

# DEMENSPLAN 2009-2015



for Enhet for pleie, rehabilitering og omsorg i  
Nittedal kommune

# INNHALDSFORTEGNELSE

1	for Enhet for pleie, rehabilitering og omsorg i Nittedal kommune .....	1
1.0	INNLEDNING .....	3
2.0	BAKGRUNN .....	4
2.1	Demenstrappen .....	4
2.2	Demenssykdom .....	5
2.2.1	Behandlingsmetoder.....	5
3.0	FORSLAG TIL DEMENSTRAPP .....	5
3.1	Ambulerende Demensteam .....	6
3.1.1	Demenskontakter .....	6
3.1.2	Pårørendeskole.....	7
3.2	Dagtilbud.....	7
3.3	Hjemmebasert omsorg .....	7
3.3.1	Praktisk bistand.....	8
3.3.2	Ergoterapi for hjemmeboende eldre mennesker med demens og deres pårørende....	8
3.3.2	Forebyggende fysioterapitiltak til hjemmeboende.....	8
3.4	Korttidsopphold/ avlastning .....	8
3.5	Bokollektiv .....	9
3.6	Åpen avdeling i sykehjem.....	9
3.7	Skjermet avdeling i sykehjem .....	9
3.8	Kjøkken og matservering .....	9
4.0	UTFORDRINGER .....	10
4.1	Bygningsmessige endringer og uteområder .....	11
4.1.1	Sansehage for demente .....	11
4.2	Kompetanse .....	11
5.0	OPPSUMMERING	

## 1.0 INNLEDNING

En arbeidsgruppe bestående av enhetsleder og avdelingsledere i Enhet for Pleie, Rehabilitering og Omsorg har utarbeidet Demensplan for Nittedal 2009 – 2015. Målsettingen er å fremme forslag til organisering og utvikling av demensomsorgen i Nittedal kommune. Innbyggerne skal tilbys en helhetlig og sammenhengende tjeneste fra hjemmebaserte tjenester i demenssykdommens startfase til differensiert behandlingstilbud i institusjon ved alvorlig utviklet demens.

Mennesker med demens er ingen ensartet gruppe. Som alle andre har de forskjellige behov og ulike interesser. God demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelt tilrettelagt tjenester basert på innsikt i den enkeltes livsfortelling og sykdomshistorie.

Formålet med tiltakene i demensplanen er at den enkelte skal oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, til tross for alvorlig sykdom og funksjonssvikt.

Demenssykdommene utvikles over tid og tjenestetilbudet må tilrettelegges for den enkeltes funksjonsnivå og tjenestebehov. Vi vil vektlegge tiltak i tidlig fase i sykdomsforløpet, dette vil kunne utsette behovet for sykehjemsplass og gi et bedre liv hjemme sammen med pårørende. Demens er den vanligste årsak til innleggelse og langvarig opphold i sykehjem,

Demensplanen foreslår at det etableres en tiltakskjede gradert etter alvorlighetsgrad av sykdommen, en demenstrapp. Formålet er å kvalitetssikre og videreutvikle demensomsorgen.

Arbeidsgruppen har vært på besøk i tre kommuner som vi kan sammenligne oss med i forhold til befolkningsvekst. Kongsvinger, Lier og Nes kommune har alle lang erfaring med utvikling av demens tiltakskjede. Vårt forslag til tiltakskjede har tatt utgangspunkt i disse kommunenes organisering og erfaring ved utvikling av et differensiert tilbud til personer med demens.

## 2.0 BAKGRUNN

Antall innbyggere i Nittedal kommune har hatt en stor vekst og vil i årene framover fortsette med samme utvikling. Befolkningen vil få en økende gjennomsnittsalder. I årene som kommer vil det bli flere mellom 67-79 år, noe som er et resultat av et relativt stort etterkrigskull.

Det at vi får flere eldre, og det at vi lever stadig lenger, vil medføre et stor økning i antall demente i Nittedal i årene fremover.

I dag finnes det om lag 65.000 personer med demens i Norge. De fleste er over 65 år.

