

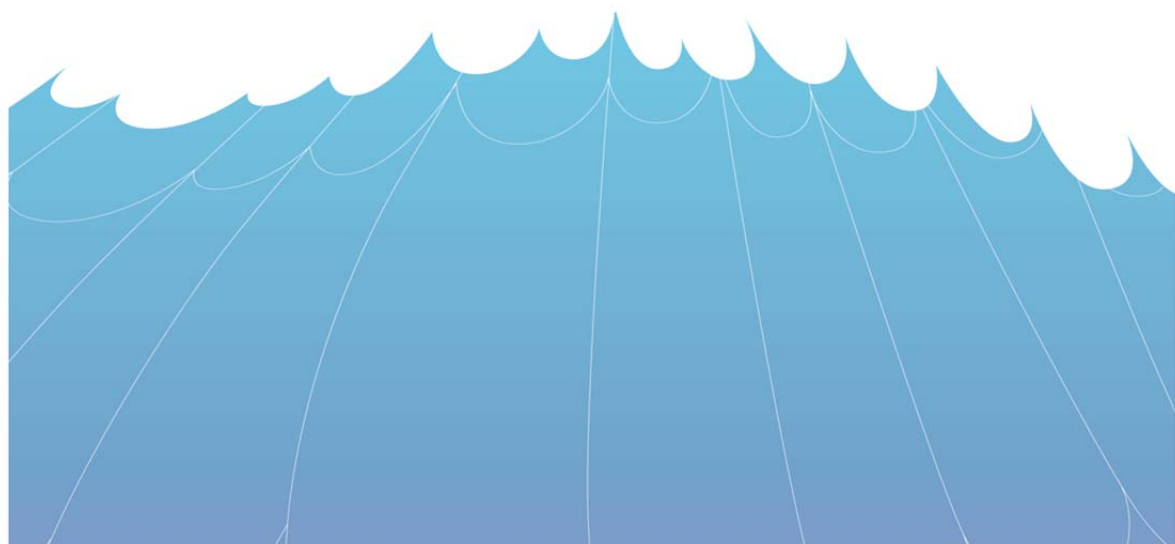
GJØVIK KOMMUNE DEMENSPLAN

2018-2025
ET MER DEMENSVENNLIG SAMFUNN

VEDTATT AV UTVALG FOR HELSE, OMSORG OG
VELFERD 23. MAI 2018



GJØVIK KOMMUNE



Innhold

1.0 Innledning	4
1.1 Forord	4
1.2 Formål og bakgrunn	4
2.0 Overordnede strategier.....	5
2.1 Overordnede nasjonale mål og strategier	5
2.2 Lokale føringer - Helse- og omsorgsplan 2025	5
2.3 Et mer demensvennlig samfunn	6
3.0 Hva er demens - forekomst og ressursbehov	7
3.1 Demenssykdommer	7
3.2 Yngre personer med demens.....	7
3.3 Utviklingshemning og demens	8
3.4 Demens hos personer med minoritetsbakgrunn.....	8
3.5 Alderspsykiatri	8
3.6 Differensialdiagnoser.....	8
3.7 Mild kognitiv svikt	9
3.8 Forekomst av demens nå og i framtida	9
3.9 Sykdomsforløp og ressursbruk	10
4.0 Å leve med demens	10
4.1 Åpenhet, forståelse og respekt.....	10
4.2 Pårørende	11
Heldøgns omsorg	11
Pårørende til yngre personer med demens.....	11
4.3 Arbeid og samfunnsliv.....	12
4.4 Velferdsteknologi	12
4.5 Bolig og fysiske omgivelser.....	12
4.6 Personsentrert omsorg	13
4.7 Lindrende behandling ved demens.....	14
5.0 Strategiske hovedgrep	14
5.1 Selvbestemmelse, involvering og deltakelse	14
Fra Nasjonal demensplan 2020.....	14
Involvering og deltakelse	14
Individuell plan og koordinator.....	15
Møteplasser og opplæring.....	15
Samtykkevurdering	16

Hva må gjøres videre:	16
5.2 Forebygging - det som er bra for hjertet er bra for hjernen	17
Fra Nasjonal demensplan 2020	17
Primærforebygging	17
Sekundærforebygging	18
Hva må gjøres videre:	19
5.3 Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose	20
Fra Nasjonal demensplan 2020	20
Demensutredning	20
Oppfølging etter diagnose.....	20
Hva må gjøres videre:	21
5.4 Aktivitet, mestring og avlastning	21
Fra Nasjonal demensplan 2020	21
Aktivitet og mestring.....	21
Dagaktivitetstilbud	22
Mestring	23
Mestring og avlastning for pårørende	23
Hva må gjøres videre:	24
5.5 Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud	24
Fra Nasjonal demensplan 2020	24
Status i Gjøvik.....	25
Arbeidslag.....	25
Ressursbruk	26
Bo lengst mulig i eget hjem.....	26
Botilbud med heldøgns omsorg	26
Framtidig kapasitet	27
Bokollektiv og langtidsopphold i sykehjem	27
Spesialisert bo- og behandlingstilbud	27
Hva må gjøres videre:	27
5.6 Forskning, kunnskap og kompetanse	28
Fra Nasjonal demensplan 2020	28
Kompetanse, engasjement og respekt	28
Kurs, ABC og videreutdanninger	28
Demenskoordinator, demensteam og fagnettverk demens	29
Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland.....	30

Samarbeid mellom USHT og Alderspsykiatrisk avdeling/ forskningscenter	31
Andre kompetansehevede tiltak	31
Hva må gjøres videre:	31
6. Oppsummerte tiltak og finansielle muligheter.	32
Fra Nasjonal demensplan 2020	32
Selvbestemmelse, involvering og deltakelse	32
Forebygging, det som er bra for hjertet er bra for hjernen	32
Aktivitet, mestring og avlastning	32
Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassende tjenestetilbud.....	33
Forskning, kunnskap og kompetanse	33
Finansielle muligheter	33
Aktuell litteratur	35

1.0 Innledning

1.1 Forord

Gjøvik kommunes demensplan skal angi retning for utvikling av demensomsorgen i Gjøvik. Planen skal bidra til at Gjøvik blir et mer demensvennlig samfunn. Det er en målsetting at innbyggere som får demens skal opprettholde et verdig liv hele livet. For å oppnå dette beskrives strategiske grep i dette dokumentet. Kunnskap om demens er viktig for alle innbyggere; å vite bidrar til større forståelse og trygghet i møte med personer med demens og deres pårørende.

Planen er basert på nasjonale føringer, lokale føringer, innspill fra dialogmøte og innspill og erfaringer fra Gjøvik kommune.

Personsentrert omsorg og et demensvennlig samfunn skal være en rød tråd gjennom hele planen.

1.2 Formål og bakgrunn

Formålet med Demensplan 2025 for Gjøvik er å følge opp de nasjonale føringene i nasjonal Demensplan 2020. Planen gir en statusbeskrivelse av demensomsorgen i Gjøvik kommune og forslag til tiltak framover.

Evaluering av nasjonal demensplan 2015 viser at de kommunene som driver omsorgsplanlegging bedre tilpasser tjenestetilbudet til endringer i demografi og til å møte de store samfunnsutfordringene blant annet knyttet til en økning i antallet personer med demens.

Gjøvik kommune begynte arbeidet med egen demensplan allerede i 2002. Den inngikk i handlingsplan «Omsorgstjenesten i Gjøvik kommune, handlingsplan 2002-2005 - delplan for personer med aldersdemens» (2002-2005). I 2007 begynte arbeidet med en egen demensplan som var for perioden 2009-2012. Denne hadde følgende satsningsområder:

- økt kunnskap og kompetanse
- fokus på hjemmebasert omsorg
- organisering av demensomsorgen
- kompetansesenter
- dagtilbud

En evaluering av demensplanen ble gjennomført i 2013. De aller fleste tiltakene er gjennomført, blant annet opprettelse av demenskoordinatorstilling, demensteam og arbeidslag i hjemmetjenesten, kompetanseheving med demensomsorgens ABC og flere dagaktivitetstilbud.

Nasjonale Demensplan 2020 viser til at demens er et økende folkehelseproblem, og demens er en kronisk, alvorlig og dødelig sykdom. Det er derfor viktig å sette forebygging på dagsorden også med tanke på demens. Forebyggende tiltak både for å forebygge sykdommen, og for å forebygge videre utvikling av sykdommen er viktige områder for innbyggerne og i et samfunnsperspektiv.

Demensplanen skal blant annet angi retning for et mer demensvennlig samfunn, og gode tiltak som kan settes inn *før* det blir nødvendig med heldøgns omsorgstilbud. Dette er viktig både for de som har fått demens og deres pårørende.

2.0 Overordnede strategier

2.1 Overordnede nasjonale mål og strategier

Demensplan 2020 er Regjeringens 5-årsplan for demensomsorg i Norge, vedtatt i 2016.

Målet med Demensplan 2020 er å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. For å nå disse målene skal regjeringen bidra til større åpenhet rundt demens. Kunnskap om demens må økes. Regjeringen vil at det skal utvikles gode, fleksible og tilpassede tjenester til personer med demens og deres pårørende. Alle som har demens skal bli møtt med forståelse og respekt. Personer med demens og deres pårørende må få støtte og veiledning. Tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker, interesser og vaner.

Regjeringens Demensplan 2020 har 6 strategier

1. Selvbestemmelse, involvering og deltakelse
2. Forebygging - det som er bra for hjertet er bra for hjernen
3. Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose
4. Aktivitet, mestring og avlastning
5. Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassende tjenestetilbud
6. Forskning, kunnskap og kompetanse

I 2017 kom også Helsedirektoratet med en nasjonal faglig retningslinje om demens. Denne gir føringer og anbefalinger på en rekke områder innenfor demensomsorg.

2.2 Lokale føringer - Helse- og omsorgsplan 2025

I Gjøvik kommunes Helse- og omsorgsplan 2025, sist revidert i 2016/17, er spesialisering av demensomsorg ett av ti prinsipper.

Spesialisering av demensomsorg består i å ha spesialiserte bo- og behandlingstilbud til personer med demens og utfordrende atferd, døgnenheter for personer med demens, egne dagtilbud og arbeidslag for demens innen hjemmetjenesten.

Ønsket utvikling mot 2025:

- Etablere et spesialisert bo- og behandlingstilbud med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for innbyggere med demens og/eller psykiske lidelser
- Etablere flere bokollektiv for demente ved omsorgssentrene
- Flere dagplasser ved omsorgssentrene for personer med demens
- Ytterligere kompetanseheving
- Tilrettelegging av tilbud ift demens og psykiske lidelser
- Utvikling av ideen om demensvennlig samfunn

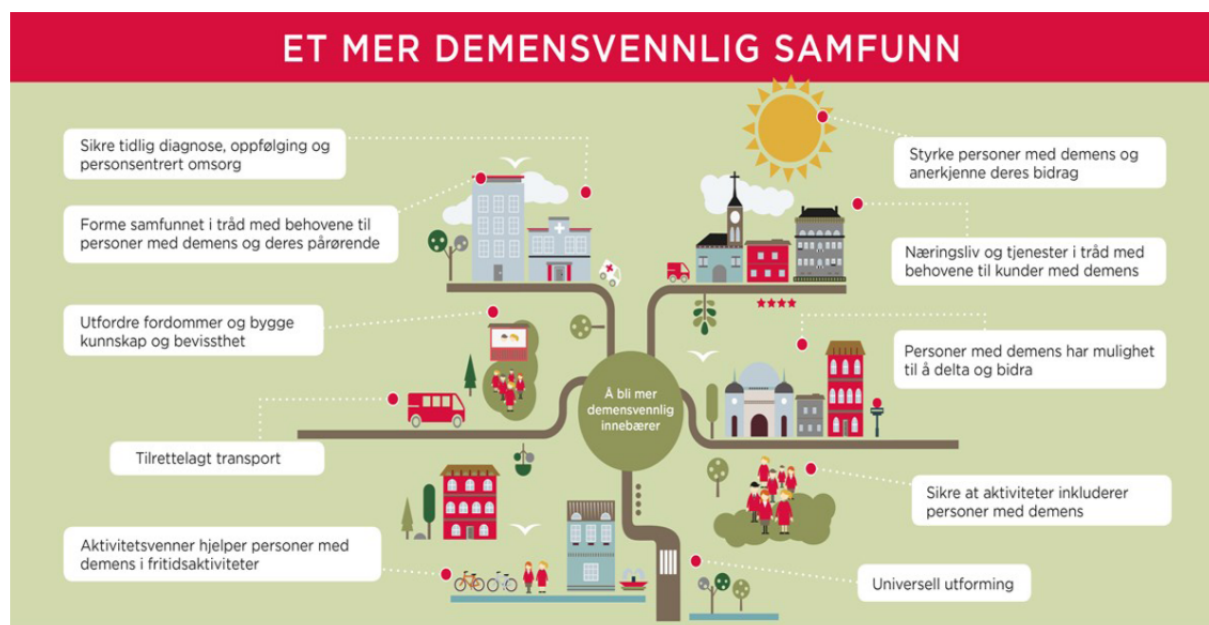
Utvikling av god demensomsorg må ses i sammenheng med øvrige prinsipper i Helse- og omsorgsplanen: Aktivt liv. Brukerstyring og kontroll over egen livssituasjon. ReHabiliteringsfokus i tjenestene - lengst mulig i eget liv. Tilrettelagte tjenester til yngre med funksjonsnedsettelse. Bo lengst mulig i eget hjem. Desentrale botilbud og hjemmetjenester. Heldøgns tjenester i omsorgsboliger. Styrking av helsetjenester. Innovasjon, velferdsteknologi, ledelse, kompetanse og rekruttering.

2.3 Et mer demensvennlig samfunn

Gjøvik kommune har inngått avtale med Nasjonalforeningen for folkehelsen om å være et demensvennlig samfunn.

