

Kunnskapsgrunnlag

Handlingsprogram demens 2021-2025



Gjesdal Kommune

25.08.2021

Forord

Gjesdal kommune har gode tjenester innen demensomsorg, samtidig er det en målsetting å videreutvikle tjenestene i takt med innbyggernes nåværende og framtidige behov. Behov for fleksible tjenester med tilpassede hjelpetiltak fordrer fleksibilitet og handlingsrom..

I arbeidet med kunnskapsgrunnlag har personer med demens, pårørende og ansatte i alle deler av helsetjenesten i Gjesdal kommune bidratt med sin erfaringsbaserte kunnskap. Nyere forskning og statlige føringer er tatt med for å sikre kunnskapsbasert praksis.

Kunnskapsgrunnlaget utgjør et felles faktagrunnlag for kommunens planleggingsarbeid. Innholdet skal legge til rette for en kunnskapsbasert styring og utvikling av kommunen, og inneholder fakta beskrivelser, tall, forskning og statistikk på områder innen demensomsorg.

Kunnskapsgrunnlaget er bl.a. ment å imøtekomme Plan og bygningslovens krav om åpenhet i plangrunnlaget, samt kravene som [Folkehelselovens § 5](#) stiller om overvåkning av befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helse og trivsel i kommunene.

Kunnskapsgrunnlaget peker på viktige forhold som kan bidra til en felles forståelse av nåsituasjonen og fremtidige behov i kommunen i forbindelse med demens. Grunnlaget vil bidra til et systematisk og målrettet planarbeid. Kunnskapsgrunnlaget vil dermed ha stor betydning for hvilke oppgaver Gjesdal kommune bør prioritere fremover.

Vi vet med stor sikkerhet at stadig flere mennesker kommer til å få demens. Slik sett er demens en større utfordring enn covid-19, sier Bent Høie Helseminister .

Stig Egeland
Kommunalsjef helse og velferd
25.08.21

Innholdsfortegnelse

Demens.....	4
Forekomst av demens	4
Forekomst av demens i Gjesdal.....	5
De vanligste demenssykdommene.....	6
Utredning og diagnostikk	7
Å leve med en demenssykdom	8
Behandling av demenssykdom.....	9
Forebygging av demens.....	10
Utviklingstrekk i helse og omsorgstjenesten.....	11
Brukergrupper med spesielle behov	14
Tjenestetilbudet til personer med demens.....	15
Tjenestetilbud til personer med demens i Gjesdal kommune	16
Utfordringer i tjenestetilbudet i Gjesdal i dag.....	18
Oppsummering Workshop	19
Referanseliste – Handlingsprogram Demens 2021-2025	21

Demens

Demens er et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person. Syndromet kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet med redusert evne til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til nedsatt evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret adferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid."(5)

Den største risikoen for å utvikle demens er høy alder, og jo eldre befolkningen blir desto større forekomst av demens vil vi se i samfunnet. Gjennomsnittlig forventet levealder er i dag 81,6 år for menn og 84,7 år for kvinner, og vi vil se en økning i levealder også frem mot 2040 (25). Økende levealder i kombinasjon med store barnekull i etterkrigstiden gir en utvikling hvor samfunnet vil bestå av flere eldre. Europeisk forskning viser at hver fjerde person over 85 år har alvorlig demens og at andelen personer med demens øker fra ca. 1,6 % i gruppen 60-64 år til ca. 43 % hos personer 90 år og eldre (20)(23). 70 er det nye 60 hevdes det, og eldre er i dag generelt mer friske, selvstendige, lever mer aktive liv og er ressurssterke. De bidrar i stor grad i samfunnet, både i og utenfor arbeidsliv, i frivillig arbeid, og som uformelle omsorgspersoner (26). Samtidig utgjør også eldre den gruppen som bruker flest helse- og omsorgstjenester, og tjenester rettet mot personer med demens er særlig ressurskrevende (17).

Forekomst av demens

I Norge antar vi at det er nærmere 80 000 personer med demens. Hvert år får cirka 10 000 nye personer denne sykdommen.(36)

Norske tall viser at andelen som har demens øker kraftig med alderen, fra anslagsvis 0,7 prosent i aldersgruppen 65-69 år til 48 prosent blant personer 90 år og eldre Totalt har 8 prosent av nordmenn over 59 år demens (6,8 prosent av mennene og 9,1 prosent av kvinnene)(37)

I overkant av 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom. Over 40 prosent av dem som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens.