Ca.60 % av de demente anslås å bo i eget hjem og ca.40 % anslås å bo i institusjon. I dag har nesten 80 % av alle som bor i sykehjem en demenslidelse. Forekomsten er stigende med økende alder.

I Nittedal er det 125 plasser med heldøgns omsorg (sykehjem og serviceleilighetene) Det kan ut i fra dette antas at om lag 100 av disse har fra mild til alvorlig grad av demens. Tilbudet vi har i dag er 16 spesialplasser for demente. De øvrige bor i vanlige sykehjemsavdelinger eller serviceleilighet.

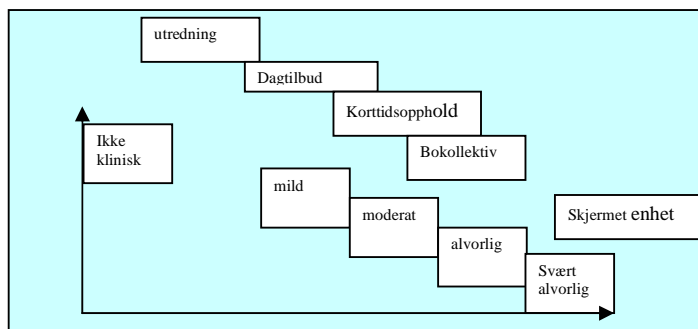
Et viktig tiltak for å klare å yte en best mulig tjeneste til en lavest mulig kostnader er utnyttelsen av tiltakskjedene.

Tiltakene bør være på et lavest mulig omsorgsnivå, noe som innebærer at man kan bo hjemme så lenge som mulig. For å nå målet er det avhengig av at kommunen har et differensiert tilbud.

Vi har i dag 5 ubenyttede plasser i dagtjenesten. Vi har ikke kommet tidlig nok inn i rekrutteringen av personer med lettere/moderat demens som kan nyttiggjøre seg dette tilbudet.

### 2.1 Demenstrappen

Nittedal kommune mangler tiltak i den første fasen av demensutvikling.



Vi trenger tilbud som fanger opp demente i en tidlig fase slik at tiltak kan iverksettes.

## **2.2 Demenssykdom**

Demens er en fellesbetegnelse for en gruppe hjernesykdommer som fortrinnsvis opptrer i høy alder og som medfører symptomer som

- Hukommelsessvikt
- Sviktende handlingsevne
- Sviktende språkfunksjon
- Personlighetsendringer
- Endring av adferd

De vanligste demensformer er:

- Alzheimers sykdom 60 %, forårsaket av gradvis tap av hjerneceller
- Vaskulær demens 25 %, forårsaket av hjerneinfarkt

Andre typer demens er frontallappdemens og demens med lewy legeme. I tillegg kan demens oppstå som resultat av langvarig alkoholmisbruk, legemiddelskade, store hjerneskader, Parkinson sykdom eller Down syndrom.

Det er velkjent at ulike demenstilstander i ulik grad vil påvirke funksjonsnivået i dagliglivet. Grunnleggende ferdigheter som er nødvendig for å klare seg i eget hjem, personlig hygiene, av-og påkledning, ernæring, toalettbesøk og gangfunksjon. Opprettholdelse av døgnrytme, orientering for tid, rom og sted samt ivaretagelse av eget hjem er ofte det som svikter.

### **2.2.1 Behandlingsmetoder**

Da de ulike formene for demens kan ha ulike behandlingsmetoder er det viktig med riktig diagnose og eventuelt utelukke andre sykdommer Demenssykdom kan pr i dag ikke helbredes, men målrettet miljøterapi kombinert med medikamentell behandling kan hemme utviklingen.

Erfaring viser at:

- Riktig tjenestetilbud og rett behandling til personer med demens med milde/ moderate symptomer på demens kan utsette utviklingen av sykdommen med 2 år.
- Riktig tjenestetilbud og rett behandling til personer med alvorlige symptomer på demens kan redusere uro og vanskelig adferd.

## **3.0 FORSLAG TIL DEMENSTRAPP**

Arbeidsgruppa ønsker å samle demensmiljøet til en institusjon, Skytta Bo og Servicesenter. Vi ønsker med dette å opprette et kommunalt kompetansesenter for demens. En samlet og differensiert demensomsorg vil bedre kvalitet og ressursutnyttelsen.