Bakgrunnen for denne avtalen er at Nasjonalforeningen etter TV aksjonen i 2013 utarbeidet en informasjonskampanje og kursopplegg for å skape et demensvennlig samfunn. Målet er at mennesker med demens skal møte forståelse, respekt og støtte fra de gruppene i befolkningen som de trenger hjelp fra. Det vil gjøre det mulig for dem å utføre vanlige hverdagsaktiviteter, som for eksempel å handle, bruke offentlig transport og kommunisere med offentlige myndigheter, samt delta i foreningsliv, være i fysisk aktivitet, bruke kulturaktiviteter som for eksempel bibliotek, kino og konserter. Kampanjen innebærer at lokalmiljøet skal kurses i hvordan bedre ivareta personer som har en demenssykdom, slik at de fortsatt kan føle seg som en viktig del av samfunnet.

Gjøvik har kurset ca 60 deltakere, i hovedsak drosjesjåfører, men også handelstand. Dette er en pågående kampanje, og det gis fortløpende tilbud om kurs både til privat og offentlig sektor, samt til lag og foreninger.



<http://nasjonalforeningen.no/tilbud/demensvennlig-samfunn/>

3.0 Hva er demens - forekomst og ressursbehov

3.1 Demenssykdommer

Demens er en samlebetegnelse for flere ulike hjernesykdommer. Ved demens kan symptomene både være kognitive symptomer (tankevirksomhet), følelsesmessige og atferdsmessige forstyrrelser og motoriske symptomer (bevegelsesapparatet).

Beskrivelse av ulike demenstilstander:

Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens og utgjør om lag 60 % av demenstilfeller. Den fører til skader og tap av hjerneceller, og utvikler seg vanligvis over mange år.

Vaskulær demens skyldes manglende blodtilførsel i hjernen, og dermed surstoffmangel i hjernen. Årsaken er ofte hjerneslag eller hjerneblødning. Vaskulær demens utgjør om lag 15-20 % av demensdiagnosene.

Frontallappdemens/ frontotemporallappdemens karakteriseres av endringer i personlighet, atferd og språk, spesielt tidlig i forløpet. Utgjør omlag 5 % av demensdiagnoser.

Lewy-legemedemens karakteriseres ved stivhet i armer og bein, treghet i bevegelser, synshallusinasjoner, vrangforestillinger og mistenksomhet. Ved Lewy-legemedemens har man funnet proteinansamlinger i hjernen. Denne formen utgjør om lag 15-20 % av demenstilfellene.

Det må gjøres en grundig utredning, og for å kunne stille diagnosen demens er det noen klare symptomer som må være til stede. Diagnoseverktøyet ICD-10 beskriver demens som svekket hukommelse, særlig for nyere data. I tillegg svikt av en annen kognitiv funksjon (dømmekraft, planlegging, tenking, abstraksjon). Det er samtidig svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd. I tillegg skal symptomene ha vart minst 6 måneder og vedkommende skal ha klar bevissthet.

Det skilles mellom mild, moderat og alvorlig grad av demens. Mild grad av demens beskrives ved at demenssykdommen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet. Moderat grad av demens vil si at vedkommende ikke kan klare seg uten hjelp av andre, og ved alvorlig demens er kontinuerlig tilsyn og pleie nødvendig.

Det er ingen kurativ behandling for noen av demensformene, det vil si behandling man blir frisk av. Den behandlingen som gis, er for å lindre symptomene. Demens er en dødelig sykdom, og det er individuelle forskjeller for hvor lenge mennesker lever med sin demens.

3.2 Yngre personer med demens

Det deles inn i demens hos eldre og demens hos yngre. Tradisjonelt er grensen for yngre de som er under 65 år, men det har vært diskutert om grensen skal flyttes til 70 år. Yngre kan rammes av de samme demenssykdommene som eldre. Hos yngre er det målt at de har større vansker med planleggingsevne, å forstå hva man ser og orienteringsevne, enn det eldre har. Depresjon er vanlig hos yngre med demens. Yngre personer kan være i jobb og kan ha unge barn som pårørende. Yngre er også oftere i bedre fysisk form enn eldre. Hos yngre kan symptomene både være kognitive, psykiatriske og atferdsmessige, og et flertall

av yngre med demens har hukommelsesplager, angst og depressive plager. Ofte kan de psykiatriske symptomene være så uttalte at den kognitive svikten «forsvinner» i totalbildet.

3.3 Utviklingshemning og demens

For personer med utviklingshemning har levealderen økt betydelig de siste 50 årene. Aldersrelatert funksjonssvikt og demens vil dermed øke. Det er en vanskelig oppgave å skille om funksjonssvikt skyldes demens eller andre psykiske eller fysiske sykdommer, eller endringer i omgivelser. Personer med Downs syndrom har stor risiko for å utvikle demens i ung alder. Endringer som skjer må kunne sammenlignes med hvordan personen har fungert tidligere, og det må utelukkes at det er andre årsaker til endringen, f.eks sykdom.

3.4 Demens hos personer med minoritetsbakgrunn

Personer med minoritetsbakgrunn som utvikler demens har fått mer fokus den senere tid. Tradisjonelt har familien i stor grad ivaretatt personer med minoritetsbakgrunn som har utviklet demens, men med flere familiemedlemmer i jobb, vil de ha behov for oppfølging fra omsorgstjenesten. Det må tas spesielt hensyn til språklige og kulturelle forskjeller. Når det gjelder utredning av demens hos personer med minoritetsbakgrunn, er det anbefalt at de utredes i spesialisthelsetjenesten hvis det er språklige utfordringer eller vedkommende har lavt utdanningsnivå.

3.5 Alderspsykiatri

Skillet mellom demenssykdom og alderspsykiatriske sykdommer (depresjon, angst, psykose) kan ofte være vanskelig å skille, og med demens følger også endringer i atferd og psykisk helse. Det er derfor viktig at helsepersonell har god kunnskap om alderspsykiatri og har et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Flere overlever alvorlige sykdommer på grunn av den medisinske utviklingen som har skjedd, men som en konsekvens kan flere få psykiatriske følgetilstander. Også innen rusfeltet vil det med stor sannsynlighet komme flere med alderspsykiatriske lidelser.

Hos eldre er de vanligste psykiske sykdommene depresjon, samt tilleggssymptomer ved demens. Studier har vist at ca 100 000 over 67 år i Norge har en depresjon.

Psykose er en tilstand med hallusinasjoner og/ eller vrangforestillinger. Psykose er også økende med alder. En studie av eldre uten demens mellom 70-94 år har vist at ca 2 % av 75 åringer har psykose, mens 8 % av 94 åringer har psykose. Risikofaktorer for å utvikle psykose hos eldre er aldersrelatert svekkelse av hjernen, sosial isolasjon, nedsatt syn og hørsel, polyfarmasi (bruk av mange legemidler) og aldersendringer i hvordan legemidler tas opp og virker i kroppen.

Det er primærhelsetjenesten som har hovedansvaret for utredning og behandling av eldre med psykiske lidelser, mens spesialisthelsetjenesten har ansvar for veiledning og bistand.

3.6 Differensialdiagnoser

Differensialdiagnoser vil si diagnoser som kan ligne på hverandre i symptomer, men som har ulike årsaker. Når det gjelder demens, kan det være flere tilstander som kan ligne

demens, men som i motsetning til demens kan være tilstander man kan bli frisk av. En rekke tilstander kan gi demensliknende symptomer.

Det er derfor svært viktig at det blir gjort en grundig undersøkelse før det blir konkludert med demens.

For personer under 65 år som ble henvist for demensutredning i spesialisthelsetjenesten i 2011, fant man at ca 1/3 hadde demens, 1/3 hadde en mild kognitiv svikt, og 1/3 hadde ikke demens.

3.7 Mild kognitiv svikt

Mild kognitiv svikt vil si en lett svekkelse av kognitive funksjoner (hukommelse, språk, orienteringsevne, rom-retningssans, evne til abstraksjon og logisk tenking). Det kan være mange årsaker til mild kognitiv svikt, blant annet kan det være en følgetilstand ved nevrologiske sykdommer. Ved mild kognitiv svikt er ikke de andre symptomene på demens til stede, og den påvirker ikke evnen til å klare seg i det daglige.

3.8 Forekomst av demens nå og i framtida

Det er ikke gjort studier på hvor mange som har demens i Norge. Fra en prevalensundersøkelse i Rotterdam har man sett dette opp mot norske tall og antatt at ca 70 000 personer i Norge har demens. Andre studier tilsier ca 80 000, og Alzheimer Europe anslår utfra europeiske studier 78 000. Folkehelseinstituttet anslår 104 000 med demens. Siden tallene er så usikre, ønsker forskningsmiljøet en norsk prevalensstudie for å få mer nøyaktige tall. Demens er økende med alder, og ca 40 % av personer over 90 år har demens.

Andelen eldre stiger fram mot 2030 og 2060, og antall som får demens beregnes å stige til henholdsvis 112 000 og 200 000. Andre studier viser derimot at forekomsten av demens hos eldre går ned, slik at den totale økningen er mindre enn antatt. Det er ingen helt klar årsak til dette, men sannsynligvis spiller forhold som utdanning og bedre generell helse inn, spesielt forebygging og behandling av hjerte/ karsykdommer og hjerneslag. Samtidig er det en økt forekomst av overvekt og diabetes 2 som ikke er gunstig. Det er derfor stor usikkerhet knyttet til framtidig forekomst av demens.

Det er likevel stor sannsynlighet for at demenssykdommer vil representere en betydelig samfunnsutfordring i åra framover.

Framskrivning av innbyggertall i Gjøvik i de eldste aldersgruppene:

	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Begge kjønn							
65-69 år	1546	1741	1796	1869	1938	2090	2178
70-74 år	1103	1343	1620	1686	1765	1837	1995
75-79 år	906	930	1194	1457	1529	1619	1700
80-84 år	789	723	748	979	1209	1290	1381
85-89 år	530	521	468	502	680	846	929
90 år og eldre	229	278	303	281	307	414	538
Totalbefolkning	28974	30301	32054	33728	35182	36308	37240

Beregning av antall personer med demens i Gjøvik i de ulike aldersgruppene:

	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
65-69 år	14	16	16	17	17	19	20
70-74 år	23	28	33	35	36	38	41
75-79 år	55	57	73	89	93	99	104
80-84 år	136	122	127	165	203	217	231
85-89 år	166	163	145	156	210	262	288
90 år og eldre	93	113	124	115	125	169	220
Totalt	487	498	518	576	686	803	903

Det er ikke spesifisert personer under 65 år, men nasjonalt er det anslått ca 4000 på landsbasis. Anslagsvis er det i Gjøvik kommune ca 20 personer under 70 år med demens som følges opp med omsorgstjenester.

3.9 Sykdomsforløp og ressursbruk

Demenssykdommene er kroniske og kan ikke kureres, kun symptomlindres. Gjennomsnittlig sykdomsvarighet med demens er 8,1 år fra symptomdebut til død. Tid fra symptomdebut til diagnose blir stilt er gjennomsnittlig 3 år. Fra diagnose er stilt til innleggelse i institusjon er det gjennomsnittlig 3 år og opphold i institusjon er gjennomsnittlig 2,1 år. Grovt regnet har 85-90 % av de som har demens behov for heldøgns omsorgstilbud i siste fase.

Årlige kostnader til helse- og omsorgstjenester for pasienter med demens er beregnet til kr 358 000 kroner per person. Gjennom hele sykdomsforløpet bruker en person med demens helse og omsorgstjenester for ca 2,9 millioner kroner. Av disse er ca 11 % sykehus, 20 % hjemmesykepleie og 60 % sykehjem. 9 % er andre helse og omsorgstjenester.

90 % av personer med demens mottar hjelp fra pårørende.

4.0 Å leve med demens

4.1 Åpenhet, forståelse og respekt

Demensplan 2020 slår fast at demens angår hele samfunnet og er noe som alle må ha kunnskap om og forholde seg til. Å være åpen om sykdommen er en positiv erfaring for mange, men tidspunkt for å informere er individuelt ut fra hva personen ønsker selv. Å bli møtt med forståelse og respekt for at man har fått en demenssykdom kan gjøre det lettere å leve med sykdommen, og kan bidra til å unngå isolasjon og ensomhet.

Informasjon til innbyggerne må være tilgjengelig både via kommunens informasjonskanaler og gjennom frivillige, for eksempel demensforeningen.

Det som kom fram på de nasjonale dialogmøtene i forbindelse med Demensplan 2020 var blant annet at det er viktig å få leve som enkeltmennesker selv med demens, men at sykdomsutvikling og tap av funksjoner påvirker både de som har fått demens og deres nærmeste.

Demensplan 2020 peker på at tilhørighet og trygghet for mange blir redusert eller borte. Følelsen av å mestre de daglige aktiviteter er viktig, men sykdommen kan føre til at det

ikke blir så lett etterhvert. Derfor må personen få være med å bestemme hva som er viktig og aktivitetene tilpasses deretter.

4.2 Pårørende

Pårørende har en viktig rolle gjennom hele demensforløpet. Hvem som er personens nærmeste pårørende er det vedkommende selv som bestemmer. I mange tilfeller er det pårørende som merker de første symptomene på demensutvikling, og som tar kontakt med helsevesenet for videre utredning. Under selve demensutredningen er det viktig at pårørende deltar for å gi opplysninger om endringene, og en beskrivelse av situasjonen.

Mange pårørende har ulike spørsmål knyttet til sykdom, prognose, kommunikasjon, jus og ulike tilbud. Det er viktig at pårørende involveres og støttes gjennom hele demensforløpet. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver, og på denne måten utgjør de en stor del av den totale omsorgen.