Likevel bor de aller fleste med demens hjemme, og ikke på sykehjem: To tredeler av de om lag 100 000 med demens i 2020, bodde hjemme (38).

Om lag en tredel av alle personer diagnostisert med demens i spesialisthelsetjenesten, legges inn på sykehjem i løpet av det neste tiåret (39). Etter innleggelse i sykehjem er median overlevelse 2,1 år for menn og 2,4 år for kvinner. Det betyr at de fleste (to tredeler) diagnostisert med demens i spesialisthelsetjenesten, ikke blir sykehjemsbeboere.

I en nederlandsk studie fant forskerne at fra demensdiagnosen ble satt, hadde 75-åringene om lag to år uten noen form for omsorgstjenester, både for menn og kvinner (Janssen, 2020). Deretter kunne menn forvente å motta hjemmesykepleie i 2,6 år og deretter å bo på sykehjem i 1,6 år, altså mottakere av formell pleie over en periode på 4,2 år. Tilsvarende kunne kvinner på 75 år forvente 3,4 år med hjemmesykepleie og 3,2 år på sykehjem, altså totalt 6,6 år med formell pleie. For personer som ble diagnostisert da de var 85 år, var antall år med formell pleie 2,8 år for menn og 4,6 år for kvinner.(37)

Forekomst og framskriving av demens i Gjesdal

Befolkningen i Gjesdal er yngre enn gjennomsnitt i Norge og har derfor en lavere andel med demens. Andel med demens er 1,07 % i Gjesdal i 2020 Gjennomsnitt i Norge er 1,88% i 2020 Forekomst av demens i Gjesdal ligger lavere enn landsgjennomsnittet.

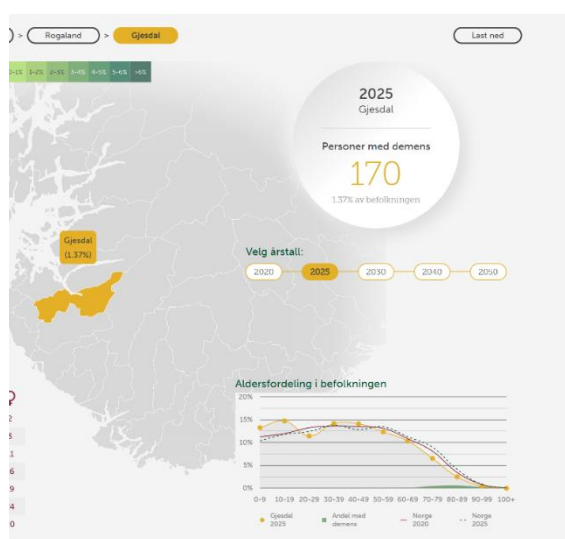
Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse gjennomfører undersøkelser for å estimere framskriving av antall personer med demens (35). I 2025 vil Gjesdal ha 12438 innbyggere det er 436 flere enn i 2020 – en økning på 3,63 %

170 personer i kommunen vil ha demens Dette tilsvarer en økning på 42 eller 32,81 % fra 2020 til 2025. Andelen med demens er 1,07 % i 2020 og 1,37 % i 2025 Demensandelen i Gjesdal øker altså med 28,04 %

I 2030 vil Gjesdal ha 12940 innbyggere det er 938 flere enn i 2020 – en økning på 7,82 %

221 personer i kommunen vil ha demens Dette tilsvarer en økning på 93 eller 72,66% fra 2020 til 2030

Andelen med demens er 1,07 % i 2020 og 1,71 % i 2030 Demensandelen i Gjesdal øker altså med 59,81 %



(35)

Alder	2020	2025	2030
30-64	4	4	5
65-69	3	5	5
70-74	22	26	31
75-79	23	34	39
80-84	27	36	54
85-89	28	37	50
90+	21	28	37

Antall Personer med demens fordelt på alder og framskriving Gjesdal kommune (35)

De vanligste demenssykdommene

Demens skyldes skader i hjerneceller slik at de mister sin funksjon og dør, både av kjent og ukjent årsak. Demens er ikke bare én, men mange ulike diagnoser.

