



Temaplan for

Demensomsorg 2016-2020

Politisk behandlet 28.11.16.

Innhold

Forord.....	3
1. Innledning.....	4
1.1. Bakgrunn og mål.....	4
1.2. Arbeidet med temaplanen	4
1.3. Hva er demens?	4
2. Nasjonale føringer	5
2.1. Demensplan 2020.....	5
2.2. Omsorg 2020.....	6
2.3. Andre nasjonale føringer	6
3. Lokale føringer	7
3.1. Kommuneplan 2015-2027	7
3.2. Handlingsplan 2017-2020.....	9
3.3. Agendarapporten	10
4. Nøkkeltall	11
4.1. Befolkningsutvikling	11
4.2. Framskrivning av personer med demens.....	11
5. Status og utfordringer.....	12
5.1. Etablerte tilbud og tjenester	12
5.2. Utfordringer.....	13
6. Strategier.....	17
7. Referanser	21

Forord

Det forventes en økning i antall personer med demens i Nittedal kommune i årene som kommer. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil mange få behov for sykehjemsplass, men de fleste bor først flere år i eget hjem. En norsk forskningsrapport har funnet at det i snitt tar tre år fra symptomdebut til demensdiagnosen blir stilt, og tre år etter diagnose-tidspunktet har halvparten av pasientene flyttet på sykehjem. Sykehjemsoppholdet utgjør 70 % av kommunens kostnader til demenspasienter (1).

Å få en demensdiagnose innebærer gjerne stor sorg, både for den som blir syk og for pårørende. De kognitive endringene kan være vanskelige både å forstå, håndtere og akseptere. Med økende tap av funksjon kan utfordringene i hverdagen bli betydelige, og pårørende utsettes ofte for omsorgsbelastning. I en slik krevende situasjon er det avgjørende å bli møtt og ivaretatt på en god måte av det kommunale hjelpeapparatet.

I fremtiden må kommunen gi tjenester til enda flere enn i dag – til en lavere kostnad – og det er et mål at innbyggerne skal bo hjemme lengst mulig. Hvis vi skal lykkes med dette, må hovedfokuset i denne planperioden være å videreutvikle tjenestene for hjemmeboende.

Et differensiert og velutviklet tjenestetilbud og faglig kompetanse er grunnleggende for å gi god demensomsorg. For personer med demens og deres pårørende er det viktig å bli møtt med respekt, varme og kompetanse i alle ledd. For å oppnå dette er vi avhengige av at alle ansatte bidrar til gode møter mellom mennesker – hver eneste arbeidsdag.

Vi håper at temaplanen bidrar til at personer med demens...

- får være involvert i den grønne kulturbygda
- deltar i opplevelser
- blir gitt omsorg når de trenger det
- har glede av naturen, det varierte kulturlandskapet og friluftsliv
- kan fortsette å delta i frivillige organisasjoner
- lever det gode liv i Nittedal

Linda Kristin Svendsen
Demenskoordinator

Rita Romskaug
Lege

1. Innledning

1.1. Bakgrunn og mål

Nittedal kommunes «Demensplan 2009-2015» vektla tiltak i tidlig fase i sykdomsforløpet, med mål om å utsette behovet for sykehjemsplass og bidra til et bedre liv hjemme sammen med pårørende. De fleste foreslåtte tiltakene ble gjennomført i planperioden. I forbindelse med behandling av handlingsplanen i 2015 ble det politisk vedtatt at en ny temaplan skulle utformes i løpet av 2016.

Hovedmål for «Temaplan for demensomsorg 2016-2020»:

- Samle lokale føringer av relevans for demensomsorgen i Nittedal kommune
- Presentere nasjonale føringer og statistikk
- Identifisere utfordringer og satsningsområder
- Velge strategier som skal være førende for de årlige handlingsplanene i perioden, og dermed gi retningen for utviklingen av demensomsorgen i kommunen

1.2. Arbeidet med temaplanen

For å kunne velge fornuftige strategier for fremtidens demensomsorg har det vært viktig å få frem ulike synspunkter på nåværende utfordringer. Ansatte med kompetanse på demens har drøftet utfordringene ut fra et faglig perspektiv, og vi har innhentet kommentarer fra relevante kommunale tjenester og fastleger. I forbindelse med «kick-off» for temaplanen ble det arrangert dialogkafé, og her kom både ansatte, brukere, pårørende og brukerorganisasjoner med viktige innspill. Det er i tillegg gjennomført et brukerreiseseminar, hvor pårørende fortalte om sine erfaringer til et tverrfaglig utvalg ansatte fra tjenestene.

1.3. Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på en kronisk tilstand som kan skyldes ulike sykdommer eller skader i hjernen. De vanligste sykdommene som fører til demens er Alzheimers sykdom, lewy-legeme-sykdom og hjerneslag. Sykdommene er progressive, og symptomene vil derfor utvikle seg og forverres over tid. De ulike årsakene til demens har sine særtrekk når det gjelder hvilke symptomer som kommer først og hvor intense de er. Lengden på sykdomsforløpet, fra man først oppdager symptomer og til pasienten dør, varierer. Hos noen er sykdomsforløpet så kort som fire-fem år, hos andre opp til 20 år. (2)

Kjennetegnene på demens er kognitiv svikt, personlighetsendringer og redusert evne til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive symptomet er redusert hukommelse, men demens kan også føre til blant annet språksvikt, rom-/retningsvansker og svekket orienteringsevne. En del personer som rammes av demens viser manglende innsikt, og mange plages av nevropsykiatriske symptomer som uro, angst, depresjon, aggressivitet, vrangforestillinger, hallusinasjoner og apati. (3)

2. Nasjonale føringer

2.1. Demensplan 2020

Formålet med den nasjonale «Demensplan 2020» er å skape et mer demensvennlig samfunn. Dette krever større åpenhet og økt kunnskap om demens i samfunnet generelt, og i helse- og omsorgstjenestene spesielt. Det slås fast at dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste ikke er tilstrekkelig tilrettelagt for personer med demens og deres pårørende, og at det er nødvendig med endringer både når det gjelder kompetanse, organisering og fysisk utforming.

Den nasjonale «Demensplan 2015» hadde tre hovedsatsningsområder; utbygging av dagaktivitetstilbud, botilbud tilpasset personer med demens og økt kunnskap og kompetanse. Planen bidro til at kommunene satte demens på dagsorden, men det er fortsatt store utfordringer og mangler i tjenestetilbudet.