Kommunen har plikt til å involvere pårørende og gi støtte, veilede og informere om mulighet for avlastningsordninger. Økonomisk støtte til de som har store omsorgsoppgaver kan også være aktuelt. Helsedirektoratet har i 2017 utgitt en veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten som gir føringer for pårørendestøtte og påpeker viktigheten av at ansatte har kompetanse i hvordan de skal involvere og støtte pårørende.

Kartlegging av pårørendes belastning bør gjøres regelmessig for å unngå at pårørende selv kan bli syke på grunn av stress over tid. Demens i familien kan føre til angst, depresjon og andre stressrelaterte plager. Det er derfor riktig å finne tiltak som kan hjelpe pårørende i prosessen. Avlastning i hjemmet, dagaktivitetstilbud eller avlastningsopphold på institusjon gir de pårørende fysisk fri i perioder. Tilbud som pårørendeskole, samtalegruppe og direkte veiledning kan hjelpe pårørende å håndtere situasjonen bedre.

Heldøgns omsorg

Flytting til fast heldøgns omsorg utgjør en viktig markering av endring for pasient og pårørende. Før denne endringen har det for de fleste vært mange runder med tvil og vurdering av nødvendighet for mere hjelp. For mange pårørende, og kanskje spesielt ektefeller, blir en slik endring av mange oppfattet som brudd på viktige idealer og mål om å holde sammen og klare oppgavene. Ektefellene har svært ofte tøyd grensene langt for nettopp å kunne ha partneren boende hjemme. Allikevel vil flytting til institusjon, i løpet av sykdomsutviklingen, for mange bli nødvendig og den eneste riktige løsningen.

Pårørende til yngre personer med demens

For pårørende til yngre personer som får demens har det vært en nasjonal satsning på oppfølging. Det er etablert regionale mestringskurs, «Møteplass for mestring» med undervisning og samtaler for både den som har fått sykdommen og den pårørende. Det er også etablert samlinger «Tid til å være ung» og sommerleir for barn og ungdom som har en forelder som har fått demens. Det er opprettet nettsider med informasjon om sykdom, reaksjoner og kontaktinfo. www.nasjonalforeningen.no er en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Nettsiden www.hvemsermeg.no er beregnet på barn som er pårørende til mor/ far eller annet et familiemedlem med demens. www.tidenflyr.no er beregnet for ungdom. Det er også utarbeidet informasjonsmaterieill både direkte til pårørende og som kompetanseheving for ansatte. Blant annet et hefte direkte rettet mot [ungdom som pårørende](#).

4.3 Arbeid og samfunnsliv

En stor del av de som får demens før de er 65 år vil fortsatt være i arbeid når demensutviklingen begynner, og kolleger og leder vil kanskje være noen av de første som legger merke til endringen hos vedkommende. Det kan for eksempel være hukommelsesproblemer, endring i væremåte, eller vansker med å lære nye rutiner. Det er viktig at fastlege kobles inn slik at det kan vurderes om endringen har skjedd pga sykdom. Å fortsatt kunne være i arbeid kan bety mye for den som har fått demens. Arbeid er nært knyttet til identitet, selvfølelse, sosial rolle og status. Hvis ikke arbeidsplassen kan legges til rette, kan konsekvensen av å ikke jobbe føre til tapsfølelser både når det gjelder å være beskjeftiget med noe, følelsen av mestring og sosialt felleskap.

Det tar i snitt 4 år fra de første symptomene til diagnose stilles hos yngre. I en undersøkelse gjort i 2004, var 70 % i jobb da de første symptomene kom, mens nærmere 90 % var ute av arbeidslivet da diagnose ble stilt.

Bilkjøring er et tema som må vurderes ved en demenssykdom, og for mange vil bilkjøring bli uaktuelt på grunn av vansker på flere områder. Å miste førerkortet er ofte et alvorlig tap for de det gjelder, og det er viktig med andre alternativer i stedet for å kjøre selv. Kollektivtransport og hjelp fra andre er nødvendig for mange. Det er mulig å søke om TT-billetter (transportordningen for funksjonshemmede) for å opprettholde sosial deltakelse i lag og foreninger.

4.4 Velferdsteknologi

Velferdsteknologiske løsninger har blitt tatt i bruk i demensomsorgen, og det er flere fag- og forskningsprosjekter som pågår på dette området. Velferdsteknologi er et samlebegrep på teknologisk assistanse som kan ha flere formål, eksempelvis økt trygghet og sikkerhet, men også som hjelp til økt sosial deltakelse og fysisk og kulturell aktivitet.

Innenfor demensomsorg er det aktuelt å benytte teknologi i forhold til kognisjon, sikkerhet og varsling.

Kognitive hjelpemidler er f.eks. elektroniske klokker og kalendre. Hjelpemidler innenfor sikkerhet kan være varsling om brann, ulike typer bevegelsessensorer, tidsbrytere og ulike typer alarmer. Teknologi for varsling kan være varsling til bruker selv eller til omsorgspersoner, for eksempel dør- og sengealarm ellers GPS. Velferdsteknologi kan også være til hjelp for pårørende for å gi trygghet og være praktiske løsninger. Ved å ta i bruk velferdsteknologiske løsninger i kommunen kan det gi gevinster i form av økt kvalitet, spart tid og unngåtte kostnader.

Gjøvik kommune har utarbeidet strategisk plan for velferdsteknologi.

4.5 Bolig og fysiske omgivelser

Det er et mål at alle skal bo hjemme så lenge de ønsker. Det er utarbeidet råd for å tilrettelegge boligen spesielt for personer med demens. Ved å forenkle og rydde blir det lettere å holde oversikt og orientere seg, samt forebygge fall. Bruk av farger og kontraster gjør det enklere å fokusere og oppfatte dybde og bevegelser og dermed skille gjenstander fra hverandre. Ved å merke og skilte blir det enklere å finne fram til rom. Belysning bidrar til å støtte orienteringsevnen og reduserer fall. Bevisst bruk av belysning opprettholder døgnrytme. En må være bevisst at støy og nedsatt hørsel kan påvirke kognisjon. Hørsel må

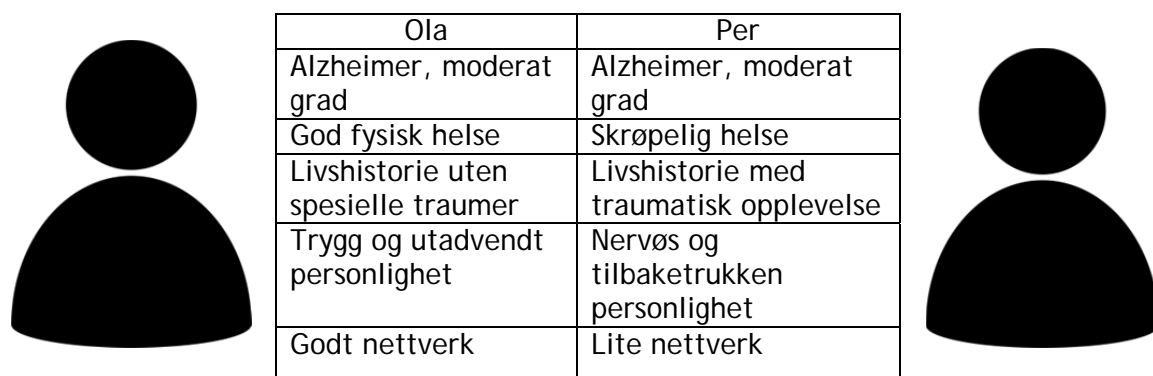
undersøkes og korrigeres og flere lyder samtidig må begrenses. Trygghet og sikkerhet i hjemmet både når det gjelder brann- og fallforebygging må sikres. Disse rådene gjelder både om en bor i eget hjem, tilrettelagt bolig eller på institusjon.

4.6 Personsentrert omsorg

«Jeg er ikke en diagnose, men jeg har fått en kronisk sykdom».

Personsentrert omsorg handler først og framst om å verdsette mennesker med demens. Personsentrert omsorg vil si å ha fokus på personen, og ikke på sykdommen. Selv om en person har fått demens, er vedkommende fortsatt en unik person og vil fortsatt være den samme på mange måter, selv om demenssykdommen gradvis vil påvirke og forandre. Den som har fått demens må respekteres og møtes som et fullverdig medlem av samfunnet gjennom hele sykdomsforløpet. Diskriminerende og nedlatende holdninger overfor personer med demens må motarbeides. For å opprettholde et verdig liv hele livet, er kjennskap til personen viktig, ikke minst når evnen til å uttrykke ønsker og hva som er viktig blir borte.

Personsentrert omsorg er et begrep som den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood innførte på 80-90 tallet som modell for å forstå demens. Fra å ha en sykdomsfokusert forståelse, utviklet han en modell hvor han så utover demenssykdommen. I tillegg til den hjerneorganiske svikten (demenssykdommen), påvirker øvrig helsetilstand, livshistorie, personlighet og de sosiale relasjonene *hvordan* en person lever med sin sykdom.



Ola	Per
Alzheimer, moderat grad	Alzheimer, moderat grad
God fysisk helse	Skrøpelig helse
Livshistorie uten spesielle traumer	Livshistorie med traumatisk opplevelse
Trygg og utadvendt personlighet	Nervøs og tilbaketrukket personlighet
Godt nettverk	Lite nettverk

Figuren over illustrerer to personer som begge har Alzheimers demens i moderat fase. Selv om disse har samme demenssykdom, vil det sannsynligvis være stor forskjell i hvordan de opplever og mestrer sin situasjon.

Kitwood ønsket med personsentrert omsorg å ha fokus på et støttende sosialt miljø, slik at alle blir møtt som unike mennesker i hele sykdomsforløpet.

Personens pårørende og nettverk må få en forståelse av personsentrert omsorg og ansatte i demensomsorgen må ha kompetanse til å kunne dekke disse behovene.

Personsentrert omsorg er verdigrunnlaget for den nye nasjonale retningslinjen om demens. Kitwood har innført en metode for systematisk kartlegging av demensomsorgen i et miljø. Denne metoden kalles Dementia care mapping (DCM).

4.7 Lindrende behandling ved demens

I de senere årene har det blitt mer åpenhet om at også demens er en dødelig sykdom.

Uavhengig av diagnose, er det anbefalt å ha en forberedende samtale med pasient, pårørende og helsepersonell for å planlegge tiden framover og helsehjelp ved livets slutt. Det er anbefalt at denne samtalen gjennomføres med kun dette som tema, og når pasient og helsepersonell har blitt godt kjent, for eksempel 2 måneder etter at pasienten har flyttet til langtidsbotilbud eller før. Hensikten med samtalen er brukermedvirkning og medbestemmelse, gjensidig trygghet og tillit mellom pasient og helsepersonell, og gi helsepersonell grunnlag for beslutninger og gode prosesser videre.

Gjøvik kommune har etter prosjekt fra 2014 jobbet med systematisk oppfølging av dødende. Ansatte har fått opplæring i bruk av dokumentasjons- og kartleggingsverktøyet «Livets siste dager» (LCP). Det omhandler diagnostisering av døden, med fysiske, psykiske og åndelige behov som er til stede i denne tiden. I tillegg er det utarbeidet samtaleguide for avklarende samtale rundt livsforlengende behandling og pårørendeoppfølging. Det har vært kompetanseheving om medikamenter som er anbefalt for å lindre plager som kan oppstå i dødsprosessen. Erfaringen viser at oppfølgingen av dødende har blitt bedre etter at LCP ble tatt i bruk.

5.0 Strategiske hovedgrep

Her drøftes Demensplan 2020s strategier opp mot status og videre tiltak i Gjøvik.

Det er en målsetting at det skal være gode, fleksible og tilpassede tjenester til personer med demens og deres pårørende. Gjøvik har et bredt spekter av tjenester, men det kan være utfordrende å tilby godt nok tilpassede tjenester til rett tid.

5.1 Selvbestemmelse, involvering og deltakelse

Fra Nasjonal demensplan 2020

MÅL:

Personer med demens og deres pårørende skal involveres i beslutninger som angår dem og ha innflytelse på utforming av eget tjenestetilbud.

Regjeringen vil derfor:

- Lage egne brukerskoler for personer som selv har demens.
- Utvikle verktøy for brukerinvolvering både på individ- og systemnivå.
- Utvikle og prøve ut modeller for oppfølging etter diagnose, og involvere personer med demens og deres pårørende i dette arbeidet.
- Utvikle kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgssektoren basert på bruker- og pårørendeerfaringer.
- Etablere en nasjonal bruker- og pårørende- undersøkelse.

Involvering og deltakelse

Personer med demens og deres pårørende skal involveres i beslutninger som angår dem og ha innflytelse på sitt tjenestetilbud. I tillegg skal demensvennlig samfunn øke mulighet for å delta i samfunnet på lik linje med andre.

Demensplan 2020 peker på behov for en sterkere brukerinvolvering på tre nivå:

- Individuelt: innflytelse på egen livssituasjon og tjenestetilbud
- Gruppenivå: møte og dele erfaringer med andre i samme situasjon
- Kommune og samfunnsnivå: representere i brukerråd etc.

Tjenestetilbudet i dag er basert på lovverk om de kommunale tjenestene og erfaringer lokalt om hva som er gode tjenester. Det er ikke gjennomført brukerundersøkelser i særlig grad, og det skal gjennom Demensplan 2020 utvikles en nasjonal bruker- og pårørendeundersøkelse som kvalitetsindikator.

Lokalt er det viktig at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles til brukere og pårørende, slik at de selv kan komme med innspill.



Gjennom demensforløpet er det nødvendig å ha regelmessige samarbeidsmøter med bruker, pårørende og involverte for å sikre brukermedvirkning og medbestemmelse. Dette kan gjelde ulike tjenester, behandling og øvrig planlegging av forløpet. Det holdes i dag samarbeidsmøter, men dette kan variere ut fra omfang av tjenester og den enkeltes situasjon. Det er behov for bedre struktur og økt fokus på dette, både i hjemmetjeneste og sykehjem.