Et helhetlig og differensiering tilbud krever tjenester rettet mot ulike funksjonsnivå og pleiebehov. Fra personer med mild/moderat grad av demens til personer med alvorlig grad av demens og de med mer omfattende pleiebehov i kombinasjon med demens.

For de som trenger heldøgns tilbud er små bogrupper i et oversiktlig fysisk miljø med få beboere(4-8 personer) og et stabilt personale med nødvendig kompetanse de optimale

rammebetingelser. Det bør også legges til rette for sosialt fellesskap og direkte tilgang til tilpassede uteareal. Personer med demens som har atferdsproblemer, har behov for spesielt tilrettelagt tilbud i små enheter med økt bemanning En ansatt pr beboer er for noen nødvendig.

Alle botilbudene vil kreve døgnbemanning

Tiltakene i demenstrappen som ønskes gjennomført er forankret i LEON prinsippet slik det er skissert i kommunens omsorgsplan, samt i kompetanseplan for PRO.

### **3.1 Ambulerende Demensteam**

Etter anbefaling fra alle kommuner vi har vært i kontakt med som har lang erfaring med differensiert tilbud til demente, foreslår arbeidsgruppa oppstart av demensteam med 2 årsverk tilknyttet dagsenter. Demensteamet bør bestå av sykepleier, ergoterapeut/aktivitør som skal arbeide med oppsøkende virksomhet og ha base på dagsenteret.

#### **Teamet samarbeider med**

- fastlegene
- bruker/pårørende
- tildelingskontoret
- virksomhetene
- spesialisthelsetjenesten

#### **Teamets oppgaver**

- hjemmebesøk
- pårørendesamtaler
- spre kunnskap om demens til innbyggerne og ansatte i kommunen gjennom kurs og undervisning, media og informasjonsskriv på legekantor/tannlege/apotek
- kartlegging/ testing (MMS/klokketest)

Hovedoppgavene for demensteamet blir å bidra til tidligere og sikrere diagnostikk av demens ved å ha et nært samarbeid med fastlegene i bygda. Det er viktig å skille demens fra kognitiv reduksjon og svikt som kan opptre ved normal aldring, somatisk og psykiatrisk sykdom. Diagnose og vurdering av hvilke konsekvenser demenssykdommen fører med seg, er viktig for å kunne fatte vedtak, iverksette riktige hjelpetiltak og bidra til god oppfølging av personer med demens og deres pårørende.

Tenkt oppstart på Skytta 1.1.2010.

#### **3.1.1 Demenskontakter**

I dag har vi 35 personer som gjennomfører en studiering i kompetanseutvikling; Demensomsorgens ABC. Den er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for demens og går over to år. Den gjennomføres tverrfaglig og på tvers av geografisk tilhørighet Døli/ Skytta. Disse ansatte blir viktige demenskontakter på sine respektive avdelinger og skal være ressurspersoner innen faget demens for både kollegaer, brukere og pårørende, og skal ha et tett samarbeid med ambulerende demensteam. Demenskontaktene fra de ulike avdelingene og distriktene i hjemmebasert omsorg møtes ca.1 gang pr. måned for utveksling av erfaringer, samarbeid og fagutvikling. med faste møter.

### **3.1.2 Pårørendeskole**

Den familiebaserte omsorgen er nesten på størrelse med den kommunale, så fremtidig demensomsorg bør utformes som et samarbeid mellom familien og omsorgstjenesten. I hvilken grad pårørende opplever rollen som en belastning varierer. Mange pårørende ønsker uansett å ha en aktiv og langvarig omsorgsfunksjon, men trenger kunnskap om demensomsorg og tilgjengelig tjenester samt faglig støtte dersom de skal makte rollen på en god måte. En kombinasjon av pårørendeskole og samtalegrupper er egnede tiltak. Vi starter allerede nå i mai måned et pårørendekurs til hjemmeboende personer med demens. Det tilbys åtte gruppemøter av to timers varighet i løpet av fem måneder, i tillegg tilrettelegges det for eventuelt tilsyn med den demente. Gruppene blir drevet av internt helsepersonell med både teoretisk og erfaring innen demensomsorg. Kurstilbudet utføres i forbindelse med et prosjekt støttet av Fylkesmannen i Oslo og Akershus.