Demensplan 2020 har identifisert seks områder med særlig behov for ytterligere innsats:

1. Forebygging

Regjeringen ønsker å være pådriver for å redusere risikofaktorer knyttet til demens, legge til rette for forebyggende hjemmebesøk, samt å redusere antall hoftebrudd. Fallforebygging, oppfølging av ernæring og legemiddelbruk og håndtering av rusmisbruk fremheves som viktige innsatsområder i sekundærforebyggingen.

2. Forskning, kunnskap og kompetanse

Det er behov for mer forskning og økt kunnskap og kompetanse om demens både blant ansatte i tjenestene og i samfunnet for øvrig. Ansatte i tjenestene skal ha god opplæring i demens, og det er et mål at miljøterapeutiske metoder skal utvikles og spres i hele landet.

3. Diagnostisering og oppfølging etter diagnose

Den enkelte skal være sikret utredning ved mistanke om demens, og få god oppfølging etter diagnose. Det skal utvikles og implementeres en nasjonal faglig retningslinje om demens, og regjeringen ønsker bl.a. at flere pasienter skal få tilbud om koordinator og individuell plan.

4. Fleksible og differensierte aktivitets- og avlastningstilbud

Det er stort behov for flere aktivitets- og avlastningstilbud til personer med demens og deres pårørende. Tilbudene må i større grad enn nå bli gitt fleksibelt og differensiert; innholdet må tilrettelegges ut fra den enkeltes preferanser og behov. Samarbeid med frivillige må styrkes, og det påpekes behov for aktivtører, støttekontakter og brukerstyrt personlig assistanse.

5. Tilpassede tjenester gjennom hele sykdomsforløpet

Kommunen må ha et tilstrekkelig tilbud slik at alle kan gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Hjemmetjenestene skal sikre god og systematisk oppfølging av personer med demens, sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsboliger skal tilrettelegges, og den palliative behandlingen må styrkes.

6. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse

Personer med demens og deres pårørende skal involveres i beslutninger som angår dem, ha innflytelse på utformingen av eget tjenestetilbud og delta i samfunnet på linje med andre.

2.2. Omsorg 2020

«Omsorg 2020» er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen, og følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg.

Omsorg 2020 består blant annet av:

- Kompetanseløft 2020, som har som formål å bidra til en faglig sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig og kompetent bemanning.
- Investeringsstøtte til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger.
- Program for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk, som skal bidra til å bedre vilkårene for de som påtar seg omfattende omsorgsoppgaver og bedre samspillet mellom den offentlige og den uformelle omsorgen.
- Velferdsteknologiprogrammet, som har som hovedmål at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020.
- Tilskudd til innovasjon og forskning som skal bidra til å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle nye bærekraftige løsninger.

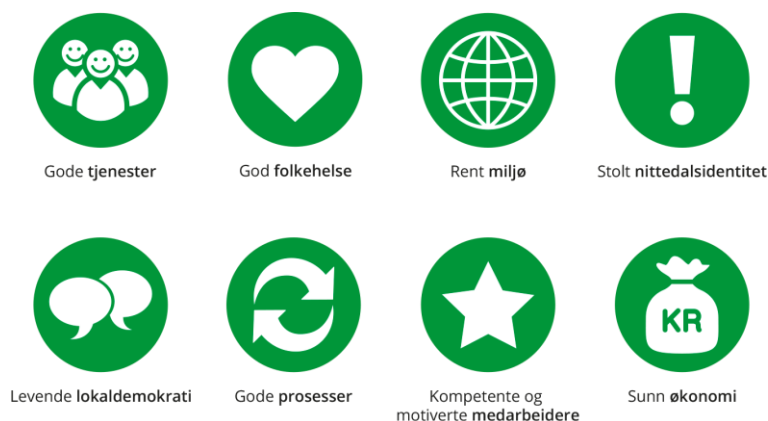
For å sikre bedre kvalitet i tjenestene løfter regjeringen fram nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Der beskrives blant annet følgende om hva som kjennetegner en fremtidsrettet tjeneste:

«En fremtidsrettet tjeneste er en tjeneste som tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet.»

2.3. Andre nasjonale føringer

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Meld. St. 10 (2012-2013): God kvalitet – trygge tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten
- Meld. St. 16 (2011-2015): Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Meld. St. 19 (2014-2015): Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter
- Meld. St. 25 (2005-2006): Mestring, muligheter og mening – fremtidens omsorgsutfordringer
- Meld. St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Meld. St. 29 (2012-2013): Morgendagens omsorg
- Meld. St. 47 (2005-2009) Samhandlingreformen
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- NOU 2011:11: Innovasjon i omsorg
- HelseOmsorg21: Et kunnskapssystem for bedre folkehelse
- Bolig for velferd: Nasjonal strategi for boligsosialt arbeid (2014-2020)
- Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne

3. Lokale føringer



Figur 1. Nittedal kommunes strategiske styringsmål

Nittedal kommunes strategiske styringsmål legger overordnede føringer for kommunens øvrige planverk. Relasjonene mellom kommunens planer og styringsdokumenter er beskrevet i figuren nedenfor.



Figuren viser hvordan gjeldende kommuneplan legger føringer for temaplaner, handlingsplan og virksomhetsplaner. Dette er i tillegg til andre vedtak som legger føringer for 2016 og resten av fireårsperioden. Temaplanen blir en integrert del av kommunens styringsdokumenter, som skal ta utgangspunkt i ett eller flere av kommunens strategiske styringsmål. Som figuren skisserer, vil kommuneplanen og denne temaplanen for demensomsorg legge føringer for relevante deler av handlingsplanen.

3.1. Kommuneplan 2015-2027

Kommuneplanen er det strategisk styrende dokumentet for hele kommunen, og gir en beskrivelse av satsningsområder og strategier på overordnet nivå. Vi oppsummerer her det viktigste av relevans for demensomsorgen.

Gode tjenester

«Samhandling, individuelt tilpassede tjenester, innovasjon, effektivitet og kompetanse.»

Et sentralt mål er trygghet for å få gode tjenester til rett tid. Morgendagens helse- og omsorgstjenester skal legge til rette for at brukerne i større grad får brukt egne ressurser og blir boende i eget hjem, men det er også et mål med differensierte botilbud.