Individuell plan og koordinator

Individuell plan kan være et verktøy for å få mer fokus på selvbestemmelse i tjenester. Bruk av individuell plan er nesten ikke benyttet innen demensomsorgen i Gjøvik, og det er lite erfaring med individuell plan ved demens ellers i landet.

Kommunen skal ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Personer med demens er i kategorien behov for langvarige og koordinerte tjenester. Særlig for personer som f.eks. har oppfølging av hjemmetjeneste, er på dagaktivitetstilbud og er på rullerende opphold på sykehjem kan individuell plan eller koordinator være viktig. Det er behov for å jobbe mer systematisk med å opprette koordinator og Individuell plan.

Møteplasser og opplæring

Gjøvik demensforening har et tett samarbeid med Helse og omsorg, og det arrangeres temakvelder hvor alle interesserte kan delta, både de som selv har sykdommen, deres pårørende, helsepersonell og andre interesserte. Det sees at flere som selv har demens

deltar på disse møtene og kommer med innspill og brukererfaringer. Disse møteplassene er viktige for å gi mer åpenhet om sykdommen og være et brukerforum.

Det arrangeres pårørendeskole som et tiltak for å øke kunnskap om demens, og råd for å leve med demens. Tilbudet har hatt gode tilbakemeldinger. Det jobbes nasjonalt for å utvikle brukerskole, slik at også personer som selv har demens kan få tilsvarende informasjon.

Samtykkevurdering

I noen saker kan det være spørsmål om bruker er samtykkekompetent til å ta avgjørelser angående sin helsehjelp. Helsehjelp kan bare gis ved samtykke fra personen som mottar helsehjelp. Samtykkevurdering skal gjøres i alle situasjoner, og spesielt hvis personen motsetter seg helsehjelp som er vurdert nødvendig. Med helsehjelp menes forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og pleie og omsorg. Samtykkevurderingen står i forhold til den helsehjelpen som skal gis. Noen kan mangle samtykkekompetanse til å erkjenne hvilket omsorgsbehov de har, mens andre kan mangle samtykkekompetanse til å forstå informasjon om helsehjelpen. Et annet ord for samtykkekompetanse kan være beslutningskompetanse.

Samtykkevurdering gjøres av de som kjenner personen godt av behandlende helsepersonell, og lege skal være involvert i vurderingen. Supplerende opplysninger innhentes fra pårørende som en del av den systematiske kartleggingen. Hvis helsepersonell er i tvil om vedkommende er samtykkekompetent, så skal han/ hun vurderes som samtykkekompetent. Det skal være lov å gjøre «ufornuftige valg». Hvis han/ hun anses som ikke samtykkekompetent og helsehjelpen er ansett som nødvendig, må det jobbes med tillitskapende tiltak for å gi helsehjelp, eller åpne for bruk av tvang hvis det ikke hjelper. Bruk av tvang må kun gjøres som siste utvei, og det må dokumenteres.

Bruk av tvang overfor personer uten samtykkekompetanse er hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven kap 4A. Fylkesmannen er ansvarlig for å godkjenne vedtak. Samtykkekompetanse og vedtak som fattes må evalueres regelmessig. Fokus på samtykkevurdering og arbeid med å sikre rettsikkerheten for personer med demens er svært viktig, og det er nødvendig med mer opplæring for ansatte, og også informasjon til pårørende. Det er holdt opplæring i vurdering av samtykke, kunnskap om tiltak for å skape tillitt samt hvordan fatte tvangsvedtak.

Hva må gjøres videre:

- Sikre at alle får tilbud om koordinator og evt Individuell plan
- Kontinuerlig fokus på samtykkevurdering gjennom hele demensforløpet
- Legge til rette for fortsatt deltakelse i samfunnet med demensvennlig samfunn
- Sikre rutiner for brukermedvirkning og pårørendearbeid
- Etablere samarbeidsfora med både brukere og pårørende
- Følge opp nasjonale føringer
- Legge til rette for å bistå i klage på avgjørelse i samtykkevurdering

5.2 Forebygging - det som er bra for hjertet er bra for hjernen

Fra Nasjonal demensplan 2020

MÅL:

Legge til rette for gode levekår og en sunn livsstil.

Regjeringen vil derfor:

- Være pådriver for å redusere risikofaktorer knyttet til demens og andre kroniske ikke-smittsomme sykdommer.
- Legge til rette for at eldre får forebyggende hjemmebesøk.
- Redusere antall hoftebrudd hos eldre generelt og hos personer med demens spesielt.

Når det gjelder demens, er det stort sett de samme forebyggende tiltakene som for diabetes, hjerte- og karsykdommer, kroniske lungesykdommer og kreft. En huskeregel er at «det som er bra for hjertet er bra for hjernen». Generelle innsatsområder for forebygging er tiltak for å redusere høyt blodtrykk, tobakksforbruk, saltinntak og fysisk inaktivitet. Når en person har fått demens er det viktig med forebygging av funksjonsfall for å kunne mestre hverdagen best mulig. Demensplan 2020 har fokus på fallforebygging, fysisk aktivitet, sosial og kognitiv trening og tiltak for å forebygge underernæring og depresjon.

Primærforebygging

Forebyggende tiltak når det gjelder demens vil i hovedsak være å forsinke sykdomsdebut. Hvis vi skal redusere forekomst av demens i samfunnet, må det gjøres en innsats i å utjevne sosiale forskjeller i levekår og helse, og det må være fokus på sunn livsstil. Dette må skje både tverrsektorielt og med konkrete tiltak i helse og omsorg.

Frisklivsentralen hjelper og støtter personer som ønsker å endre levevaner knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Henvisning skjer fra lege, helsepersonell eller NAV. De arrangerer også ulike lærings- og mestringskurs.

Folkeopplysning om demens er et viktig forebyggende tiltak. Et eksempel fra Gjøvik er at Fredheim skole i forbindelse med TV aksjonen i 2013 hadde undervisning om demens. Barna kom med egne spørsmål og kommentarer og deltok aktivt. Dette tiltaket kan være aktuelt også for andre skoler.

Rus og eldre er et område som har fått lite oppmerksomhet. Hos eldre er forekomsten av demens betydelig høyere blant dem som har et alkoholproblem. Andre rusmidler kan også føre til kognitiv svikt. Bruk av angstdempende midler inngår i rus. Gjøvik kommune er i gang med et prosjekt om eldre og rus.

I Gjøvik kommune har Rådgivningstjenesten 65+ som oppgave å drive forebyggende og helsefremmende arbeid for pensjonister. Tjenesten legger til rette for å opprettholde god helse og inspirere til et aktivt liv. Fokusområder er fysisk og psykisk helse, forebygge ensomhet og fall, og legge til rette for et godt seniorliv. Rådgivningstjenesten 65 + og Frivilligsentralen samarbeider med frivillige om ulike grupper med hobbyer og trim, og å gjøre disse kjent for flere. De organiserer forbyggende grupper i fht fall, ensomhet og depresjon, samt informasjonsmøter og oppsøkende virksomhet for å planlegge egen alderdom. Tilbudene er uavhengig av diagnose, men personer som har fått demens kan ha utfordringer med å delta i gruppene av ulike årsaker. Det kan være et større behov for organisert transport, kognitiv evne til å delta på kurs, eller hvordan kurset eller tilbudet er

lagt opp. Det oppleves at noen av tilbudene ikke er tilrettelagt for personer med demens, og at det bør enten opprettes egne tilbud eller tilrettelegges annerledes slik at det blir i tråd med demensvennlig samfunn. Dette må nyanseres i fht formålet med tilbudet, eks om det er et kurstilbud eller om det er en ren aktivitetsgruppe. Deltakelse i frivillige tilbud kan også sees i sammenheng med grad av demens. For noen med mild demens kan det fungere godt å delta på egenhånd i en frivillig gruppe, men for en person med moderat til alvorlig demens er det behov for mer tilrettelegging for å delta.

Matombringning og trygghetsalarm er støttetjenester som skal bidra til å gjøre det mulig å klare seg i eget hjem lengst mulig.

Sekundærforebygging

Når demenssykdom har oppstått, er det viktig med sekundærforebygging for å utsette sykdomsutviklingen. Personen må motiveres til å ha en aktiv og meningsfylt hverdag for å hindre passivitet og at de daglige gjøremål kan mestres så lenge som mulig. Med aktiv hverdag menes både fysisk og sosial aktivitet. Tilbakemeldinger fra pårørende og ansatte er at det er for lite aktivitet i botilbudene.

Bildet under viser hvordan fall, ensomhet og kognitiv svikt kan virke på hverandre.



Bildekilde: Telenor Objekts <http://www.telenorobjects.com/velferdsteknologi-2/hvorfor-velferdsteknologi/>

Fall, ensomhet og kognitiv svikt sees ofte i en tydelig sammenheng. Fall kan ha både indre og ytre årsaker. For eldre er det ofte de indre årsakene, f eks om man lever alene, medisinsk tilstand, medisinbruk, gangfunksjon, kognitiv funksjon, mangelsykdommer eller fotsykdommer, som kan resultere i fall. Fall kan være både engangsuhell, tilfeldig eller et tegn på sykdom eller funksjonstap. Hos eldre er fall den vanligste enkeltårsak til innleggelse på sykehus. Fall kan føre til brudd, og hoftebrudd fører i mange tilfeller til langvarig funksjonsnedsettelse, komplikasjoner og død. Konsekvens av fall kan også bli redsel for nye fall, inaktivitet og sosial tilbaketrekking eller isolasjon.

Med ensomhet menes å oppleve et savn av å være sammen med andre. Ensomhet kan også sees i sammenheng med dårlig helse. Enten at man opplever ensomhet på grunn av dårlig helse, eller at man utvikler dårlig helse på grunn av ensomhet. Ensomhet kan forårsake depresjon, søvnløshet, spenninger, angst og fortvilelse. Det er en sterkere sammenheng

mellom ensomhet og psykisk helse enn ensomhet og fysisk helse. Ensomhet, inaktivitet og sosial tilbaketrekking kan føre til en raskere utvikling av kognitiv svikt. Kognitiv svikt kan igjen føre til glemsomhet, nedsatt oppmerksomhet, manglende koordinasjon slik at sannsynligheten for fall øker.

Demenssykdommene i seg selv kan påvirke motorisk funksjon. Opprettholdelse av fysisk aktivitet er derfor en viktig faktor i å bremse utvikling. Bevissthet og kunnskap om å være i aktivitet er nødvendig både for den som har fått demens og pårørende og hjelpeapparatet. Tiltak som informasjon/ opplæring/ veiledning, treningsprogram/ tips til øvelser for å forebygge funksjonstap, og kompetanseheving om hverdagsmestring og balanse/ styrketrening til ansatte er nødvendig.

Personer med demens er svært utsatt for underernæring, og det kan på sikt føre til forverring av sykdommen. Bokollektivet Furulia har over flere år hatt middagsservering kl 15.30, og etter at også Bjørkelia innførte det samme og skapte medieinteresse, har tiltaket med senere middag blitt iverksatt på nesten samtlige heldøgnsavdelinger. Tiltaket har ført til kortere tid med nattefaste. Hos eldre er det spesielt viktig med næringsrik mat med proteiner og fett. Hos personer med frontallappdemens kan overspising eller svært ensformig kost være et av symptomene. For disse er det viktig med rammer og struktur for å hindre ubehag med overspising. Kurs for ansatte om betydning av riktig ernæring arrangeres jevnlig.

Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 er et femårig nasjonalt program som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet har som mål å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Programmet gjelder både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Forebygging av fall, trykksår og underernæring, samt riktig legemiddelbruk er noen av innsatsområdene. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester følger opp programmet i Gjøvik kommune.

Hva må gjøres videre:

- Folkeopplysning om demens og forebyggende tiltak i samarbeid med Gjøvik demensforening. Være med i nasjonale kampanjer i samarbeid med lag og foreninger
- Innsats i tidlig alder og middelalder for å legge et godt grunnlag for alderdom
- Frivillige aktiviteter som også er tilpasset til personer med demens
- Tiltak for å bryte opp sammenhengen fall-ensomhet-kognitiv svikt
- Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 med flere deltakere, spesielt rettet mot hjemmetjenesten
- Flere lavterskeltilbud som kan gi en forebyggende effekt; treningstilbud med styrke/balansetrening i kombinasjon med gode ernæringstiltak og sosialt samvær
- Tilpasset trening slik at også personer med demens kan delta
- Demensvennlig samfunn som en del av samfunnsplanen
- Demensutredning og oppfølging tidligere i forløpet

5. 3 Diagnose til rett tid og tett oppfølging etter diagnose

Fra Nasjonal demensplan 2020

MÅL:

Den enkelte skal være sikret utredning og diagnostisering ved mistanke om demens, og få god oppfølging etter diagnose.

Regjeringen vil derfor:

- Utvikle og prøve ut modeller for oppfølging etter diagnose og involvere personer med demens og deres pårørende i dette arbeidet.
- Utvikle og implementere nasjonal faglig retningslinje om demens.
- At personer med demens tilbys koordinator og individuell plan.

