møter brukeren:

- ♦ Ha oversikt over hvilke velferdsteknologiske produkter personen har
- ♦ Finn ut hvordan produktet fungerer
- ♦ Finn ut i hvilke aktivitet/ gjøremål produktet skal brukes i
- ♦ Sørg for å ha oversikt over ansvarsfordeling og rutiner knyttet til teknologien

LES mer på [www.varnett.no](http://www.varnett.no)

# Hva kan helsepersonell gjøre for at velferdsteknologi skal bli en vellykket løsning i praksis

## Sammen med brukeren:

- ♦ Tilrettelegg for at personen med demens bruker teknologien/hjelpemidlet i aktuell aktivitet
- ♦ Kontroller at hjelpemidlet er klart til bruk
- ♦ Motiver og støtt personen

**LES mer på [www.varnett.no](http://www.varnett.no)**

# Hva kan helsepersonell gjøre for at velferdsteknologi skal bli en vellykket løsning i praksis

## Etter at aktiviteten er gjennomført:

- ♦ Klargjør teknologien/hjelpemidlet til neste gang det skal brukes  
Aktuelle punkter kan være:
  - ♦ Sette enheten til ladning etter bruk
  - ♦ Sjekk innstillinger, og eventuelt endre dem
  - ♦ Legg inn ny informasjon, f.eks. aktiviteter og påminnelser i elektronisk kalender
  - ♦ Plasser hjelpemidlet på riktig sted, f.eks. ved å legge GPS i lommen eller sette fram en nattsensor
- ♦ Vurder bruk og nytte av teknologien/hjelpemidlet jevnlig
- ♦ Henvise videre hvis ikke produktet blir brukt på tiltenkt måte

**LES mer på [www.varnett.no](http://www.varnett.no)**

**Takk for  
oppmerksomheten**

[mona.michelet@aldringoghelse.no](mailto:mona.michelet@aldringoghelse.no)