For at innbyggerne skal motta koordinerte og helhetlige tjenester må de ulike aktørene samarbeide tett og godt. Slik sikrer man effektive tjenester med riktig kvalitet. Kommunen ønsker nært samarbeid med brukerne og deres nettverk, og samhandling på tvers av

tjenester og nivåer. Samarbeid med eksterne tjenester, næringsliv og frivillige organisasjoner skal også styrkes.

Kommunen vil gi individuelt tilpassede tjenester og legge vekt på deltagelse og medvirkning i utformingen av tilbud. Det er et mål å mobilisere innbyggernes egne ressurser og å gi dem bedre veiledning, slik at flere blir selvhjulpne.

Innovasjon skal løftes frem som vesentlig for å utfordre og stimulere til nytenkning og best mulige løsninger i fremtidens tjenesteproduksjon. Ressurser skal brukes fleksibelt i forhold til hvor behovene er. Det skal utvikles større variasjon i tjenestetilbudet tilpasset brukernes behov, og velferdsteknologi skal tas i bruk.

Kommunen skal strebe etter å gi tjenester med størst mulig effekt i forhold til ressursinnsatsen. Det skal tas i bruk nye metoder og ny teknologi der det har en effektiviseringsgevinst, man skal forebygge fremfor å reparere, og tilby riktig tjenestenivå.

God folkehelse

Alle skal ha mulighet for et godt og aktivt liv. Nittedal skal være et lokalsamfunn med plass til alle, hvor kommunen bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller og fremmer god psykisk og fysisk helse. Kommunen skal legge til rette for at eldre er trygge, aktive og selvhjulpne. Det skal utvikles aktivitetsfremmende tilbud og møteplasser for alle grupper for å forebygge ensomhet, og «Vi bryr oss» skal videreutvikles til å gjelde alle aldersgrupper.

Helsefremmende og forebyggende tiltak skal iverksettes for innbyggere i risikogrupper, og det er et mål å avdekke og begrense helseutfordringer tidlig for å hindre sykdomsutvikling. Det skal legges til rette for hverdagsaktivitet, og helse- og omsorgstjenestene skal planlegge for mer aktiv omsorg.

Levende lokaldemokrati

Kommunen vil legge til rette for deltakelse og medvirkning, og det er et mål med økt brukermedvirkning ved utforming og tildeling av tjenester. Kommunen skal lytte til brukerne og anerkjenne brukerorganisasjonenes arbeid, og vil også stimulere til og anerkjenne frivillighetsarbeid.

Kompetente og motiverte medarbeidere

Nittedal kommune skal sørge for relevant faglig kompetanse i alle stillinger. Det må legges til rette for at medarbeiderne kontinuerlig utvikler sin kompetanse i tråd med endringer i krav og behov. Samarbeidskompetanse skal vektlegges og styrkes. Kommunen skal ha en plan for kompetanseutvikling. Det skal drives kompetanseutvikling i fellesskap og team, og spisskompetanse skal utvikles der det er hensiktsmessig. For å utvikle og opprettholde kompetanse over tid må kommunen beholde sine medarbeidere, og motivasjon og tilfredshet er viktige forutsetninger for å klare dette.

3.2. Handlingsplan 2017-2020

Rådmannen har nylig lagt frem forslag til handlingsplan 2017-2020. Prioriteringene og satsningene av størst relevans for demensomsorgen gjengis nedenfor.

Tjenester til hjemmeboende

Handlingsplan 2016-2019 stadfestet at det legges opp til en betydelig satsing på hjemmetjenester. Enheten er i gang med en organisasjonsutviklingsprosess som har som mål å tilby en mer effektiv og tverrfaglig sterkere tjeneste. Det ble foreslått en opptrapping av hjemmetjenesten over tre år, i tråd med målsetningen om at flere skal få dekket behovet for tjenester hjemme. Handlingsplan 2017-2020 foreslår å forsere opptrappingen av tjenesten for å sikre at kapasiteten er tilstrekkelig.

Sykehjemsplasser og bokollektiv

Utbyggingen av 12 nye sykehjemsplasser ble ferdigstilt i 2016. Det er et mål at dekningsgraden for sykehjemsplasser skal gå ned, og driften av nye plasser må ikke trappes opp utover hva som er det reelle behovet. Det er satt av midler i 2017 til ombygging av en ny etasje i serviceboligen på Skytta til bokollektiv for demente.

Helsehus

Det vises til behandling av plassering av Helsehus Kst-sak 74/16. Rådmannen utreder nå alternative forslag til funksjonsprogram for et nytt Helsehus.

Forebygging

Opptrapping av forebyggende tjenester er sentralt for å redusere kommunens utgifter på sikt. I 2017 prioriteres opptrapping fysioterapi, etablering av lærings- og mestringstilbud i regi av frisklivssentralen, og ressurser til å utvikle støttekontakt og fritidstilbud.

Boligutvikling

Utvikling av alternative boligtiltak er avgjørende for at kommunen skal lykkes med endringsarbeidet i eldreomsorgen. Sektoren har i 2016 fått opprettet en ny enhet for bolig og tilflytting og under denne samlet eksisterende ressurser i et boligkontor. Boligmeldingen vil bli lagt fram i 2017.

Digitalisering – velferdsteknologi

Sektoren har etablert en teknologisk plattform for velferdsteknologi på Døli bo- og omsorgssenter. Arbeidet fortsetter på Skytta i 2017. I 2017 vil kommunen vurdere 50 nye løsninger for trygghetsalarmer og annen velferdsteknologi for hjemmeboende.

Organisasjonsutvikling og kompetanse

Den store snuoperasjonen sektoren er inne i krever ledere med kompetanse, engasjement og evne til å lede endringsprosesser, og en organisasjon som har ressurser til å implementere ny kunnskap og nye arbeidsmetoder. Sektoren driver et kontinuerlig organisasjonsutviklingsarbeid for å tilpasse organisasjonen til nye oppgaver. Koordinering og samhandling vil stå i fokus i 2017. Det kreves ny kompetanse på flere områder.

3.3. Agendarapporten

Kommunen fikk i 2015 gjennomført en utredning av framtidig behov for heldøgntilbud og andre boformer for eldre. De fleste ønsker å bo i eget hjem så lenge som mulig, og kommunens viktigste rolle er å legge til rette for dette. I rapporten anbefales kommunen å ha ambisiøse mål om økt satsning på hjemmebasert omsorg og egenmestring. Dette kan gjøres via velferdsteknologi, mobilisering av frivillige og pårørende, hverdagsrehabilitering, god samhandling på tvers, gode rutiner for bruk av korttidsplasser mv. Videre fremheves forebyggende innsats rettet mot eldre, og muligheter for å delta i sosiale nettverk.