Demensutredning

Demensutredning må vurderes hvis det kommer en bekymring om demens fra personen selv, pårørende eller andre som kjenner personen, eller det har skjedd en betydelig endring i fungering i dagliglivet. Det er viktig at bekymringen blir tatt på alvor. Å begynne en demensutredning og få en diagnose i rett tid er viktig for å utelukke andre årsaker til demenssymptomene og for å få riktig medisinsk behandling. En diagnose vil gi alle en forståelse om hvorfor situasjonen er som den er og en forklaring på symptomene. Diagnosen vil gjøre det mulig for den som har fått demens og de pårørende å planlegge framtiden og få hjelp og støtte.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste har ansvar for demensutredning av personer med klare symptomer på kognitiv svikt. De har også ansvar for å gi tilbud om tett oppfølging gjennom hele sykdomsforløpet. Demensutredning i kommunehelsetjenesten skjer i et samarbeid mellom fastlege og demensteam. Legen er ansvarlig for å foreta en medisinsk utredning og diagnostikk, samt behandling av demenssykdommen og eventuelle somatiske og/eller psykiatriske tilleggsproblemer. Demensteamet har ansvar for å kartlegge funksjonsevne, hjemmesituasjon og eventuelle bistandsbehov til pasient og pårørende. I mange tilfeller gjør demensteamet den kognitive testingen som fastlegen bruker som grunnlag for å stille diagnosen. Etter at diagnosen er stilt, vil oppgaven for demensteamet og fastlegen være å vurdere behandling, samt aktuelle aktivitets- og omsorgstiltak.

Oppfølging etter diagnose

Månedlig vurderingssamtale tilbys som helsehjelp for personer som har demens og som trenger jevnlig oppfølging av sin demenssykdom. Dette er faste besøk av demenskontakten hver måned for å observere situasjonen systematisk, samt fortløpende vurdere aktuelle hjelpetiltak. Det er estimert en time på disse besøkene for å kunne gjøre gode nok observasjoner. Til nå har månedlig vurderingssamtale vært et tilbud for de som ikke har tjeneste fra tidligere, men det oppleves at også personer som har hjemmetjeneste også har behov for en månedlig vurderingssamtale for en bedre systematisk observasjon og oppfølging av situasjonen. Begrepet «månedlig vurderingssamtale» kan kanskje være et lite dekkende begrep, slik at navnet bør endres. Det må også se på prosedyren om den skal endres fra fokus på observasjon til mer fokus på oppfølging og fremtidsplaner, og ikke minst tettere oppfølging av pårørende. Samarbeid med fastlege vil også være en viktig del av månedlig oppfølging både etter demensutredning og videre.

Av de som har hjemmetjeneste nå, er det kun ca 50 personer som har registrert demensdiagnose i journalsystemet Gerica. Det betyr at det er svært manglende tilbakemelding fra legene om diagnose etter utredning. Demensteamene utreder ca 50 personer årlig.

Gjøvik har deltatt i en studie i regi av USHT som undersøkte tjenestebehov hos eldre som mottar kommunale hjemmetjenester (CONSIC). Et tilfeldig utvalg av hjemmeboende over 75 år som mottok kommunale hjemmetjenester ble intervjuet og undersøkt med henblikk på symptomer på demens og behov for hjelp og om dette sto i samsvar med den hjelpen de fikk. Studien avdekket at mange med demens manglet diagnose, mens ca 40 % av utvalget hadde demens.

Hva må gjøres videre:

- Mer systematisk oppfølging etter demensutredning, avsatt tid for ansatte i demensteam
- Bedre samarbeid med fastlegene
- Tilbud om månedlig oppfølgingsbesøk innføres til alle med demens som forebyggende tiltak
- Vurdere alternative og personsentrerte tiltak, tilpasset de faktiske behovene

5.4 Aktivitet, mestring og avlastning

Fra Nasjonal demensplan 2020

MÅL:

Personer med demens skal få muligheter til å leve et aktivt liv og pårørende skal gis støtte og avlastning.

Regjeringen vil derfor:

- Fremme forslag til endring av helse- og omsorgs- tjenesteloven som fastsetter en plikt for kommunene til å tilby et dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens, gjeldende fra 1. januar 2020.
- Utvikle fleksible avlastningstiltak.
- Lage egne brukerskoler for personer som selv har demens og legge til rette for pårørendeskoler og samtalegrupper i hele landet.
- Styrke samarbeidet med frivillig sektor.

Aktivitet og mestring

I Demensplan 2020 er fokus at personer som har fått demens fortsatt skal være i stand til å mestre eget liv. Det må fokuseres på ressurser hos den enkelte og ikke bare funksjonstapet.

I den nasjonale faglige retningslinjen om demens er det en sterk anbefaling om både fysisk aktivitet og psykososiale aktiviteter.

Psykososiale aktiviteter anbefales, men det er ikke forsket godt nok på hvilke aktiviteter som er mest hensiktsmessige. Men aktiviteter basert på personsentrert omsorg er viktige.

Gjøvik har flere gruppetilbud i frivillig regi og via Rådgivningstjenesten 65 +. Det oppfordres til at de som kan delta, benytter seg av tilbudene. Pårørende forteller at det også gir en avlastning når den som har demens deltar på et frivillig tilbud.

Nasjonalforeningen for folkehelsen har opprettet tilbudet Aktivitetsvenn etter TV aksjonen i 2013. Lokalt er det en arbeidsgruppe fra Gjøvik kommune og Gjøvik demensforening som følger opp dette. En aktivitetsvenn er en frivillig som gjør aktiviteter sammen med en som har demens. Aktivitetsvennen og personen med demens kobles sammen på bakgrunn av felles interesser. Aktivitetsvennen får kurs og veiledning fra arbeidsgruppa. Pr november 2017 er det 12 aktivitetsvenner. Det er svært gode tilbakemeldinger både fra de som har aktivitetsvenn, de pårørende og de som er aktivitetsvenner. Aktivitetsvenner er både hos hjemmeboende og beboere i langtidsbotilbud.

Gjennom TV aksjonen 2013, som gikk til Nasjonalforeningen for folkehelsen, har Gjøvik demensforening søkt om midler som har gått til ulike tiltak i avdelingene. Det har vært utflukter og andre sosiale arrangementer som har kommet personer med demens til gode. Et av tiltakene har vært «Ønskeallsang» som blir arrangert på demensavdelingene på Haugtun. En musiker kommer til avdelingen en gang i uken og spiller til sanger som beboerne ønsker seg. Dette har vært et viktig bidrag til økt aktivitet i avdelingen og det er merkbart positivt for de som deltar. Tiltaket viser viktigheten av tverrprofesjonelt arbeid mellom kultur og omsorg.

Dagaktivitetstilbud

Fra 2012 har det vært statlig øremerkede tilskuddsmidler til å opprette dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens. Fra 2020 vil det bli en lovfestet plikt for kommunene å tilby dagaktivitetstilbud.

Gjøvik har benyttet tilskuddsmidler til spesialiserte dagaktivitetstilbudene i Sørbyen, Åslundmarka og Snertingdal, i tillegg til Nordbyen hvor det var etablert dagsenter tidligere. De nye tilbudene som er opprettet er i hovedsak spesialiserte dagaktivitetstilbud med liten gruppe 8-10 personer, men det er også opprettet lavterskeltilbud/ åpne tilbud og aktivitetstiltak i bokollektiv og omsorgsboliger. Dette gir mer et differensiert tilbud.

Brukerne blir hentet hjemme og kjørt til og fra tilbudet i drosje. En person kan ha dagaktivitetstilbud fra 1- 5 dager i uka. Fellesskapet med andre er viktig, og flere får nye venner på dagaktivitetstilbudet. Tilbudet er svært populært både for de som har demens, og for pårørende som får en avlastning. På dagaktivitetstilbudet er det felles frokost og middag, og ulike fysiske og sosiale aktiviteter. Aktivitetene er tilrettelagt og tar utgangspunkt i hva den enkelte mestrer. Det er fast struktur på mange av aktivitetene slik at det blir gjenkjennbart og trygt. Det er anbefalt at tilbudet ikke tar pause i ferier, kun ved høytider.

Dagaktivitetstilbudet i Sørbyen har hatt en større andel yngre med demens for å tilpasse aktiviteter. Flere av de yngre gir imidlertid uttrykk for at alder ikke er det viktigste for hvem de sammen med, men at de er på noenlunde samme funksjonsnivå uavhengig av alder.

For de som får plass i langtidsbotilbud enten bokollektiv eller sykehjem, opphører tilbudet om spesialisert dagaktivitetstilbud, og aktivitetsbehovet skal ivaretas i botilbudet. Tilbakemeldinger fra brukere og pårørende er imidlertid at de opplever at det er lite

aktiviteter som foregår. Det har vært fokusområde på flere avdelinger, og gjennom ulike prosjekter og tiltak har det blitt litt mer aktivitet. Dette er likevel et område som må vies mer oppmerksomhet. Samarbeid med frivillige må styrkes. Fra 2016 har det vært et tiltak på Haugtun med frivilligkoordinator ansatt fra Frivilligsentralen for økt aktivitet inn i sykehjem.

Mestring

Å mestre sykdommen kan i mange tilfeller handle om åpenhet. For personer med mild til moderat grad av demens kan det være aktuelt å treffe andre og snakke om hvordan det er å leve med demens. Demensplan 2020 skal opprette modell for brukerskoler.

Alderspsykiatrisk avdeling på Sanderud og Nasjonalforeningen for folkehelsen arrangerer mestringkurs for personer som har fått demens før fylte 65 år sammen med en av sine pårørende. På kurset får de felles undervisning om temaer knyttet til demens; sykdomslære, hverdagen med demens, lover og rettigheter, tilbud og hjelpemidler. Etter undervisningen er det samtalegrupper hvor personer med demens er i en gruppe, og pårørende er i en annen gruppe. Under samlingen er det også sosiale aktiviteter. Det er en viktig påminnelse om å leve godt til tross for alvorlig sykdom. Erfaringene fra disse kursene er at det er nyttig både for personen og den pårørende å få samme informasjon, samt at det er godt å møte likesinnede. Kursene arrangeres årlig med nye deltakere hvert år, og det er plass til 10 par hver gang for deltakere fra hele Innlandet. Tilbakemeldingene fra kursene har vært veldig gode, og det sees et behov også for personer over 65 år.

Mestring og avlastning for pårørende

For pårørende til mennesker med kronisk sykdom, er det viktig at de føler at de kan mestre situasjonen. At en av dine nærmeste utvikler en demens vil for de fleste være en stor påkjenning, og det er behov for råd og veiledning for å håndtere situasjonen best mulig. Det er viktig at pårørende får støtte og veiledning allerede tidlig i forløpet slik at de vet hvor de kan ta kontakt og få mulighet til å være litt i forkant. Informasjon om demens og informasjon om hvor personer med demens og deres pårørende kan søke hjelp må være lett tilgjengelig. Selv om ingen demensforløp er helt like, er det mange som får forståelse, hjelp og støtte fra andre pårørende, eksempelvis via samtalegrupper. Gjøvik demensforening har gjennom flere år hatt samtalegruppe for pårørende. De siste årene har dette vært et samarbeid med Gjøvik kommune. Samtalegruppen er åpen for nye deltakere og er et lavterskeltilbud med månedlige møter. Det utveksles erfaringer og deltakerne gir råd og oppmuntring til hverandre. Fra høsten 2016 ble det startet opp en egen samtalegruppe for pårørende til personer som har fått demens før fylte 65 år.

Gjøvik demensforening og Gjøvik kommune har siden 2008 i samarbeid med Toten-kommunene gitt tilbud om pårørendeskole. Dette er kveldsskole en dag i uka over fem uker med undervisning og samtalegruppe. Tilbudet har fått gode tilbakemeldinger. Det er nasjonale tilskuddsmidler som dekker pårørendeskole og samtalegruppe.

Fra 2017 kom det en endring i lovverket om pårørendestøtte. Kommunene har en plikt til å tilby nødvendig støtte til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid blant annet i form av

- opplæring og veiledning

- avlastningstiltak
- omsorgstønad

Avlastningstiltak kan være både avlastning i hjemmet, avlastning ved at personen med demens er på dagaktivitetstilbud eller frivillige tiltak. Avlastning kan også være på institusjon.

Hjelpestønad er en ordning via NAV. Hjelpestønad er en stønad til den som har et særskilt behov for pleie og tilsyn på grunn av sykdom. Det forutsettes at hjelpen ytes av private for å få utbetalt hjelpestønad.