Videreutvikling av tilbud til pårørende tiltenkes demensteamet.

### **3.2 Dagtilbud**

Dagsenteret skal kunne tilby ca 15 plasser til hjemmeboende, som skal være under utredning for demens eller ha en demens diagnose. Dette blir også et tilbud til beboere på institusjonen. Bruker skal kunne fungere i gruppe/sosiale sammenhenger og ha et tilstrekkelig fysisk funksjonsnivå til å kunne delta i ulike aktiviteter. Dersom bruker ikke lenger kan nyttiggjøre seg dagtilbudet skal dette opphøre. Tjenestetilbud på annet nivå i demenstrappa skal da vurderes og tilrettelegges, basert på individuell tiltaksplan. Dagsenteret skal kunne tilby ulike aktiviteter, felles bespisning, turer og erindringsarbeid. Ta i bruk kulturelle tiltak ved å trekke inn frivillige i arbeidet. Samtidig kan et slikt tilbud avlaste de nærmeste for omsorgsoppgaver på dagtid, og bidra til at pårørende kan klare å stå i en krevende omsorgssituasjon. Et godt utbygd dagtilbud vil kunne bidra til å forhindre eller utsette institusjonsinnleggelse.

Sentrale myndigheter legger stor vekt på at dagsentertilbud er nødvendige i omsorgstilbudet. Dagtilbud er ofte blitt omtalt som det manglende mellomledd i demenstrappen. Bare 4 % av de som bor hjemme med en demenslidelse har et tilbud på dagtid. Det økende antall personer med demens som bor i eget hjem vil stille store krav til kommunene for å organisere og tilrettelegge tjenestetilbudet, og sørge for at det er tilstrekkelig kompetanse for å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud. Nasjonalt kompetansesenter for demens viser til både nasjonale og internasjonale undersøkelser at spesielt tilrettelagte dagtilbud, kan være en kostnadseffektiv måte å tilrettelegge tjenester på og ikke minst gi hensiktsmessig avlastning til pårørende. Et av punktene i Demensplan 2015 som det bevilges penger til over statsbudsjettet for inneværende år, er nettopp utvikling av gode modeller for dagtilbud til personer med demens.

Transport til og fra hjemmet videreføres som i dag, men med et utvidet tilbud.

### **3.3 Hjemmebasert omsorg**

Det finnes ingen spesiell organisering for personer med demens innen hjemmebaserte tjenester. Ved mistanke om demens opprettes samarbeid med fastlege og demensteamet, som

kartlegger og iverksetter tiltak ut ifra omsorgsbehovet. Avlastning til de pårørende, trygghet og sikkerhet har spesiell oppmerksomhet i denne omsorgen og er viktige i vurderingen for når endring i omsorgsnivå er nødvendig

### **3.3.1 Praktisk bistand**

Her er det viktig at personal har kompetanse på demens for å fange opp demensutviklingen i tidlig fase og gi tilbakemelding til ambulerende demensteam.

### **3.3.2 Ergoterapi for hjemmeboende eldre mennesker med demens og deres pårørende**

Forskning viser at ergoterapi til hjemmeboende mennesker med demens og deres pårørende forbedrer pasienters daglige funksjon og reduserer pårørendes opplevde byrde. Slik ergoterapi kan tilbys i form av 10 timer ergoterapi over 5 uker. Den første timen fokuserer på å definere mål og på at pasienten og pårørende skal lære å velge og prioritere blant meningsfulle aktiviteter. Videre evaluerer ergoterapeuten muligheten for å tilrettelegge pasientens hjem og omgivelser og observerer pasientens muligheter for å utføre relevante daglige aktiviteter og til å bruke kompensatoriske og miljømessige strategier. Terapeuten observerer også pårørendes veiledningsferdigheter. Pårørende blir opplært i å bruke effektiv veiledning, problemløsning og mestringsstrategier for å opprettholde pasientens og deres egen autonomi og sosiale deltagelse. Tiltaket er godt utprøvd i Nederland og har dokumentert effekt i en randomisert kontrollert studie.