Det må lages planer for gjennomføring av slike tiltak, og midler må tilføres i budsjettet og økonomiplanen. I årene fremover blir det nødvendig med flere årsverk i hjemmebaserte tjenester. En vellykket satsning på egenmestring og hjemmebasert omsorg vil kunne gi en vesentlig reduksjon av behovet for institusjonsplasser. Det foreslås at Skytta får rolle som demenssenter, og at det utvikles rutiner for hvordan kompetanse om demens skal spres.

Utvikling av institusjoner og andre boformer for eldre

I dag blir ca. 80 % av heldøgntilbudet gitt i sykehjem, og 20 % i omsorgsboliger. Rapporten anbefaler at en større del av heldøgntilbudet gis i omsorgsboliger. Flere vil da få et tilbud med mindre karakter av institusjon, og tilbudet krever noe mindre bemanning.

Det vises til anbefalinger i Nova (2014), som anbefaler å utvikle en boligpolitikk for eldre. Det foreslås demensvennlige boliger, og at kommunen bør hente inspirasjon fra forskning og praksis om hva som skal til for å etablere slike boliger. Rapporten anbefaler å bygge bemanningsvennlige boliger, hvor det bor mange eldre med middels behov for bistand. Bemanningen bør tilpasses hvordan tjenestebehovet for beboerne utvikler seg.

Hvor i kommunen bør det bygges?

I årene som kommer vil det være nødvendig med omfattende utbygging av ulike type boliger for eldre. Det er lagt til grunn i Agendarapporten at kommunen satser på utvikling av botilbud på Skytta, Døli og Rotnes-området.

Agendarapporten – forslag til mulig utvikling av tilbudet til personer med demens
Avlastning i hjemmet, støttekontakter, dagsenter med utvidet åpningstid, differensiert dagtilbud, avlastningsplasser/korttidsplasser på Skytta, forsterkede skjermede plasser, plasser som egner seg for ektepar, flere bokollektiv med heldøgns bemanning, tilbud til yngre med demens, velferdsteknologi.

4. Nøkkeltall

4.1. Befolkningsutvikling

Kommuneplan 2015-2027 oppsummerer den forventede befolkningsutviklingen i Nittedal. Som man ser av tabellen vil antall eldre både i aldersgruppen 80-89 år og 90+ fordobles fra 2013 til 2027.

Tabell 1. Befolkningsframskriving for perioden 2013-2027

	0-12	13-19	20-39	40-69	70-79	80-89	90+
2013	4 039	2 247	5 116	9 131	1 281	492	79
2027	5 145	2 674	6 231	11 589	1 877	1 095	165
Endring	1 106	427	1 115	2 458	596	603	86

Kilde: Kommuneplan 2015-2027/Asplan Viak AS

4.2. Framskrivning av personer med demens

Det er knyttet usikkerhet til forekomsten av demens. I Demensplan 2020 loves en prevalensundersøkelse som vil kunne gi sikrere estimater. Våre tall bygger på Rotterdamstudien (4) og SSBs framskrivningstall fra 2011. Både en stor metaanalyse og Alzheimer Europe har imidlertid publisert tall som viser høyere forekomst enn dette (5, 6). Samtidig viser nyere undersøkelser at andelen personer med demens blant eldre går ned. Selv om økningen i antall eldre gjør at det likevel er en vesentlig økning i antall personer med demens, ser økningen ut til å være mindre enn tidligere antatt (1, 7). Et fremtidig større fokus på å redusere risikofaktorer for utvikling av demens vil også kunne påvirke tallene.

Tabell 2. Framskrivning av personer med demens i Nittedal kommune

	2015	2020	2025	2030	2035	2040
65-69 år	10	10	11	14	16	16
70-74 år	18	22	20	23	30	33
75-79 år	34	48	58	56	63	82
80-84 år	61	75	110	134	131	149
85-89 år	54	75	96	145	177	177
90+	37	43	59	80	123	160
Sum	214	272	355	452	539	617

Kilde: Basert på tall fra Rotterdamstudien (Ott et al. 1995) og SSBs framskrivningstall fra 2011

5. Status og utfordringer

5.1. Etablerte tilbud og tjenester

Nittedal kommune har jobbet systematisk med utvikling av demensomsorgen de senere årene. Tilbud og tjenester av særlig relevans for personer med demens og deres pårørende er oppsummert i tabell 3.

Tabell 3. Oversikt over etablerte tilbud og tjenester

<p>HUKOMMELSESTEAM Etablert 2012. Demenskoordinator jobber tett mot personer med demens og deres pårørende. Samarbeid med kommunens øvrige tjenester. Utviklingsarbeid. Lege én dag i uken fra 2014.</p> <p>DAGAKTIVITETSTILBUD Markerud gård aktivitetshus: Etablert 2014. Samarbeid mellom kommunen og frivillige om tilbud til personer med demens i tidlig fase. Aaraas gård: Etablert 2016. 6 plasser to dager i uken. Tilbud for personer med demens. Dagsenter Skytta: Etablert 2011. 10 plasser spesielt tilrettelagt for personer med demens. Dagsenter Døli: 14 plasser hver dag. Ulike brukergrupper, ikke spesielt tilrettelagt for personer med demens, men noen kan nyttiggjøre seg av tilbudet i en startfase av demensforløpet.</p> <p>FRIVILLIGHET Gårdskafé, aktivitetsvenn, besøksvenn.</p> <p>HJEMMEBASERT OMSORG Hjemmesykepleie: Hjelp, veiledning og medisinsk behandling i hjemmet. Praktisk bistand: Skal bidra til å gjøre den enkelte mest mulig selvhjulpent i dagliglivet og/eller hjelpe den enkelte til å bli boende i eget hjem.</p> <p>ANDRE TJENESTER Generelle tjenester som også kan være aktuelle for personer med demens: Hverdagsrehabilitering, Innsatsteam, ergoterapi, fysioterapi, Friskliv, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent (BPA), hjelpestønad.</p>	<p>PÅRØRENDE Pårørendeskole: Oppstart 2013. Én gang årlig (fem kvelder med undervisning/gruppesamtaler). Samtalegrupper: Oppstart 2015. Én gang årlig (fire samlinger). Psykisk helseteam: Tilbud om samtaler ved lett/moderat angst/depresjon eller livskrise. Kurstilbud: Friskliv og Enhet for helse arrangerer kurs rettet bl.a. mot mestring av belastning, depresjon og søvnvansker. Omsorgslønn: Økonomisk bidrag til pårørende som yter omsorg for personer med omfattende behov.</p> <p>BOFORMER OG HELDØGNSTILBUD Omsorgsboliger med bemanning deler av døgnet: 30 boliger Skytta + 30 boliger Døli. Bofellesskap for personer med demens: Etablert 2015. Seks leiligheter ved Skytta bo- og servicesenter. De tre resterende korridorene i serviceleilighetene skal også omgjøres til bofellesskap, én korridor pr. år. Korttid, rehabilitering og avlastning i institusjon: 27 plasser ved Døli pleie- og omsorgssenter. 1 plass ved Skytta demenssenter. Langtidsplasser institusjon: 29 plasser ved Skytta demenssenter, for beboere med demens og særlig behov for miljøbehandling. Døli pleie- og omsorgssenter har 59 langtidsplasser.</p>
--	--