Hva må gjøres videre:

- Følge opp mer systematisk anbefalinger om fysiske og psykososiale tiltak for personer med demens i alle deler av tjenesten. Tiltakene må være differensiert ut fra funksjonsnivå
- Opprette flere plasser i dagaktivitetstilbud
- Tettere samarbeid med Gjøvik frivilligsentral og Gjøvik demensforening i rekruttering av frivillige til f.eks aktivitetsvenn
- Etablere brukerskole og samtalegruppe for personer som selv har demens
- Undersøke mulighet for å opprette interkommunal bruker/pårørendeskole eller mestringskurs uavhengig av alder
- Opprettholde tilbud om samtalegruppe for pårørende og pårørendeskole når tilskudd fra Helsedirektoratet opphører etter Demensplan 2020
- Utarbeide systematiske og differensierte tiltak for å styrke pårørendes mulighet til mer opplæring og veiledning
- Fleksible avlastningsmuligheter

5.5 Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassede tjenestetilbud

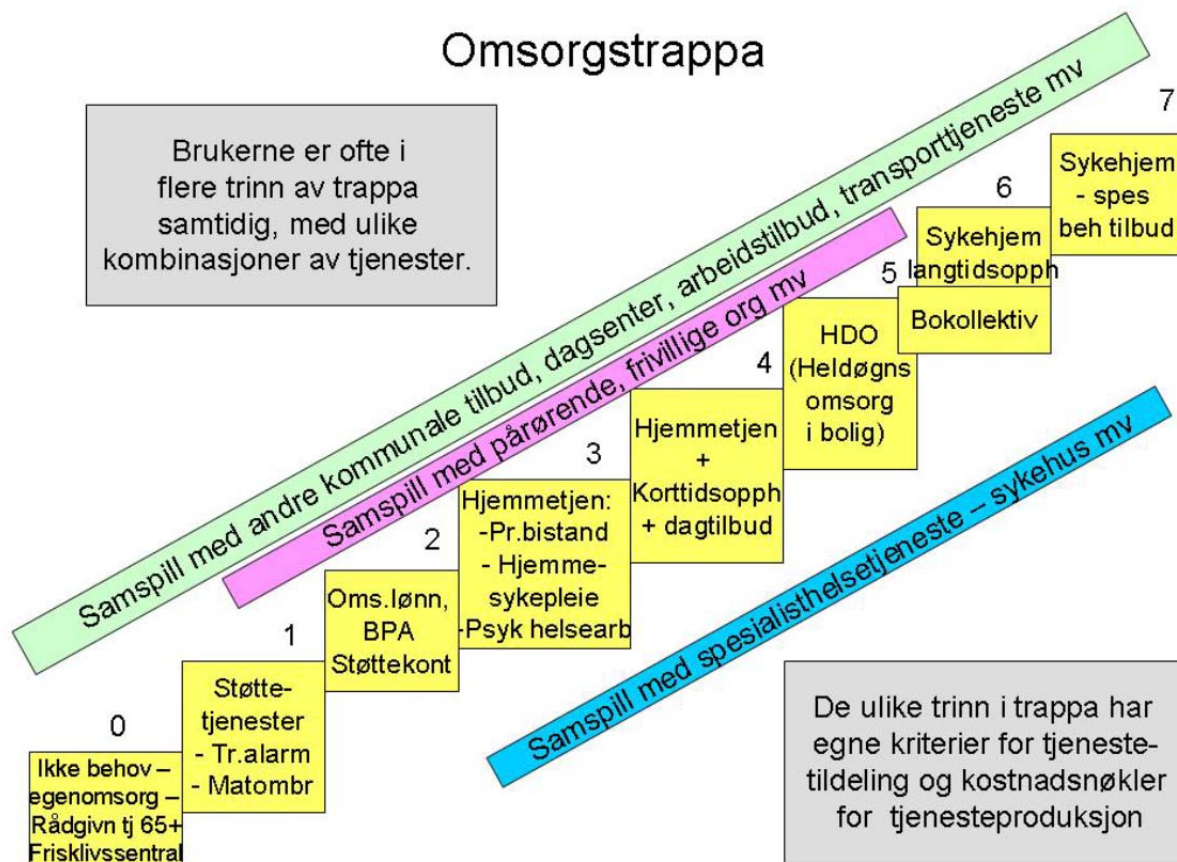
Fra Nasjonal demensplan 2020

MÅL:

Personer med demens skal oppleve at de er sett og godt ivaretatt. Personer med demens skal ha tilrettelagte boforhold og omgivelser, og et tilpasset tjenestetilbud.

Regjeringen vil derfor:

- Utvikle og prøve ut modeller for hjemmetjenestetilbudet for personer med demens.
- Bygge og modernisere sykehjem og heldøgns omsorgsboliger, slik at de er tilpasset og tilrettelagt for personer med demens.
- Styrke det medisinske og helsefaglige tilbudet til personer med demens.
- Bedre tilbudet til personer med demens på slutten av livet.



Modellen over er hentet fra Gjøvik kommunes omsorgsplan 2025 og gir en oversikt over de ulike tilbudene i Helse og omsorg.

Gjøvik kommune forvalter helse og omsorgstjenestene via Tildeling og koordinering. Den som har behov for en tjeneste sender søknad som beskriver hjelpebehovet. Det gjøres en faglig vurdering og utfra denne fattes vedtak med hjemmel i lovverk.

Gjøvik har et bredt spekter av tjenester, men det kan være utfordrende å tilby godt nok tilpassete tjenester til rett tid. Tiltakene kan oppleves som standardiserte og lite fleksible for brukere. Planen framover er å utvikle en mer fleksibel og innovativ prosess der bruker presenterer sine behov og sammen med tjenesten finner individuelle løsninger i nært samarbeid med pårørende. Et prosjekt støttet med midler fra Helsedirektoratet skal gjennomføre tjenesteinnovasjon for å gi bedre tilpassete tjenester til hjemmeboende personer med demens.

Arbeidslag

Organisering av arbeidslag er gjort etter ide fra Hamar kommune. Sørbyen hjemmetjeneste har hatt demensarbeidslag siden 2012, der ansatte jobber i mindre team med en fast gruppe av brukere som har diagnosen demens eller kognitiv svikt. Erfaringen er at oppfølging av hver bruker blir bedre med færre ansatte involvert. Arbeidslaget har god kunnskap om demens, og har etablert gode samarbeidsrutiner med pårørende. Med færre

ansatte å forholde seg til for bruker, blir det lettere å opparbeide god kjennskap og tillitt. Det blir også enklere å identifisere endring i helsetilstand tidligere slik at tiltak kan iverksettes. Dette anses som en suksessfaktor både når det gjelder:

- Tillit - færre å forholde seg til, lettere å opparbeide tillit for brukere
- Ansvar - dedikert ansvar for brukergruppen
- Kontinuitet - observerer raskere endringer, og bedre oppfølging
- Kompetanse - personalet har kunnskap, ferdigheter og holdninger innenfor demensområdet

Ressursbruk

Gjøvik har sammen med flere andre kommuner deltatt i prosjekter i regi av USHT som har undersøkt forekomst av demens og ressursbruk. Prosjektet Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) er gjennomført på oppdrag fra HelseDirektoratet, der målsettingen var å kartlegge bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, bruk av spesialisthelsetjenester, og omfang av hjelp fra pårørende til personer med demens i Norge. Studien avdekket blant annet at det er lite timer med hjemmesykepleie til personer med demens, men pårørende yter svært mye hjelp i tiden før innleggelse i sykehjem.

Bo lengst mulig i eget hjem

Trinn 4 i omsorgstrappa, se figur over, består av flere tjenester parallelt. Dette trinnet er viktig i målsettingen om å bo hjemme lengst mulig. Trinnet omfatter blant annet behov for aktivitet, trygghet og avlastning. Dette fordrer godt samarbeid og en systematisk oppfølging og koordinering. Bruker, pårørende og ansatte må ha dialog og verktøy for samhandling. Det må defineres mål i samråd med bruker og pårørende og alle må jobbe mot samme mål. Koordinator, individuell plan og samarbeidsmøter er svært viktig i dette trinnet. De ansatte i tjenestene må sammen med tildeling og koordinering finne fram til gode løsninger for bruker og pårørende.

Botilbud med heldøgns omsorg

Fra 1980-tallet har Gjøvik satset på bygging av tilrettelagte boliger tilknyttet omsorgssentra etter en desentral modell, der det er en målsetting at langtids bo- og omsorgstilbud skal kunne tilbys i brukerens vante nærmiljø. Utbygging har blant annet vært motivert av gunstige tilskuddsordninger gjennom Husbanken, og utforming av bygg har fulgt de til enhver tid gjeldende faglige råd. Omsorgssentrene gir mulighet for differensierte tjenester utfra beboernes behov, men tilstrekkelig bemanning er en forutsetning for at tjenestetilbudet skal oppleves tilstrekkelig og trygt. Gjøvik kommune opererer med ulik grad av fast bemanning i botilbud, der bokollektiv regnes som høyeste omsorgsnivå.

I omsorgsboliger som selvstendige boliger med fast tilknyttet bemanning hele døgnet, er det liten grad av felles aktiviteter. Det er mulighet for å velge felles middag i kafe eller fellesareal. Beboerne gis tjenester etter enkeltvedtak på timebasis, men det er personale tilknyttet bygget hele døgnet. Slike tilbud finnes i dag i Åslundmarka, Haugtun 4. etasje, Sørbyen 2. etasje, Birivegen 55, Ekornvegen 27.

I omsorgsboliger som selvstendige boliger med fast tilknyttet bemanning deler av døgnet er det ikke fast organiserte felles aktiviteter. Beboerne gis tjenester etter

enkeltvedtak på timebasis, det er personale tilknyttet bygget dag og kveld, tilsyn fra ambulerende nattjeneste etter behov. Slik tilbud finnes på Furubakken.

Framtidig kapasitet

I siste revisjon av Helse- og omsorgsplan 2025 finnes en oversikt over boliganlegg hvor det er mulig å styrke tjenestetilbudet for å møte framtidige behov for omfattende omsorgstjenester. Pågående og planlagte byggeprosjekter ved tre av seks omsorgssentra skal gi moderne og framtidsrettede lokaler for behandling og omsorg, der demensvennlig design blir tillagt vekt.

Bokollektiv og langtidsopphold i sykehjem

I 2013 fattet Utvalg for helse, omsorg og velferd vedtak som innebærer at bokollektiv og langtidsplass i sykehjem sidestilles som «øverste omsorgsnivå». Disse tilbudene har tilnærmet lik bemanningsfaktor, med stor grad av fellesskap, bl a felles måltider. Forskjellen på bokollektiv og langtidsplass i sykehjem er i hovedsak at i bokollektiv er beboer definert som hjemmeboende og betaler sine faktiske utgifter til bolig, mat, medisiner og lege selv. I sykehjem dekker kommunen alle utgifter og beboer betaler vederlag som et fast beløp utfra inntekt. En annen forskjell er at sykehjem har tilsynslege, mens beboere i bokollektiv benytter fastlege. Flere har ytret ønske om tilsynslegeordning i bokollektiv.

Helse- og omsorgsplan 2025 gir føringer for å gi omsorgstilbud i boliger - opprinnelig bolig eller omsorgsbolig - som boform framfor institusjon. Når bruker bor i egen bolig, bruker kommunen kun ressurser til tjenester, ikke til bo-funksjonen. Kommunale sykehjem må oppgraderes til å drive aktiv behandling, mens mer langvarige behov for trygghet og omsorg ivaretas i egen bolig, da gjerne i bokollektive løsninger for de med størst omsorgsbehov. En slik satsing medfører økt behov for heldøgns bemanning i omsorgsboliger. Kommunen vil imidlertid ha behov for noen spesialiserte institusjonsplasser for omsorg og behandling innen demens og/eller psykisk helse.

For personer med demens kan flytting/ miljøskifte gi ytterligere forverring av sykdommen. Derfor må det tilstrebis å styrke tjenester til beboeren der han/ hun er når tilstanden krever det, framfor å flytte personen med demens flere ganger.

Spesialisert bo- og behandlingstilbud

I Helse- og omsorgsplan 2025 er det angitt som en ønsket utvikling å etablere et spesialisert bo- og behandlingstilbud med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for innbyggere med demens og/ eller psykiske lidelser.

Hva må gjøres videre:

- Tettere dialog mellom bruker, pårørende og en koordinert tjeneste
- Koordinerende tiltak for en bedre samhandling mellom de ulike tjenestene
- Bruk av individuell plan og samarbeidsmøter
- Informasjon om kommunenes tilbud for å gi innbyggere god oversikt og trygghet. Aktiv bruk av kommunens nettside, facebookside, media, møter mm.
- Demensutredning og oppfølging tidligere i forløpet
- Økt bemanning og kompetanse i omsorgsboliger, bokollektiv og sykehjem for å kunne ivareta personer med demens i alle faser av sykdommen

- Vurdere alternativer for legetjenester til beboere i omsorgsboliger

5.6 Forskning, kunnskap og kompetanse

Fra Nasjonal demensplan 2020

MÅL:

Øke kunnskapen og kompetansen om demens blant ansatte i tjenestene og i samfunnet forøvrig, og bidra til mer forskning.

Regjeringen vil derfor:

- Gjennomføre en informasjonskampanje om demens og lage en opplæringspakke om demens for ulike samfunnssektorer.
- Gi ansatte som jobber med personer med demens opplæring i demens.
- Utvikle og spre miljøterapeutiske metoder og arbeidsformer i hele landet.
- Styrke kunnskapsgrunnlaget for å utvikle gode tiltak og tjenester til personer med demens og deres pårørende gjennom forsknings- og utviklingsarbeid.
- Heve kompetansen hos ansatte om personer med samisk eller minoritetsspråklig bakgrunn som utvikler demens.
- Oppfordre kommunene til å lage lokale demensplaner.

Kompetanse, engasjement og respekt

Demensplan 2020 viser til at det er en stor utfordring for demensomsorgen å sikre tilgang på tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert helse- og sosialpersonell. Gjennom kompetanseløftet skal det satses særlig på kompetanseutfordringer særlig knyttet til brukere med kroniske sykdommer og komplekst/sammensatt sykdomsbilde. Dette innebærer personer med demens.

Overskriften kompetanse, engasjement og respekt er kjerneverdiene for Gjøvik kommune. I kompetanseplan for Helse og omsorg - Gjøvik kommune 2015, er kompetanse beskrevet som kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger. Verdiskapning oppstår i møte mellom den ansatte og tjenestemottaker/innbygger. Kvaliteten på dette møtet avhenger av den ansattes kompetanse. Kompetanseheving er et kontinuerlig arbeid.

Demensplan 2020 fokuserer på kompetanseheving gjennom opplæringsprogrammene Demensomsorgens ABC og ABC på flere relevante fagområder, samt å følge opp satsningen på kompetanse i demensutredning.

Etisk kompetanseheving har vært satsningsområde for Gjøvik kommune i flere år, og det er også en av videreføringene i Demensplan 2020.

Kurs, ABC og videreutdanninger

Regionalt kompetansesamarbeid i Gjøvikregionen (REKS) arrangerer ulike kurs for ansatte i Gjøvikregionen. Flere av undervisningene har omhandlet demens. Demenskoordinatorene i Gjøvikregionen gir innspill på tema til kurs og har noe undervisning.

Det arrangeres også mange eksterne kurs som omhandler demens. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse er hovedarrangør i Norge. Fylkesmennene i Hedmark og Oppland arrangerer sammen med Sykehuset Innlandet en årlig demenskonferanse for Innlandet. I tillegg arrangerer Nasjonalforeningen for folkehelsen årlig en fagdag i forbindelse med Alzheimerdagen.