Kosteffektstudie av intervensjonen viser at intervensjonen er kostnadseffektiv. Etter tre måneder med ergoterapi sparte man 1750 euro pr suksessfull behandling av pasienter med demens og deres pårørende<sup>1</sup>. Årsaken til denne sparingen er mindre bruk av: sykehjems plasser, hjemmesykepleie, fysioterapeut, sosialarbeidere, dagtilbud, innskrivninger på sykehus, med reduksjon i timer av uformell omsorg som hovedårsak.

### **3.3.2 Forebyggende fysioterapitiltak til hjemmeboende**

Det er sammenheng mellom fysisk aktivitet og en forsinket/utsatt risiko for å utvikle demens med mellom 3 og 6 år<sup>i</sup> og mellom fysisk aktivitet og redusert kognitiv forverring hos gamle med mild kognitiv svikt<sup>ii</sup>. På bakgrunn av dette foreslår arbeidsgruppen å tilby befolkningsrettede tiltak i form av forebyggende lavterskeltilbud som tilbys i grupper, med økt fysisk aktivitet som målsetning<sup>iii</sup>.

## **3.4 Korttidsopphold/ avlastning**

7 korttids plasser til:

- observasjon og vurdering, med kartlegging av brukers funksjonsnivå over en 14 dagers periode. Dette tiltaket skal bidra til å finne rett omsorgsnivå og til at bruker kan bo i eget hjem lengst mulig.

---

<sup>1</sup> Graff, Vernooij-Dassen, Thijssen med fler, Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomized controlled trial. BMJ, doi: 1136/bmj.39001.688843. BE (published 17 November 2006).

- avlastningsopphold til pårørende med tyngende omsorgsoppgaver
- rullerende korttidsplasser

### **3.5 Bokollektiv**

Omsorgsplanen 2008-2019 viser at dersom Nittedal kommune skal opprettholde det samme nivået på tjenestene i årene framover, må det bygges 31 nye plasser innen 2015.

Omsorgsplanen anbefaler at kommunen bygger omsorgsboliger med heldøgns bemanning framfor institusjon, men bør være i tilknytning til eksisterende sykehjem. Med en økning i antall eldre med demens og allerede mange demente i de øvrige sykehjemsavdelinger og serviceleiligheter er det behov for flere plasser for demente og et mer differensiert tilbud. Arbeidsgruppa foreslår at det bygges 32 nye bofellesskapsplasser (4 enheter a 8 plasser) for demente i tilknytning til Skytta.. Bokollektivet eies av kommunen hvor brukerne betaler kun husleie, ikke innskudd. Tomtevalg er ikke avklart.

Bokollektivet er tiltenkt brukere med mild/moderat demens uten store adferdsvansker og relativt intakte ADL-funksjoner. Disse har behov for oppfølging og hjelp til struktur, men ikke behov for skjerming.

### **3.6 Åpen avdeling i sykehjem**

7 plasser i åpen avdeling uten skjerming. De som vil nyttiggjøre seg dette tilbudet vil være personer med mild/moderat demens som vil kunne delta aktiv på avdelingen i forhold til daglige rutiner. Det tenkes redusert bemanning som bistår i forhold til tilrettelegging av daglige gjøremål.

### **3.7 Skjermet avdeling i sykehjem**

16 plasser, hvorav en eventuell forsterket enhet. Her skal brukere oppleve trygghet i skjermede omgivelser og med noe forsterket bemanning som fortløpende vurderes etter behov. Dersom bruker ikke lenger kan nyttiggjøre seg plassen fordi vedkommende har kommet i siste fase av demenssykdommen hvor behovet for somatisk pleie og omsorg er fremtredende, vurderes overflytting til somatisk avdeling. Man ønsker å ha egne sykehjemsavdelinger til brukere som har en kombinasjon av somatiske lidelser og demens, men hvor demenssykdommen blir en tilleggsdiagnose

### **3.8 Kjøkken og matservering**

Kjøkkenet på Skytta drives etter kok – server metoden, og å beholde denne metoden anses som viktig når Skytta blir kompetansesenter for demens.