5.2. utfordringer

I de neste avsnittene oppsummeres utfordringene kommunen står ovenfor i dagens demensomsorg. Innholdet er basert på innspill fra kommunalt ansatte i ulike tjenester, fastleger, brukere, pårørende og brukerorganisasjoner.

Demensomsorg for hjemmeboende

Hjemmebaserte tjenester

Antallet brukere av hjemmetjenester og antall vedtakstimer er jevnt økende. Tjenesten er under press etter å ha fått mange nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen og kommunens vedtatte strategi om «mer hjemmebasert omsorg». En norsk studie fant nylig en forekomst av demens på 41,5 % hos eldre brukere av hjemmetjenester, men over 80 % av disse manglet en formell diagnose. I tillegg hadde 27,8 % av brukerne lett kognitiv svikt. Totalt hadde over halvparten av brukerne minst ett nevropsykiatrisk symptom (8). Den forventede økningen i antall hjemmeboende personer med demens vil gjøre dette til en enda større og viktigere pasientgruppe for hjemmesykepleien fremover.

En av de største utfordringene ansatte i hjemmebaserte tjenester møter, er at brukerne med demens ofte mangler innsikt og derfor ikke ønsker å motta hjelp. For å få gitt nødvendig helsehjelp er det viktig med trygghet, forutsigbarhet og fokus på miljøbehandling med bruk av systematiske, tillitsskapende tiltak. I dag er tjenesten organisert slik at det ofte er mange ulike ansatte som følger opp den enkelte bruker. Dette kan i seg selv gjøre det vanskelig å gi personsentrert omsorg. Hjemmesykepleien erfarer at mange, korte tilsyn hver dag kan føre til økt forvirring og irritasjon, og ønsker seg i stedet mulighet til å gjøre færre besøk av lengre varighet. Dette vil kunne gjøre det enklere å bygge tillit, og vil også gi bedre observasjoner av brukernes kognitive funksjon. Mange ansatte i hjemmesykepleien har god kunnskap om demens, men det er viktig at disse organiseres slik at kompetansen kommer innbyggerne til gode uavhengig av geografisk bosted. Kunnskapen om demens og personsentrert omsorg må dessuten økes slik at *alle* ansatte blir i stand til å mestre de daglige utfordringene.

Av og til blir pasientenes funksjonsnivå så dårlig at hjemmesituasjonen blir uforsvarlig. Dersom pasientene ikke frivillig ønsker å flytte til institusjon, skal det da i følge pasient- og brukerrettighetsloven settes inn tillitsskapende tiltak for å forebygge bruk av tvang. I dag er det ikke mulighet til å gi fleksibel miljøbehandling i en slik grad at dette lykkes så ofte som ønskelig.

Systematisk oppfølging

En annen utfordring er manglende systematisk oppfølging av hjemmeboende med demens. Manglende oppfølging kan gjøre at man ikke fanger opp forverring som kan forebygges eller behandles, for eksempel akutt/økt forvirring på grunn av underliggende somatisk sykdom, legemiddelrelaterte problemer eller ernæringssvikt. Pasientene reflekterer sjelden rundt sine plager selv, og symptomene kan fort tilskrives selve demenssykdommen. Det er også fare for at man ikke avdekker ny somatisk sykdom, eller for at kroniske sykdommer ikke følges godt nok opp.

Pårørende

En norsk rapport (1) fastslår at 90 % av personer med demens mottar hjelp fra pårørende. Når demensdiagnosen blir stilt, ytes det i gjennomsnitt 60-85 timer hjelp i måneden. Mengden hjelp forblir konstant over et langt tidsrom, men rett før innleggelse på sykehjem yter pårørende rundt 160 timer hjelp i måneden (tilsvarende et årsverk). Dette står i kontrast til hjelpen som ytes fra det offentlige, der det kun er en liten økning i ressursbruk rett forut for sykehjemsinnleggelse. Pårørende har altså ofte betydelig omsorgsbelastning, noe som kan ha konsekvenser både for deres egen helse, for deres rolle som omsorgsgiver, og for samarbeidet med kommunens helse- og omsorgstjeneste.

De fleste pårørende har stort behov for avlastning, og flere har formidlet viktigheten av at dette gis i så stor grad at det gir en reell avlastning. En særskilt tilbakemelding har kommet fra enkelte pårørende som har bodd sammen med en forelder med demens. I slike tilfeller kan hjelpetilbudet bli vurdert som forsvarlig fordi den syke bor sammen med en yngre pårørende, som i prinsippet er i stand til å yte mye hjelp. Det har vært tilfeller hvor dette har ført til helt utslitte pårørende før det er blitt innvilget opphold i tilrettelagt bolig/institusjon.

Den tydeligste tilbakemeldingen fra pårørende er deres behov for en fast kontaktperson med kompetanse på demens som følger opp tett. Pårørende trenger kunnskap om demens og veiledning i å håndtere daglige utfordringer. Pårørendeskolen gir grunnleggende informasjon, men dette er ikke tilstrekkelig. Pårørende vektlegger betydningen av gode møter, og å bli møtt med forståelse og kunnskap av fagpersonell i alle deler av tjenestene. Det er også ytret behov for noen å samtale med; både andre pårørende i samme situasjon, men også fagpersoner som kan hjelpe den pårørende å håndtere egne psykiske utfordringer som følge av omsorgsbelastning og sorg.