ABC opplæringen er en opplæringsmodell utarbeidet av Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. ABC modellen består av tre elementer; studieperm med temahefter, refleksjonsgrupper som møtes en gang pr hefte og fagseminarer. Opplæringen går over 1/2 -2 år. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har sammen med Alderspsykiatrisk avdeling, Sanderud samarbeid om å arrangere ABC opplæringen for Gjøvik kommune og resten av Oppland fylke. Kompetanseløftet gir midler til ABC opplæringen. . Kommunenes Sentralforbund (KS) har utviklet et studieopplegg med Velferdsteknologiens ABC.

Fagskolen Innlandet tilbyr videreutdanning i demens og alderspsykiatri. Siden 2014 har 7 ansatte søkt om støtte til videreutdanning.

NTNU tilbyr mastergrad i gerontologi eller klinisk sykepleie.

Demenskoordinator, demensteam og fagnettverk demens

I forrige planperiode ble det besluttet å opprette en 100% stilling som demenskoordinator i Gjøvik kommune. Stillingen er tilknyttet Tildeling og koordinering. Demenskoordinator jobber med direkte oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Demenskoordinator har også ansvar for fagutvikling innenfor demensområdet. Demenskoordinator leder demensteamet og et fagnettverk for demenskontakter i sykehjem. Disse nettverkene består av ressurspersoner som har ekstra kompetanse og engasjement innen demensomsorg. I Håndbok for etablering og drift av hukommelsesteam (demensteam), påpekes det at det er påkrevd at personell som arbeider i hukommelsesteam, har høy kompetanse om utredning av demens. Det er også nødvendig at hukommelsesteamet har kvalifisert kunnskap til å kunne gi faglig støtte, veiledning og informasjon til personer med demens og deres pårørende (Strandenæs 2016).

Gjøvik har siden forrige demensplan jobbet aktivt med å få til en god organisering rundt demensutredning. I dag er demensutredning et samarbeid mellom fastlege og demensteam. Gjøvik kommune opprettet demensteam i 2011. Demensteamet består av demenskontakter (2-3 sykepleiere og/eller helsefagarbeidere) i hver virksomhet i hjemmetjenesten. Demenskoordinator mottar henvisninger og koordinerer utredningen, samt deltar på enkelte utredninger. Ergoterapeut er også tilknyttet demensteam og deltar på utredninger hvor det vurderes nødvendig. Sykehjemsoverlegen er tilknyttet demensteamet som rådgivende lege.

Fastlege har ansvar for å diagnostisere og starte behandling. Hvis fastlege er usikker på diagnose, kan det henvises til spesialist; Geriatrisk poliklinikk på Gjøvik eller Hukommelsesklinikken på Sanderud. Hvis det er personer under 65 år, mange sammensatte problemstillinger eller spesielle atferdsutfordringer skal spesialisthelsetjenesten ha hovedansvar for utredningen. Det gjelder også for personer med minoritetsbakgrunn og personer med utviklingshemming.

Regionalt er det opprettet et fagnettverk for demenskoordinatorene i Gjøvikregionen. Det regionale fagnettverket samarbeider om Demensomsorgens ABC, undervisning, samt drøfter etiske og faglige problemstillinger.

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland

Gjøvik er av helse- og omsorgsdepartementet tildelt rollen som Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland (USHT). USHT er en nasjonal satsing og et av virkemidlene for å realisere målene i Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg og Meld. St. 26 (2014-2015) Framtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Sentrene skal bidra til utvikling innenfor nasjonale satsingsområder, med utgangspunkt i lokale behov.

Målgruppene til det enkelte utviklingscenter er ledere og andre ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i eget fylke, først og fremst i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Utviklingscenterene skal ha et bredt faglig perspektiv og inkludere tjenester til alle pasient- og brukergrupper. Tjenester til personer med demens er spesielt framhevet som et viktig satsningsområde.

Visjonen til USHT er «Utvikling gjennom kunnskap».

USHT sitt overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer. Utviklingscenterene skal videre bidra til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene fornyer og forbedrer seg innenfor følgende satsingsområder:

- Utvikling av tjenestetilbudet i samarbeid med pasienter, brukere og pårørende
- Faglig omstilling i tjenestene, kompetanseutvikling og nye arbeidsmetoder og organisasjonsformer. Forebygging, mestring, tidlig innsats, helsefaglig oppfølging og pasientsikkerhet, aktivisering, nettverks- og miljøarbeid, støtte til pårørende, samarbeid med frivillige og innføring av velferdsteknologi må vektlegges.
- Den nye hjemmebaserte tjenesten, med utvikling av tjenester til nye brukergrupper med komplekse helsefaglige utfordringer og omfattende psykososiale behov. Det kreves at mer omfattende og mer avanserte tjenester gis i hjemmet.
- Fornyelse og innovasjon ved å ta i bruk ny kunnskap og nye løsninger. Lokalt innovasjonsarbeid kan foregå i samarbeid mellom kommuner, helseforetak, fagfolk, tjenestemottakere, kunnskaps- og forskningsmiljøer, organisasjoner og/eller næringslivet.

Utviklingscenteret samarbeider tett med blant annet Fylkesmannen i Oppland, Senter for omsorgsforskning, Alderspsykiatrisk forskningscenter og NTNU, Gjøvik

Gjennom ulike tilskuddsmidler har USHT gjennomført prosjekter som omhandler demens og kognitiv svikt, blant annet:

- «Opp av stolen», miljøbehandlingstiltak i en demensavdeling for å motvirke apati
- Etisk kompetanseheving, og egen Etisk komite som veileder tjenestene i etiske problemstillinger. Brukere, pårørende og ansatte kan henvende seg til etisk komite.

- Ulike fagdager og konferanser for å øke kompetansen innenfor blant annet demensomsorg, men også andre områder i kommunehelsetjenesten.

Samarbeid mellom USHT og Alderspsykiatrisk avdeling/ forskningscenter

USHT og Gjøvik kommune har deltatt i flere prosjekter som omhandler demens/ kognitiv svikt i regi av Alderspsykiatrisk avdeling, både legemiddelprosjekter og mer omfattende kvantitative studier som omhandler tjenesteyting og ressursbruk.

SamAks er et samhandlingsprosjekt mellom Alderspsykiatrisk avdeling og kommunale sykehjem der målet er å få bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem ved systematisk kartlegging og tiltak. Samtidig skal prosjektet gi økt kompetanse i spesialisthelsetjenesten om Eldres helse i kommunale sykehjem. Prosjektet skal gi oppdatert informasjon om sykehjempasienters helsesituasjon og bidra til forskning i sykehjem.

SamAks har bidratt til at flere personer får hjelp uten at de må legges inn på alderspsykiatrisk avdeling, men at de kan hjelpes i sykehjemmet der de er. SamAks benytter veiledningsmodellen Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID). Modellen systematiserer årsaker og behandling av utfordrende atferd. Tilbakemeldinger fra avdelinger som har hatt oppfølging fra SamAks er svært gode.

Andre kompetansehevede tiltak

Ernæringstiltaket i Bjørkelia med å endre tidspunkt for middagsservering til kl 15.30 har gitt et økt fokus på ernæring og demens. Tiltaket har fått stor mediaoppmerksomhet og inspirert flere avdelinger både lokalt og nasjonalt til å endre sine rutiner.

Gjennom hospitering internt eller eksternt deles erfaringer og gode eksempler. Hospitering har vært noe brukt i forbindelse med direkte pasientoppfølging, eks holdningsplan og dagsplan. Hospitering kan også bidra til en større forståelse for sammenheng i tjenesten og lære av hverandre.

Hva må gjøres videre:

- motivere ansatte til kompetanseheving
- øke både grunnkompetanse og spisskompetanse
- arrangere kurs regionalt
- deltakelse på kurs/konferanser som ikke kan arrangeres regionalt
- kontinuerlig og systematisk ABC opplæring
- fokus på kjerneverdiene i daglig drift, herunder personsentrert omsorg
- fagstillinger/nettverk innen demens må sikres nødvendige ressurser og kompetanse
- opprette robuste arbeidslag i alle avdelinger
- opprettholde og videreutvikle samarbeid med SamAks
- delta i og initiere fagutviklings/forskningsprosjekter som omhandler demens
- øke bruk av hospitering som kompetanseheving
- alle ansatte skal bidra til god informasjon om ulike tilbud og tiltak
- kompetente ansatte skal bidra til mer kunnskap om demens i samfunnet

6. Oppsummerte tiltak og finansielle muligheter.

Fra Nasjonal demensplan 2020

Tilbudet til personer med demens og deres pårørende skal utvikles som en integrert del av den samlede helse- og omsorgstjenesten. Det er primært kommunenes vanlige tjenestetilbud som skal legges til rette for mennesker med demens, både faglig, organisatorisk og bygningsmessig.

I tillegg kan kommunene søke om penger til:

- Dagaktivitetstilbud til hjemmeboende personer med demens gjennom en egen tilskuddsordning i Helsedirektoratet.
- Å bygge eller renovere sykehjem og heldøgns omsorgsboliger gjennom et eget investeringstilskudd i Husbanken. Alt som bygges og renoveres skal tilpasses personer med demens.
- Ulike tilskudd til kompetanse- og utviklingstiltak som presenteres i de årlige statsbudsjettene. Helsedirektoratet har ansvar for tilskuddene.

Selvbestemmelse, involvering og deltakelse

- Sikre at alle får tilbud om koordinator og evt Individuell plan
- Kontinuerlig fokus på samtykkevurdering gjennom hele demensforløpet
- Legge til rette for fortsatt deltakelse i samfunnet med demensvennlig samfunn
- Sikre rutiner for brukermedvirkning og pårørendearbeid
- Etablere samarbeidsfora med både brukere og pårørende
- Følge opp nasjonale føringer

Forebygging, det som er bra for hjertet er bra for hjernen

- Folkeopplysning om demens og forebyggende tiltak i samarbeid med Gjøvik demensforening. Være med i nasjonale kampanjer i samarbeid med lag og foreninger
- Innsats i tidlig alder og middelalder for å legge et godt grunnlag for alderdom
- Frivillige aktiviteter som også er tilpasset til personer med demens
- Tiltak for å bryte opp sammenhengen fall-ensomhet-kognitiv svikt
- Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 med flere deltakere, spesielt rettet mot hjemmetjenesten
- Flere lavterskeltilbud som kan gi en forebyggende effekt; treningstilbud med styrke/balansetrening i kombinasjon med gode ernæringstiltak og sosialt samvær
- Tilpasset trening slik at også personer med demens kan delta
- Demensvennlig samfunn som en del av samfunnsplanen
- Demensutredning og oppfølging tidligere i forløpet

Aktivitet, mestring og avlastning

- Følge opp mer systematisk anbefalinger om fysiske og psykososiale tiltak for personer med demens i alle deler av tjenesten. Tiltakene må være differensiert ut fra funksjonsnivå
- Opprette flere plasser i dagaktivitetstilbud

- Tettere samarbeid med Gjøvik frivilligsentral og Gjøvik demensforening i rekruttering av frivillige til f.eks aktivitetsvenn
- Etablere brukerskole og samtalegruppe for personer som selv har demens
- Undersøke mulighet for å opprette interkommunal bruker/pårørendeskole eller mestringskurs uavhengig av alder
- Opprettholde tilbud om samtalegruppe for pårørende og pårørendeskole når tilskudd fra Helsedirektoratet opphører etter Demensplan 2020
- Utarbeide systematiske og differensierte tiltak for å styrke pårørendes mulighet til mer opplæring og veiledning
- Fleksible avlastningsmuligheter

Pasientforløp med systematisk oppfølging og tilpassende tjenestetilbud

- Tettere dialog mellom bruker, pårørende og en koordinert tjeneste
- Koordinerende tiltak for en bedre samhandling mellom de ulike tjenestene
- Bruk av individuell plan og samarbeidsmøter
- Informasjon om kommunenes tilbud for å gi innbyggere god oversikt og trygghet. Aktiv bruk av kommunens nettside, facebookside, media, møter mm.
- Demensutredning og oppfølging tidligere i forløpet
- Økt bemanning og kompetanse i omsorgsboliger, bokollektiv og sykehjem for å kunne ivareta personer med demens i alle faser av sykdommen
- Vurdere alternativer for legetjenester til beboere i omsorgsboliger

Forskning, kunnskap og kompetanse

- motivere ansatte til kompetanseheving
- øke både grunnkompetanse og spisskompetanse
- arrangere kurs regionalt
- deltakelse på kurs/konferanser som ikke kan arrangeres regionalt
- kontinuerlig og systematisk ABC opplæring
- fokus på kjerneverdiene i daglig drift, herunder personsentrert omsorg
- fagstillinger/nettverk innen demens må sikres nødvendige ressurser og kompetanse
- opprette robuste arbeidslag i alle avdelinger
- opprettholde og videreutvikle samarbeid med SamAks
- delta i og initiere fagutviklings/forskningsprosjekter som omhandler demens
- øke bruk av hospitering som kompetanseheving
- alle ansatte skal bidra til god informasjon om ulike tilbud og tiltak
- kompetente ansatte skal bidra til mer kunnskap om demens i samfunnet

Finansielle muligheter

Dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens gis tilskudd med pt ca kr 72 000 kr pr plass pr år. En plass vil si 5 timer 5 dager i uken.

Kompetanseløftet støtter blant annet deler av ABC satsningen.

Prosjektmidler er innvilget av Helsedirektoratet for å utvikle bedre tjenester til hjemmeboende personer med demens. Prosjektet varer til 2019.

Prosjektmidler lyses ut årlig fra Helsedirektoratet og Fylkesmannen med utgangspunkt i Nasjonal demensplan 2020.

Husbanken forvalter Investeringstilskudd til bygging av omsorgsboliger, sykehjem og dagaktivitetstilbud.