De vanligste symptomene ved demens:

- Problemer med å holde oppmerksomheten og konsentrere seg
- Svekket læringsevne og hukommelse
- Redusert evne til å orientere seg for blant annet tid, sted, egen alder
- Endring i språket som bl.a. problemer med å finne ord og forstå det som blir sagt
- Problemer med å kjenne igjen gjenstander, lyder og ansikter
- Manglende evne til å utføre gjøremål og oppgaver som man tidligere har mestret
- Vrangforestillinger og hallusinasjoner

Demens ved Alzheimer sykdom

Ved Alzheimer sykdom (AD), som er en den vanligste formen for demens ses endringer både i og utenfor hjernecellene som gjør at de dør og hjernevevet skrumper. Endringene starter ca. 10-15 år før symptomer merkes. Det skilles mellom to former; AD med tidlig debut (oftest før 65 år) hvor utviklingen ofte er rask og atypisk, og AD med sen debut (oftest etter 65 år) med en mer gradvis og udramatisk utvikling, og hvor hukommelsessvikt ofte er første symptom (5).

Vaskulær demens

Vaskulær demens brukes som betegnelse der årsaken til demens kan være hjerneinfarkt, skade i hjernens blodårer eller manglende blodtilførsel til hjernen som medfører at omkringliggende hjerneceller dør. Vaskulær demens er årsaken hos 10-20 % av alle personer med demens. Symptomutvikling og tegn på demens avhenger av hvilke områder i hjernen som er skadet. Symptomene starter ofte relativt brått og utvikler seg trinnvis (5)(8).

Frontotemporal demens

Frontotemporal demens brukes som et begrep der hjernecellene endres og dør i helt spesifikke områder i hjernen, - pannelappene og/eller tinninglappene. Dette er områder som regulerer atferd, initiativ, impuls kontroll og språkfunksjon. Ofte ses en total endring i atferd sammenlignet med tidligere. De som rammes har ofte en relativt intakt hukommelse tidlig i forløpet. Mellom 10 og 15 % av alle personer under 65 år med demens har frontotemporal demens (5)(8).

Demens med Lewy legeme

Demens med Lewy legeme er en tilstand der det dannes proteinavleiringer (Lewy legemer) i nervecellene som gjør at deres funksjon ødelegges. Mellom 10-25 % av alle personer med demens har demens med Lewy legemer. Ved demens med Lewy legemer ses i tillegg til svikende kognitive og intellektuelle funksjoner perioder mer synshallusinasjoner, svingende bevissthetsnivå, søvnforstyrrelser og stivhet i kroppen (5)(8).

Andre årsaker til demens

Demens kan forekomme ved en rekke andre mer sjeldne hjernesykdommer som for eksempel frontotemporal degenerasjon (frontallappdemens eller Picks sykdom), Huntingtons sykdom eller Parkinsons sykdom.

Frontotemporal demens (panelappsdemens) opptrer først og fremst hos personer mellom 50-70 år, men kan oppstå helt fra 30 års alder og opptil 90 års alder. Tilstanden er kjennetegnet ved at personen som rammes endrer sin atferd eller personlighet. Noen får en sosial ukritisk atferd, andre blir passive og kan virke deprimerte. De fleste har vansker med å komme i gang med aktiviteter, er passive og irritable. Etter hvert får pasienten også hukommelsesproblemer og språkvansker.

Parkinsons sykdom opptrer hos cirka én prosent av den eldre befolkningen over 65 år. De vanligste symptomene er stivhet, skjelving, og endret kroppsholdning. Omlag 80 prosent av pasientene utvikler demens i forløpet av sykdommen.

Andre årsaker til demens er alkoholmisbruk gjennom mange år, hjernesvulst, følgetilstand etter infeksjoner i hjernen, betydelige hjerneskader og følgetilstand etter hjertestans (av en slik varighet at oksygenmangelen fører til varige hjerneskader).