Dagaktivitetstilbud og avlastning

Kommunens etablerte tjenester er dagsenter ved Døli og Skytta, Inn på tunet ved Aaraas gård, samt Markerud gård aktivitetshus. Vi har erfart at Inn på tunet og Markerud er viktige tilbud for brukere som har takket nei til vanlig dagsenterplass. Kommunen har hatt fokus på å skape differensierte dagaktivitetstilbud de senere årene. Vi har fått til gode tjenester, men likevel dekker de ikke alle behov. Noen brukere kan ha andre interesser som gjør disse tilbudene lite attraktive, eller er kanskje ikke komfortable med å delta i slike større, sosiale fellesskap. I en del tilfeller er det i det hele tatt vanskelig å motivere pasientene til å benytte seg av tilbud utenfor eget hjem, ofte på grunn av dårlig innsikt og nevropsykiatriske symptomer. Hvis man ikke finner et tilbud som passer, har ansatte og pårørende sett flere tilfeller hvor dette fører til negative konsekvenser (f.eks. sosial isolasjon, økte psykiatriske symptomer, ernæringssvikt og redusert fysisk helse). Pårørende til disse pasientene rapporterer ofte spesielt stor belastning, og etterlyser alternative former for aktivitet og avlastning.

Velferdsteknologi

Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til at noen kan bo hjemme lenger, men kommunen har foreløpig ikke etablert et slikt tilbud. Pårørende etterlyser særlig behov for GPS, mobil trykkgjeldsalarm og dørvarsler. I dag er det hovedsakelig pårørende som er ansvarlige for å administrere GPS. De må da både monitorere og eventuelt hente personen, og opplever at dette er et stort ansvar å være alene med.

Samhandling

Tildeling av tjenester

Samarbeidet mellom tildelingsenheten og ulike tjenester er ikke optimalt samkjørt, og preges noe av dobbeltarbeid. Enkelte pårørende bemerker at det virker som at hjelpebehovet først kartlegges av én tjeneste, og at det samme deretter kartlegges på ny av tildelingsenheten. Ulike synspunkt på når det er riktig å iverksette tiltak er en utfordring for samarbeidet. Noen pårørende opplever kontakten med kommunen som uoversiktlig og unødig tungvint når det er mange ulike kontaktpersoner involvert i prosessene. Man har også sett at det kan ha en negativ effekt på brukerne hvis mange ulike ansatte er involvert. Dette gjelder særlig i de tilfellene hvor nedsatt innsikt er et problem, og tillitsskapende tiltak er viktig for å få iverksatt nødvendige tjenester.

Fastleger

De fleste forespurte fastlegene er godt fornøyd med samarbeidet med hjemmesykepleien og øvrige kommunale tjenester. Noen kommenterte imidlertid at de ønsker tettere dialog med hjemmesykepleien, da de f.eks. har opplevd plutselig å få presentert alvorlige problemstillinger som de mener burde vært kommunisert på et tidligere stadium. Hjemmesykepleien på sin side er også stort sett fornøyd med samarbeidet med fastlegene, men ønsker også enda tettere kontakt. Enkelte pårørende har opplevd at fastlegen ikke har ønsket å iverksette demensutredning selv om pasient og pårørende selv har bedt om det.

Pasientforløp

En generell utfordring er å få til sømløse og gode pasientforløp. Pårørende ønsker at pasientene skal få både dagtilbud, avlastning og permanent institusjonsopphold i samme miljø. I dag er dette vanskelig å få til. De fleste dagsenterplassene for demens er på Skytta, avlastningsplassene er på Døli, og pasientene får tilbud om sykehjemsplass både på Døli og Skytta. Enkelte pårørende har opplevelsen av at pasientene flyttes «som en pakke» mellom ulike institusjoner. Pårørende og ansatte har sett at det å flyttes mellom ulike miljøer gjør de mest sårbare pasientene utrygge, og at det kan føre til økt forvirring.

Demensomsorg i institusjon

Avlastningsopphold

For tiden gis tilbudet om avlastningsopphold i institusjon ved Døli pleie- og omsorgssenter. Vi har fått tydelige tilbakemeldinger fra pårørende og ansatte i tjenestene om at dette ikke er en ønskelig situasjon. Korttidsavdelingen på Døli har flere andre utfordrende pasientgrupper, og er ikke tilrettelagt for å gi avlastning til personer med demens. Det brukes for en stor del dobbeltrom, planløsningen er lite egnet, personalet mangler kompetanse på miljøbehandling, og presset på å ivareta andre (ofte somatisk alvorlig syke) pasienter gjør at man ikke har den roen i avdelingen som skal til for å ivareta pasienter med demens og atferdsforstyrrelser.

Langtidsplass

Skytta demenssenter er godt tilrettelagt for pasienter med stort behov for miljøbehandling og/eller som har utfordrende atferd. En utfordring er imidlertid at disse plassene også benyttes av pasienter som ikke lenger har behov for tilrettelagt behandling. Pårørende ønsker ofte, naturlig nok, at pasientene får bo på samme sted hele sykdomsforløpet. For å benytte de ansattes kompetanse best mulig, og for å gjøre plassene tilgjengelig for de som trenger

det mest, er det likevel et ønske fra kommunen at de som ikke lenger nyttiggjør seg tilbudet flytter til Døli.

Spesialisthelsetjenesten

Det har blitt færre psykiatriplasser i spesialisthelsetjenesten. Innenfor alderspsykiatri endres tjenesten i retning av færre sengeplasser og økt kapasitet på poliklinisk oppfølging, noe som gir større behov for skjermede plasser og spesialkompetanse i kommunene. Nittedal kommune mangler en forsterket skjermet avdeling for utagerende personer med demens. Pårørende både på Skytta og Døli har reagert på situasjoner hvor andre pasienter har blitt utsatt for utagerende adferd. Pasientene som utagerer har behov for mer skjerming enn det er mulig å få til på en vanlig sykehjemsavdeling.

Hukommelsesteam

Hukommelsesteamets utredning av personer med demens skal foretas tverrfaglig, men det mangler sykepleier i teamet. En ergoterapeuts kompetanse er viktig blant annet for kartlegging av kognitiv svikt, aktiviteter, hjelpemidler og oppfølging av pårørende. Den manglende tverrfagligheten er en utfordring fordi en ergoterapeut ikke i like stor grad som en sykepleier er utdannet til å vurdere f.eks. somatisk sykdom og legemiddelbruk. At Hukommelsesteamet mangler sykepleier med kompetanse på disse områdene kan føre til at viktige vurderinger går tapt. Det er også en utfordring at teamets legeressurser delvis benyttes til oppgaver som kunne vært utført av en sykepleier. Selv om legen blir involvert i enkeltsaker er det ikke tid til å vurdere alle, dessuten går dette på bekostning av den medisinskfaglige oppfølgingen som kun kan utføres av lege.