Aktuell litteratur

Aakhus, Eivind (2017). Psykose hos eldre. PsyKIT: 05.04.2017. Nettforedrag. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. URL: [<https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/psykose-hos-eldre/>] 07.06.2017

Alderspsykiatrisk forskningssenter, Sykehuset Innlandet (2014). Tjenestebehov hos eldre som mottar kommunale hjemmetjenester. Forekomst av demens og nevropsykiatriske symptomer. Gjøvik kommune.

Aldring og helse (2017). ABC-opplæring i kommunene 2016-2020. en tverrfaglig kompetansesatsing i kommunal helse- og omsorgstjeneste. URL: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/ABC_Informasjon_og_veiledning.pdf] 07.11.2017

Berntzen, Maiken Lied og Bystad, Martin (2015). Depresjon - en risikofaktor for demens? I: Scandinavian Psychologist. 02.05.2015. URL:[<https://psykologisk.no/sp/2015/05/e7/>] 07.06.2017

Brooker, Dawn (2013). Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter.

Brækhus, Anne (2016). Yngre personer med kognitiv svikt og demens - årsaker og utredning. Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste

Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian (2004). Lærebok demens. Fakta og utfordringer. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Engedal, Knut (2016). En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer. Pax forlag AS.

Fick, D. M., Hodo, D. M., Lawrence, F., & Inouye, S. K. (2007). Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes. Journal of Gerontological Nursing, 33(2), 40-47; quiz 48-49.

Folkehelseinstituttet (2015). Folkehelseprofil 2015 Gjøvik. URL: [<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0502&sp=1&PDFaar=2015>] 12.07.2016

Folkehelseinstituttet (2016). Folkehelseprofil 2016 Gjøvik. URL: [<http://khp.fhi.no/PDFVindu.aspx?Nr=0502&sp=1&PDFaar=2016>] 12.07.2016

Folkehelseinstituttet (2017). Helse hos eldre i Norge. URL: [<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/helse-hos-eldre-i-norge---folkehels/>] 20.02.2017

Fridtun, Lisbeth m fl (2017). Norsk oversettelse av European Association for palliative care: Lindrende omsorg og behandling av eldre personer med Alzheimers sykdom og andre progressive demenssykdommer. 11 domener og 57 anbefalinger inkludert forklarende tekst. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hedmark. Ikke publisert. Vedlegg.

Geria (2013). Demensvennlige omgivelser i eget hjem. URL: [<http://www.flashbook.no/helseetaten/egnehjem/pubData/source/12939%20Egne%20hjem-01-DSR-Flashbook.pdf>] 27.01.2017

Gjøvik kommune (2009). Demensplan 2009-2012.

Gjøvik kommune(2013). Langtidsplan 2013.Kommuneplanens samfunnsdel. URL: [<http://www.gjovik.kommune.no/globalassets/dokumenter/helse-og-omsorg/planer/130620---langtidsplan-2013---samfunnsdelen.pdf>] 04.07.2016

Gjøvik kommune (2015). Kompetanseplan for Helse og omsorg. Gjøvik kommune. 2015-2019 EOS: <http://eqs/cgi-bin/document.pl?pid=gjovik&DocumentID=1841&UnitID=1025> 07.11.2017

Gjøvik kommune (2017). Helse- og omsorgsplan 2025 revidert 2017. URL: [<http://www.gjovik.kommune.no/globalassets/dokumenter/helse-og-omsorg/planer/1hoplan-revisjon-2016-endelig-230517.pdf>] 30.10.2017

Hamar kommune (2014). Funksjonsinndelte arbeidslag i hjemmebasert omsorg - innovasjon i praksis. URL: [<https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/13311446/Bilder/Hamar/Artikkelbilder/Organisasjonen/Pleie%20og%20omsorg/Funksjonsinndelte%20arbeidslag%20-%20rapport%202014.pdf>] 17.11.2017

Haugen, Per Kristian (2016). Fortsatt i arbeid - med demens? I: Demens & alderspsykiatri vol 20. Nr 2 -2016.

Haugen, Per Kristian (2017). Diagnose i rett tid. Psyk-IT: 26.10.2016. Nettforedrag. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. URL: [<https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/diagnose-i-rett-tid/>] 09.06.2017

Haugen, Per Kristian (2017). «Jeg trodde jeg var den eneste som hadde det sånn...» .Ungdommer med en mor eller far med demens. URL: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/DP2020_Ungdom_Infohefte_v2-2017_WEB.pdf] 17.11.2017

Helsedirektoratet (2012). Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030. URL: [<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/velferdsteknologi-fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-20132030>] 20.05.2016

Helsedirektoratet (2015) Gevinstrealiseringsrapport nr 1. URL: [<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1139/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf>] (27.01.2017)

Helsedirektoratet (2016). Pasientskader 2015. URL: [<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1189/Personskader%202015.pdf>] 13.06.2016

Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens.

URL: [<https://www.magicapp.org/app#/guideline/1370>] 17.11.2017

- Helsedirektoratet (2016) III. Førerkort - veileder til helsekrav URL:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forekortveilederen> 10.10.2017
- Helsedirektoratet (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. URL:
[\[https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Paarørendeveileder.pdf\]](https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Paarørendeveileder.pdf) 20.02.2017
- Helse og omsorgsdepartementet (2008). Demensplan 2015 URL:
[\[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf\]](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf) 20.05.2016
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Meld. St. 26. Framtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. URL:
[\[https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf\]](https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf) 17.11.2017
- Helse og omsorgsdepartementet (2015). Demensplan 2020. URL:
[\[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/\]](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/) 20.05.2016
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) I. Flere år - flere muligheter. Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn URL:
[\[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/flere-ar--flere-muligheter/id2477934/\]](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/flere-ar--flere-muligheter/id2477934/)
28.04.2016
- Helse og omsorgsdepartementet (2016) II. Høringsnotat styrket pårørendestøtte. URL:
[\[https://www.regjeringen.no/contentassets/a3645bd47c76462cabf226a81359f133/horingsnotat-styrket-parorendestotte.pdf\]](https://www.regjeringen.no/contentassets/a3645bd47c76462cabf226a81359f133/horingsnotat-styrket-parorendestotte.pdf) 07.12.2016
- Horndalsveen, Peter (2016). En ubuden gjest. Oppfølging av yngre personer med demens og deres pårørende. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste
- Hofmann, Bjørn (2016). Demens: Når bør diagnosen stilles? I: Demens & alderspsykiatri. Vol 20. Nr. 2 - 2016 URL:[https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/DA-2016-2_Demens_Nar_b%C3%B8r_diagnosen_stilles_Bj%C3%B8rn_Hofmann.pdf] 09.06.2017
- Høgset, Lisbeth Dyrendal, Landmark, Brynjar og Bergh, Sverre (2014). Tjenestebehov hos eldre som mottar kommunale tjenester. Forekomst og forløp av demens og nevropsykiatriske symptomer. Sykehuset Innlandet HF. Divisjon Psykisk helsevern. URL:
[\[https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMHE/04%20Helse%20og%20omsorg/Omsorgstjenester/Selb%C3%A6k%20ILOS%20og%20tjenestebehov%202010.pdf\]](https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMHE/04%20Helse%20og%20omsorg/Omsorgstjenester/Selb%C3%A6k%20ILOS%20og%20tjenestebehov%202010.pdf)
28.06.2017
- Høyland, Karin og Kirkevold, Øyvind m fl (2015). Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens. Sintef/KS. URL:
[\[http://www.ks.no/contentassets/1392e8fff1a847eb8b632ac582afa98a/rapport.pdf\]](http://www.ks.no/contentassets/1392e8fff1a847eb8b632ac582afa98a/rapport.pdf)]
04.07.2016
- Ingebretsen, Reidun (2006). Flytting til institusjon: Demens i parforhold. Forlaget Aldring og Helse.

Jenssen, Gunn-Mari m fl (2013). Smertebehandling til personer med langtkommen demens. I: Geriatrisk sykepleie nr 3-2013. URL: [

https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs3_vitensk_artikkel_smertebehandling_2406.pdf]

Johannesen, Aud. m fl (2017). Experiences and needs of spouses of persons with young-onset frontotemporal lobe dementia during the progression of the disease. (Abstrakt). I: Scand J Caring Sci. 2017 Mar 9. doi: 10.1111/scs.12397. URL: [

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28276143>] 07.06.2017

Jørgensen, Kasper, Hasselbalch, Steen Gregers og Waldemar, Gunhild (2016) Risiko for demens og kognitiv svækkelse kan reduceres. I: ugeskrift for læger nr 11 2016, 178. URL: [

http://ugeskriftet.dk/files/V11150887_0.pdf] 14.07.2016

KS og Helsedirektoratet (2016) Velferdsteknologiens ABC URL:

<http://www.ks.no/contentassets/a920496503954698b773aa3c70667c28/emne-a.pdf>

27.01.2017

KS (20??) www.samveis.no veikart for tjenesteinvasjon. 27.01.2017

Larsen, Frode Kibsgaard (2015). Demens og utfordringer ved utviklingshemning. Forelesning på ABC erfaringsamling 30.10.2015. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Lichtwarck, Bjørn m fl (2015). Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens. maual 2. utgave. Alderspsykiatrisk forskningssenter Sykehuset innlandet. URL:

<http://18162-presscdn-0-32.pagely.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/11/TID-manual-2016.pdf>] 07.11.2017

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (1970). URL:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>] 07.11.2017

Lov om endringer i helse-og omsorgstjenesteloven (2017). URL:

<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-06-02-34>]07.11.2017

Lov om pasient-og brukerrettigheter (1999). URL:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>] 17.11.2017

Myskja, Audun (2013). Hjertet mitt har ikke demens. Cappelen Damm

Nasjonalforeningen for folkehelsen - et mer demensvennlig samfunn. URL:

<http://nasjonalforeningen.no/tilbud/demensvennlig-samfunn/>] 02.05.2016

Nasjonalforeningen for folkehelsen - få diagnose II. URL:

<http://nasjonalforeningen.no/demens/fa-demensdiagnose/>] 07.07.2017

Nationalt videnscenter for demens (2013) Opfattelse af demens blant personer med anden kulturel og sproglig baggrund. URL:

http://www.videnscenterfordemens.dk/media/1069316/informations%20pjece_hjemmesi de.pdf] 25.04.2016

Nordtug, Bente (2003). Den langsomme sorgen. Psykiske reaksjoner hos ektefeller til personer som utvikler Alzheimers sykdom. Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter.

Norsk psykiatrisk forening (2010). Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. URL: [<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2604>] 28.05.2016

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg URL: [<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>] 24.11.2016

Nærdal, Birgitte (2016). Tiltakspakke demens. Systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. Evalueringsrapport fra syv kommuner. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. URL: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/evalueringrapport-tiltakspakke_demens.pdf] 16.06.2017

Oberländer, Jette m.fl (2011). Identifikation af delir i hjemmeplejen. I: Sygeplejersken nr 1 2011. URL: [<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2011-1/identifikation-af-delir-i-hjemmeplejen>] 30.10.2017

Rokstad, Anne Marie Mork (2014). Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens. Universitetsforlaget.

Rosness, Tor Atle (2014). Tidstyven- hva vil det si å få demens i ung alder. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste.

Sandvik, Reidun K og Husebø, Bettina S (2011). Måler smerte hos personer med demens. I: Sykepleien. 06.10.2011. URL: [<https://sykepleien.no/forskning/2011/10/maler-smerte-hos-personer-med-demens>]]

Sintef(2015). Hvordan ta i bruk GPS for personer med demens - en tjenestemodell for norske kommuner. URL: [https://www.sintef.no/contentassets/d5f50634d1f74a779d57be1da7cd3446/hvordan-ta-i-bruk-gps-for-personer-med-demens_hefte.pdf] 27.01.2017

Solberg, Knut Ove m fl (2006). Diagnostisering og behandling av personer med utviklingshemming og demens. Helse Øst URL: [http://www.uio.no/studier/emner/uv/isp/SPED4610/h07/undervisningsmateriale/Aldring_utviklhemn_net.pdf] 24.11.2016

Sosial og helsedirektoratet (2007). Glemsk, men ikke glemt. URL: [<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-om-dagens-situasjon-og-framtidas-utfordringer-for-a-styrke-tjenestetilbudet-til-personer-med-demens>]] 20.05.2016

Strandenæs, Margit Gausdal (2016). Etablering og drift av hukommelsesteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten. Håndbok. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. URL: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Handbok_Hukommelsesteam_2016_WEB.pdf]] 16.06.2017

Thoresen, Lisbeth m fl(?) Veileder. Forberedende samtaler; felles planlegging av tiden framover og helsehjelp ved livets slutt. UiO: Det medisinske fakultet. Senter for medisinsk etikk. URL:[<https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/systematisk-etikkarbeid/acp-veileder190916.pdf>] 23.10.2017

Ulstein, Ingun Dina (2007). Dementia in the family. Doktoravhandling, medisinsk fakultet Universitetet i Oslo. URL: [\[https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28088/566_Ulstein_DUO.pdf?sequence=1\]](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28088/566_Ulstein_DUO.pdf?sequence=1)] 20.02.2017

Vossius, Corinna m fl (2015). Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)kortversjon (KV) og langversjon. Alderspsykiatrisk forskningscenter Sykehuset Innlandet URL: [\[http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/forskning_/alderpsykiatrisk-forskningscenter_/Sider/2015-redic.aspx\]](http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk_/forskning_/alderpsykiatrisk-forskningscenter_/Sider/2015-redic.aspx)] 06.06.2016

Wass, S., Webster, P. J., & Nair, B. R. (2008). Delirium in the elderly: a review. Oman Medical Journal, 23(3), 150-157.

Wigaard, Elisabeth (2012). Nevropsykologisk utredning av demens hos personer med utviklingshemning. Rapport. Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter og Vestre Viken HF