Utredning og diagnostikk

Det gjøres mye lovende forskningsarbeid innenfor demensfeltet, men fortsatt er det ikke mulig å kurere demenssykdommer. Målene med å utrede og sette diagnose er flere, slik som:

Mål med utredning ⁽¹²⁾:

- Utelukke og behandle andre årsaker til symptomene
- Noen symptomer ved demens kan lindres ved medisinsk behandling
- Få tilgang til tilbud og støtte fra kommunen
- Gi tilgang på informasjon som gjør det lettere for omgivelsene å støtte opp under situasjonen
- Gi personen med demens og deres pårørende mulighet til å planlegge for fremtiden

Utredning og diagnostikk av demenssykdommer skjer som oftest hos fastlege i samarbeid med kommunens Hukommelsesteam.

Utredning for demenssykdom er frivillig, og innebærer en somatisk helseundersøkelse, blodprøver, legemiddelgjennomgang, og radiologisk undersøkelse av hjernen. Hukommelsesteamet bistår fastlegen med å kartlegge kognitiv fungering, egenomsorgsevne og sikkerhet i hjemmet. I tillegg gjennomføres det en kartlegging av pårørendes situasjon. Det benyttes standardiserte utredningsverktøy i all utredning og diagnostikk (12).

Etter samlet vurdering av opplysninger og funn stiller fastlegen diagnose etter faste kriterier (15):

- Svekket hukommelse og kognitiv fungering
- Endret evne til å utføre funksjoner i dagliglivet
- Personen skal ha klar bevissthet
- Personen har endret atferd
- Tilstanden skal ha vært i minst 6 måneder

Utredning i spesialisthelsetjenesten anbefales ved mistanke om demens hos yngre personer, hos personer med et sammensatt sykdomsbilde, og hos personer som har språkmessige utfordringer. Ved mistanke om demens hos sykehjemsbeboer er det sykehjemslegens ansvar å sette diagnose (13).

Å leve med en demenssykdom

Alle sykdomsforløp vil oppleves ulikt. Faktorer som blant annet personlighet, mestringsevne, og stressелеmenter i nærmiljøet påvirker utviklingen. Hvilke områder i hjernen hvor forandringene skjer vil også påvirke den enkeltes evne til å takle sykdom og møte utfordringer i hverdagen. Tiden før diagnose stilles, og det å få en demensdiagnose oppleves for mange som stressfylt. En demensdiagnose er for mange forbundet med skam og frykt, mens for andre kan det å få en slik diagnose gi svar på ting de har slitt med (5)(16).

Utfordringer for personen med demens

Demens gir endrede og begrensede forutsetninger for mestring og kontroll av eget liv. Evnen til å oppfatte og huske informasjon, ha oversikt over egen hverdag, ta initiativ, huske viktige ting, vite hva og hvor en skal, kjenne igjen ting, og holde fokus og oppmerksomheten svekkes gradvis gjennom sykdomsforløpet. Dette påvirker og får konsekvenser for blant annet evne til å stå i arbeidslivet, inneha tillitsverv, kjøre bil, vurdere risiko, og ivareta egen økonomi. Manglende mestringsfølelse og opplevelse av nederlag, usikkerhet, og følelse av å bli umyndiggjort kan være en psykisk belastning for den som rammes av demens (5).

Sykdommen medfører ofte svikt i egenomsorgsevne og kan gi somatiske helseplager grunnet feilernæring, dårlig tannhelse, og mangelfull hygiene. Passivitet og økt følsomhet for medikamenter kan gi dårligere balanse og økt fallrisiko. Personer med demens blir sårbare overfor omgivelsene. De tåler i mindre grad ytre stimuli, og kan fort feiltolke situasjoner. Dessuten vil mange, særlig i sen fase av sykdomsforløpet ha problemer med å formidle egne ønsker (5).

Ikke alle innser at de ikke klarer å ivareta egne behov og motsetter seg hjelp fra andre. På et tidspunkt i et demensforløp vil evnen til å ta avgjørelser knyttet egen helse, samt ivareta egne

økonomiske og juridiske interesser bli svekket. Motstand mot nødvendig hjelp kan være en stor belastning og kilde til konflikt både med pårørende og omgivelsene. For helsepersonell er omgåelse av motstand og bruk av tvang overfor personer med demens regulert i Lov om pasient og brukerrettigheter med tilhørende rundskriv (3)(19).