Lokalt kjøkken kan gi mulighet for målrettet aktivitet for eldre med demens. Det kan tilrettelegges for delaktighet i forbindelse med mattilberedning for brukere av dagtilbudet.

Uro og utagerende adferd er noen av utfordringene med demente. Aktiviteter i forbindelse med mat er kjent arena for mange og kan være med på å dempe uro. Fristende matlukt i korridorene kan utgjøre en viktig miljøfaktor.

Det er utarbeidet en egen brosjyre fra Helsevernetaten og Geria (ressurssenter for aldersdemens/alderpsykiatri) som heter Det gode måltid.

Her understrekes det sterkt hvor viktig det er med riktig og nok mat for demente hjemmeboende og på sykehjem.

Vi trenger:

- økt kunnskap
- etablere gode rutiner for ernæringsstatus
- bedre tid til å avvikle måltidene
- brukervedvirkning.
- fordele måltidene bedre utover dagen
- valgfri meny.
- innføring av måltidsverter
- faste møter mellom kjøkken og avdelingspersonal

Skal en kunne ivareta pasientenes ernæringsbehov er det viktig å ha kjøkken nært tilknyttet pasienter og personal.

Underernæring er vanlig blant eldre pasienter pga dårlig/nedsatt appetitt (20- 50 %). Dette medfører økt sykdomsrisiko (dr Mowe). I en høring til *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, uttaler Den Norske legeförening; Det er viktig å sette fokus på forebygging og behandling av underernæring. Det må legges vekt på at det serveres delikat og velsmakende mat. I sykehjem hvor maten tillages lokalt med dertil tilhørende god duft, vil dette øke appetitten.”

## 4.0 UTFORDRINGER

En landsundersøkelse i 1996/97 om hvilke tilbud kommuner hadde til personer med demens(Eek og Nygård 1999) viste bemanningen slik:

- Dag, ukedag 3 pasienter pr. ansatt
- Aften, ukedag 4 pasienter pr. ansatt
- Helg, dag og aften 4 pasienter pr. ansatt

Disse tallene ser ikke ut til å ha endret seg i følge Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Nåværende bofellesskap for demente på Døli har denne bemanningen i dag. De tre kommunene arbeidsgruppen har besøkt fulgte også denne bemanningsnormen. Arbeidsgruppa anbefaler tilsvarende bemanning på alle avdelingene med unntak av korttidsavdelingen som kan ha redusert bemanning og en eventuell økning på forsterket skjermet enhet, dvs. en pleier pr. bruker i perioder på veldig utagerende brukere.

## **4.1 Bygningsmessige endringer og uteområder**

Noe bygningsmessige endringer må påregnes, så som eget dørsystem på skjermet avdeling, flytting av vegger etc. Noen områder må sikres i forhold til fall.

Uteområdet rundt Skytta må gjerdes inn med for eksempel skigard og hekker.

### **4.1.1 Sanseshage for demente**

I en sanseshage er hagen designet og tilrettelagt for å fungere best mulig i forhold til hvilke behov demente brukere har. Hagen skal hjelpe brukerne til å stimulere alle sanser.

Utformingen av elementer og valg av planter i hagen hjelper brukerne å oppleve lukter, lyder, synsinntrykk, smaker. De skal kunne bevege seg, berøre ting med huden og bruke muskler og ledd i hagen. Å få være ute gjør at man føler seg levende og kan få en følelse av øyeblikksopplevelser. Aktivitetene i hagen tilrettelegges med rekreasjon eller aktivisering ut ifra dagsformen.

Det finnes allerede to lukkede atrium på Skytta som til dels fungerer som sanseshage, men det må påregnes noe oppgradering her i tillegg til en generell oppgradering rundt hele området. Vi håper på velvillighet fra frivillige/ dugnad og hjelp fra det lokale hagelaget.