Hukommelsesteamet blir ofte kontaktet av fastleger og andre tjenester med ønske om vurderinger og råd, særlig i akutte saker hvor somatisk sykdom eller psykiatri er involvert. Mangelen på tverrfaglighet er da en utfordring. Legen er bare til stede én dag i uken, mens vurderinger og tiltak i akutte saker må iverksettes umiddelbart.

Pasientgrupper med særskilte behov

Nittedal kan forvente en økning i andelen innbyggere med en annen etnisk bakgrunn enn norsk. Innvandrere har ofte andre helseutfordringer, noe som trolig vil gi kommunen et endret utfordringsbilde over tid. Utredning og oppfølging ved demens må tilpasses denne pasientgruppen.

Personer med utviklingshemning blir eldre enn før. Enkelte grupper, som personer med Down syndrom, har økt risiko for å utvikle demens. Kommunen mangler strategier for utredning og oppfølging av demens hos denne brukergruppen.

Langvarig alkoholoverforbruk kan føre til kognitiv svikt og demens, og personer med demens av andre årsaker kan ha et rusproblem. Kommunen mangler strategier for samarbeid og kompetanseoverføring i oppfølgingen av disse pasientgruppene.

6. Strategier

Nasjonale og lokale føringer er viktige for våre valg av strategier, i tillegg til kartleggingen av kommunens utfordringsbilde (kapittel 5). For å integrere temaplanen med kommunens øvrige plandokumenter har vi valgt å gruppere strategiene etter utvalgte overordnede styringsmål samt relevante overskrifter hentet fra Kommuneplan 2015-2027.

Det er etablert mange gode tjenester for personer med demens, men vi ser likevel behov for bedre pasientforløp og flere, mer individuelt tilpassede tiltak. Den forventede økningen i antall personer med demens vil gi økte behov i mange av tjenestene. Kommunen har en målsetning om at innbyggerne skal bo lengst mulig i eget hjem. For å gi hjemmeboende med demens et godt tilbud, og for å legge til rette for å bo hjemme, er det her hovedfokus for videre utvikling bør ligge i denne planperioden.

Gode tjenester

Samhandling

Nasjonale føringer slår fast at personer med demens og deres pårørende skal ha en koordinator med kompetanse på demens. Koordinatoren bør være involvert i hele sykdomsforløpet, fra utredning til eventuell overgang til heldøgns omsorg. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal det gis tilbud om individuell plan.

For å gi gode tjenester er det avgjørende med tett samarbeid. Dette gjelder internt, på tvers av ulike tjenester, men også med fastleger, pasienter, pårørende og frivillige. Det er påbegynt et arbeid i forhold til primærhelseteam for å se på modeller for å bedre samhandlingen.

MÅL FOR PLANPERIODEN

- **Samarbeid på tvers av tjenester og nivåer:** Utrede organiseringen av tildeling av tjenester, med mål om bedre effektivitet og ivaretagelse av pasienter og pårørende. Utvikle rutiner for samarbeid og kompetanseoverføring mellom hjemmetjenesten, Hukommelsesteamet og fagmiljøet på Skytta demenssenter. Vurdere samarbeid mellom fagmiljøene innen demens, rus og psykiatri.
- **Samarbeid med fastleger:** Sikre utredning ved mistanke om demens. Styrke samarbeidet mellom fastlegene, Hukommelsesteamet og hjemmetjenestene.
- **Samarbeid med pasient og pårørende:** Tilby koordinator med ansvar for tett oppfølging. Tilby individuell plan ved behov.
- **Samarbeid med frivillige:** Videreføre samarbeidet om ulike aktiviteter som gårdscafé, aktivitetsvenn, aktivitetshus, frokostgruppe og pårørendeskole. Støtte opp under frivillige organisasjoners øvrige innsats.
- **Demensvennlig samfunn:** Samarbeide med næringsliv, frivillig og øvrige samfunnsaktører om et demensvennlig samfunn.

Individuelt tilpassede tjenester

God demensomsorg forutsetter at både pasienter og pårørende opplever trygghet, forutsigbarhet og tillit. For å oppnå dette er det viktig å ha noen få, faste personer å forholde seg til. Ledende fagmiljøer anbefaler personsentrert omsorg som fundamentet i demensomsorgen. Personsentrert omsorg innebærer blant annet at helsepersonell skal møte personer med demens med respekt, inkludere dem i et sosialt fellesskap og sørge for at de opplever aksept og empati. Personalet må gjøre seg kjent med deres behov, ønsker og livshistorie, slik at individuell behandling og omsorg ivaretas. Utfordrende atferd må forstås som et forsøk på å kommunisere behov, og må utredes systematisk for å finne bakenforliggende årsaker og prøve ut tiltak. Et siste og viktig punkt er å tilby personer med demens aktiviteter tilpasset deres interesser, behov og ferdigheter.

Systematisk oppfølging er viktig for å gi pasientene god livskvalitet og forebygge forverring, noe som er avgjørende for å oppfylle kommunens ønske om at de skal bo lengst mulig hjemme. Oppfølgingen må ha fokus blant annet på ernæring, legemiddelbruk, delirium, sosial isolasjon og psykiatri. Individuelt tilpassede avlastningstilbud som ivaretar pårørende er også svært viktig. For å øke pasientsikkerheten, og for å kunne iverksette adekvate tiltak basert på gode faglige vurderinger, er det behov for tilrettelagte akutt plasser når hjemmesituasjonen brått blir uforsvarlig. Forsterkede skjermede plasser er nødvendig for å ivareta pasienter med utagerende atferd.