Utfordringer for pårørende

Demens vil påvirke evne til samhandling og ivareta relasjoner, og er en sykdom som i stor grad også rammer pårørende. Også for pårørende kan tiden før diagnose stilles være vanskelig. Roller og dynamikk i familien og omgangskrets endres, og faktorer som blant annet alder, type relasjon, egen helse og mestringsevne hos den enkelte pårørende vil påvirke hvordan situasjonen oppleves (5)(8). Pårørende som bor sammen med en person med demens opplever ofte situasjonen annerledes enn de som ikke har den samme tette daglige kontakten. Det kan oppleves som en belastning og stressfylt å passe på og bistå personen med demens med ivaretagelse av egenomsorgsoppgaver, samt bekymre seg for dennes sikkerhet og velferd. Dette, samt utfordringer rundt kommunikasjon og atferdsendringer, kan bidra til sosial isolasjon som gjør de pårørende mer sårbare for fysiske og psykiske helseplager (17). Yngre ektefeller står ofte i en livssituasjon der de fremdeles er i arbeid, og i tillegg til omsorgen for sin partner som er rammet av demens, har de omsorg for mindreårige barn og foreldre (8)(21).

For barn og barnebarn kan bekymring, dårlig samvittighet og en følelse av ikke å strekke til være en belastning og være stressfaktorer som påvirker deres helse negativt. Ungdom og barn som har en forelder med demenssykdom kan oppleve at de mister trygghet og rammer under oppveksten, og de kan føle seg oversett og ubetydelige. Endrede roller medfører at oppgaver som normalt ligger til foreldrerollen faller på dem (5). Belastning kan føre til sinne, irritasjon og frustrasjon, og psykiske helseplager som angst, depresjon, sosial isolasjon og ensomhet (8)(22).

Mennesker lever sine liv i relasjoner med andre. Forhold til familie, venner og omgangskrets endrer seg ofte gjennom et livsløp, likeså grad av kontakt og hvem vi føler sterkest samhørighet med. Relasjonskartlegging er en viktig del av utredning og kartlegging hos personer med demens. Hvilken mulighet personer med demens har til å hente støtte og trygghet i omgivelsene, og hvilken grad av belastning pårørende opplever under sykdomsforløpet avhenger av relasjonen de har til hverandre.

Økonomiske konsekvenser

Flere personer med demens og deres pårørende opplever at demenssykdommen får økonomiske konsekvenser. De som har måttet gå ut av arbeidslivet på grunn av sin demensdiagnose kan oppleve å få redusert inntekt. I dagens samfunn er det mer vanlig enn tidligere at eldre tar opp større lån, og med lavere inntekt kan det bli vanskelig å betjene lån. Noen vil oppleve å få utgifter de tidligere ikke har hatt, slik som utgifter til blant annet til medikamenter, inkontinensartikler, kjøp av hjemmetjenester, mat og transportutgifter ved dagopphold, og egenandel ved korttidsopphold. For enkelte kan også demenssykdommen gi symptom som manglende dømmekraft og medføre ukritiske innkjøp og forbruk (8)(16).

Behandling av demenssykdom

Mange av symptomene som oppstår ved demens kan lindres, både gjennom miljøbehandling og gjennom medisiner.

Medikamentell behandling

I dagens demensbehandling benyttes det medikamenter som kan forhindre og redusere skader i hjernen, samt medikamenter som kan behandle psykiatriske og atferdsmessige symptomer.

Indikasjon for medikamentell behandling vurderes alltid individuelt da ikke alle har effekt av behandlingen. Ved noen tilstander kan medikamenter ha uønsket og/eller skadelig effekt (5).

Miljøbehandling

Miljøbehandling handler om å tilrettelegge de fysiske og sosiale omgivelsene slik at personen med demens opplever trivsel og mestring. Miljøbehandling bygger på personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg er en filosofi og tilnærming til personer med demens som står sentralt i norske og internasjonale fagmiljøer. Målet er å sette personer med demens i stand til å bruke egne ressurser og opprettholde sin selvstendighet så langt som mulig. Slik kan symptomer ved demens forebygges og demensutviklingen forsinkes. Utgangspunktet er å ivareta alle menneskers grunnleggende psykologiske behov, som identitet, tilhørighet, inklusjon, trøst og meningsfull aktivitet. Personsentrert omsorg handler om å sette personen i sentrum fremfor sykdommen, og det å ha fokus på ressurser framfor begrensninger (5)(9).