## **4.2 Kompetanse**

Parallelt med differensieringen skal det legges opp til kontinuerlig kompetanseheving av personell. Det skal tilrettelegges for både eksterne og interne kurs/opplæring. I tillegg ligger det både i kompetanseplanen og rekrutteringsplanen en styrkning av videreutdanning innen demensomsorg.

Utviklingsarbeid innen demensomsorgen:

Kommunen har fått tilbud om å være en av 16 deltagerkommuner i forskningsprosjektet: Multidimensjonalt psykososialt program for personer med demens og deres familieomsorgsgivere, en 18 måneders kontrollert intervensjonsstudie. Prosjektet styres av Nasjonalt kompetansesenter for demens, med oppstart av intervensjonen høst 2009. Intervensjonen vil vare i 18 måneder og innebærer: individuell og familierådgivning, undervisning om demens, problemløsningsgrupper og ad-hoc rådgivning ved behov.

## **5.0 OPPSUMMERING**

Det å gjøre Skytta om til et kompetansesenter for demente har flere fordeler: Hele demenstrappa ligger i hovedsak innenfor samme hus. Dette medfører mindre utfordringer når endring i funksjonsnivå krever skifte fra et tilbud til et annet, siden omgivelsene er kjent. Mulighet til å lage graderte tilbud tilpasset ulike behov gir et godt tilbud og gir mulighet for et godt fagmiljø. I konkurransen om fagfolk, og kanskje særlig demensomsorgen, må vi kunne friste med et spennende fagmiljø. Å utvide tilbudet for demente ved å bygge 32 plasser i bofellesskap i tilknytning til Skytta gjør at kommunen vil kunne imøtekomme det økte behovet for plasser for personer med en demenssykdom i nær fremtid.

En samlet, men differensiert demensomsorg lokalisert til Skytta, som et kompetansesenter innen demensomsorg vil bedre kvalitet og ressursutnytingen. Forståelse for nødvendig bemanning og kompetanse er viktig.

### **Økonomiske konsekvenser**

Omsorgsplan 2008-2019 skisserer forslag til tiltak i årene framover.  
Den foreslår:

- to nye stillinger i hjemmebasert omsorg hvert år framover
- to stillinger til ambulanseteam
- en stilling til ergoterapeut eller fysioterapeut i 2010.

Arbeidsgruppen foreslår at det i 2010 opprettes to nye stillinger i hjemmetjenesten, to stillinger til ambulanseteam knyttet til ambulerende demenssteam og at det ansettes en ergoterapeut knyttet spesielt til tilbudet for demente.

Kostnad: 2.5 mil

Bygningsmessige tilpasning av Skytta:

Inngjerding av uteområdet, mindre endringer av låssystem på dører og mulig oppsett av vegg mot serviceleilighetene.

Kostnader: Skal utredes. Husbanken gir noe støtte.

Etablering av et kompetansesenter for demente vil stille krav til bemanning, både kvalifikasjoner og pleiefaktor (antall ansatte pr beboer).

Fra 2011 er det derfor behov for å styrke bemanningen, særlig styrking på natt, og en fagansvarlig for å bygge opp et solid og attraktivt fagmiljø på kompetansesenteret.

Kostnad: 1 mill

Prosjektering og bygging av bokollektiv:

Kostnad avhengig av tomtevalg. Må utredes videre.

Drift av bokollektiv fra 2015:

Kostnad: 6 mil.

Nittedal 8.april 2009

---

<sup>i</sup> Abbott 2004, Karp 2006, Larson 2006, Laurin 2001

<sup>ii</sup> (Forbes D, Forbes S, Morgan DG, Markle-Reid M, Wood J, Culum I. Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006489. DOI: 10.1002/14651858.CD006489.pub2.

<sup>iii</sup> 'Har fysisk aktivitet en forebyggende effekt på utviklingen av demens, og kan dette brukes som et helsefremmende og forebyggende tiltak på befolkningsnivå?'

Oppgaveinnlevering Februar 2009 'Helsefremmende og forebyggende arbeid - et folkehelseperspektiv'  
'Hanne Bjørkvold Lilleåsen, Kommunefysioterapeut, Nittedal kommune