MÅL FOR PLANPERIODEN

- **Hjemmetjenesten:** Utvikle og organisere virksomheten på en måte som gjør ansatte i stand til å yte personsentrert omsorg. Etablere rutiner for systematisk oppfølging av hjemmeboende med demens i samarbeid med Hukommelsesteamet.
- **Særlige innsatsområder i oppfølgingen av hjemmeboende:** Kartlegging av ernæringstilstand og utvikling av differensierte tiltak som f.eks. samspising og tilbud om tilpasset kost. Fokus på riktig legemiddelbruk, f.eks. ved bruk av Pasientsikkerhetskampanjens tiltakspakke for legemiddelgjennomganger. Fallforebygging.
- **Differensierte aktivitetstilbud og avlastningsordninger:** Videreføre Inn på tunet og aktivitetshus. Opprette flere dagaktivitetsplasser. Utvikle flere og mer fleksible avlastningstiltak som f.eks. avlastning i hjemmet og avlastning kveld/natt. Utvikle avlastning i institusjon i et miljø tilrettelagt for personer med demens. Tilby støttekontakt.
- **Pasientflyt:** Ved opprettelse av nye korttids- og dagaktivitetsplasser bør det planlegges for at flest mulig kan tilbys dette ved samme sted.
- **Institusjon:** Vurdere endringer i organiseringen av eksisterende sykehjemsplasser for å møte behovet for personer med demens. Utrede muligheten for å etablere forsterket skjermet avdeling og akutt plasser. Øke fokuset på personsentrert omsorg ved alle avdelinger.
- **Pasientgrupper med særskilte behov:** Utrede ivaretagelse av pasienter med utviklingshemming/demens og rusmisbruk/demens.

Innovasjon og effektivitet

Kommunen ønsker å stimulere til nytenkning for fremtidens omsorgsutfordringer og å gi tjenester med størst mulig effekt i forhold til ressursinnsatsen.

MÅL FOR PLANPERIODEN

- **Velferdsteknologi:** Utrede fremtidig bruk av velferdsteknologi hos hjemmeboende.
- **Ressursbruk:** Se på muligheter for organisasjonsendringer som gjør at man i større grad kan bruke ressurser fleksibelt i forhold til hvor behovene er.
- **Nettverk og pårørende:** Tenke innovativt når det gjelder involvering av nettverk og pårørende til personer med demens.

Kompetanse

God kompetanse på demens innebærer kunnskap blant annet om ulike demenssykdommer, kommunikasjon, kartlegging og observasjon, ernæring, lindrende behandling, miljørettede og psykososiale tiltak, legemiddelbehandling, etikk og lovhjemler for bruk av tvang.

Fagmiljøene anbefaler «VIPS praksismodell» (9) for implementering av personsentrert omsorg. Demensomsorgens- og Miljøbehandlingens ABC organiseres som studieringer, og er opplæring som gir faktakunnskap om demens, miljøbehandling og hvordan man møter personer med demens og deres pårørende. Praktiske verktøy, behandling og tjenester som er beskrevet som satsinger i Demensplan 2020 blir gjennomgått.

MÅL FOR PLANPERIODEN

- **Generell kompetanse:** Ansatte skal ha god kunnskap om demens og personsentrert omsorg. Satsningen på Demensomsorgens- og Miljøbehandlingens ABC må videreføres, og det bør arbeides for videre implementering av VIPS både ved sykehjem og i hjemmesykepleien.
- **Kompetanseplan:** Kommunens planlagte kompetanseplan må anerkjenne demens som viktig, og vektlegge utvikling av kompetanse på fagfeltet. Det bør vurderes nye faggrupper inn i demensomsorgen, samt konvertering av stillinger for å få inn bredere kompetanse på demens og aktiviteter/miljøbehandling.
- **Ledere:** Avdelingsledere og enhetsledere må ha god kunnskap om demens, slik at de kan lede og tilrettelegge på en måte som fremmer personsentrert omsorg.
- **Nasjonale retningslinjer:** Implementere relevante anbefalinger som blir gitt i «Nasjonal faglig retningslinje om demens» når denne blir vedtatt.

Levende lokaldemokrati

Kommuneplan 2015-2027 har fastslått at det skal legges til rette for deltakelse og medvirkning. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse er også et hovedpunkt i den nasjonale Demensplan 2020.

MÅL FOR PLANPERIODEN

- **Brukermedvirkning:** Økt brukermedvirkning ved utforming og tildeling av tjenester.
- **Frivillighetsarbeid:** Stimulere til og anerkjenne frivillighetsarbeid.

God folkehelse

Det er et mål at alle kommunens innbyggere skal ha mulighet for et godt og aktivt liv. Vi skal ha et lokalsamfunn med plass til alle – også de med demens.

MÅL FOR PLANPERIODEN

- **Tidlig innsats:** Økt fokus på tiltak som har forebyggende effekt på utvikling av demens. Forenklet kan man si at «det som er godt for hjertet, er godt for hjernen».
- **Helsefremmende tiltak:** Kommunen planlegger å videreutvikle «Vi bryr oss» til å gjelde alle aldersgrupper. Tiltaket bør også inkludere personer med demens, og det bør vurderes om satsningen på et demensvennlig samfunn skal inkluderes i dette.
- **Differensiert boligbygging:** I utredningen av Helsehus og i arbeidet med boligplanen må man se på pasientforløpene for personer med demens. Ved all bygging av boliger for eldre bør man tilrettelegge for personer med demens, siden demens vil forekomme hos en stor andel av eldre.
- **Psykisk helse:** Kommunen skal forsterke innsatsen på lavterskeltilbud psykisk helse. Dette kan være et viktig tilbud for mange pårørende til personer med demens, og også for personer i den helt første fasen av en demenssykdom. Det bør drøftes muligheter for bedre samarbeid og kompetanseoverføring.
- **Hverdagsaktivitet:** Helse- og omsorgstjenestene skal planlegge for mer aktiv omsorg.

7. Referanser

1. Bergh et al. (2015). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)*. Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet.
2. Tretteteig, S (red.). (2016). *Demensboka – Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020 – Et mer demensvennlig samfunn*.
4. Ott et al. (1995). *Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: association with education. The Rotterdam study*. BMJ.
5. Prince et al. (2013). *The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis*. Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association.
6. The prevalence of dementia in Europe: Alzheimer Europe; 2014. www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/The-prevalence-of-dementia-in-Europe/Norway
7. Matthews et al. (2013). *A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II*. Lancet.
8. Wergeland et al. (2014). *Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study*. International Psychogeriatrics.
9. Røsvik et al. (2011). *A model for using the VIPS framework for person-centered care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study*. Int J Older People Nurs.



NITTEDALKOMMUNE
der storby møter marka

Sentralbord: 67 05 90 00

Epost: postmottak@nittedal.kommune.no

Besøksadresse: Rådhusveien 1, 1482 Nittedal

www.nittedal.kommune.no