Viktige prinsipper i miljøbehandling er å skape oversiktlige og trygge omgivelser, unngå stressfaktorer, tilpasse kommunikasjonen, tilby aktivitetsrettede tiltak som gir mening, og tilrettelegge for samhandling og samvær med andre (16)(17).

Tiltak som iverksettes gjennom miljøbehandling skal alltid være individuelt tilpasset. Alle mennesker er unike gjennom sin egen personlighet og erfaringer, og for å gi individuelt tilpassede tjenester må brukers opplevelse av seg selv og sin situasjon være kjent for tjenesteapparatet. «Hva er viktig for deg» er en enkel og anerkjent metode. Ved at helsepersonell på en regelmessig og systematisk måte stiller bruker av tjenesten spørsmålet: «Hva er viktig for deg» blir brukerstemmen hørt og individuelle behov og ønsker løftet frem (10).

Forebygging av demens

Forekomst av demens stiger med økende alder, og aldring utgjør således den største risikofaktoren for demensutvikling. Gjennom forskning er årsaken til endringer i hjerneceller og hjernestruktur som forårsaker demens hos enkelte mennesker, ikke funnet (5). Internasjonal forskning peker derimot på at levekår og livsstilsfaktorer kan påvirke risikoen for å utvikle demens og forskyve sykdomsdebut (28).

Primærforebygging

Samfunnsmessige og miljømessige forhold har betydning for befolkningens helse generelt, men også for utvikling av livstilrelaterte sykdommer og demens. Ved forebyggende helsearbeid kan demenssykdom senere i livet forhindres og utsettes, og forskning viser til at opp mot 40 % av alle demenstilstander kan forebygges. 12 risikofaktorer knyttet til levekår og livsstil trekkes frem, hvor endring uansett vil ha en positiv helseeffekt. Primærforebygging i demenssammenheng handler om å sette fokus på livsstilsendringer tidlig i livet, og har et langsiktig perspektiv (18)(28).

De 12 risikofaktorene som kan føre til demensutvikling er:

- Lavt utdanningsnivå, som kan gi sårbarhet fordi det medfører lavere kognitiv reservekapasitet
- Hørselstap, som kan gi økt belastning i en sårbar hjerne og påvirke sosial aktivitet/ gi depresjon
- Sosial isolasjon, som kan gi økt risiko for hjerte og karsykdom, depresjon og mental inaktivitet
- Depresjon, som påvirker stresshormoner og kan gi endringer i hjernestrukturen
- Trening motvirker stresshormoner som kan skade hjernecellene, og gir bedret fysisk funksjon

- Dårlig ernæring. Et sunt kosthold vil stabilisere blodsukkeret og hindre skader på blodkar
- Overvekt kan gi hormonell ubalanse som medfører skade på hjernecellene
- Røyking, som skader blodkarene. Sigarettøyk inneholder også stoffer som skader hjernecellene
- Høyt blodtrykk, som kan gi skader på blodkar i hjernen
- Stort alkoholinntak, som kan medføre endringer i hjernecellene
- Traumatiske hodeskader, som kan medføre blødninger og trykk som skader i hjernecellene
- Forurensning fra trafikk, industri og passiv røyking, som kan føre til skader på blodkar

Skader på blodkar i hjernen kan medføre at omliggende hjerneceller ikke får tilstrekkelig oksygen og næring slik at de ødelegges. I tillegg til disse 12 risikofaktorene pekes det på at søvnforstyrrelser, både for lite og for mye søvn, kan føre til endringer i hjerneceller som føre til demensutvikling (28).

Sekundærforebygging

Det er et mål at personer med demens og deres pårørende skal kunne leve et så godt liv som mulig. Flere tiltak kan legges til rette for mestring i hverdagen samt forebygge skader og sykdom som følge av demenssykdommen (1).

Noen eksempler på sekundærforebyggende tiltak:

- Fysisk trening bedrer balanse og motorikk og kan hindre fallskader som gir pleiebehov
- Sosial stimulering forebygger ensomhet, depresjon og gir mening i hverdagen
- Kognitiv trening aktiverer hjernens reservekapasitet og bidrar til mestring
- Tiltak rundt mat og måltidsopplevelse kan forhindre underernæring
- Hjelpemidler som for eksempel komfyrvakt kan forhindre brannulykker
- Gjennomgang av legemidler kan forhindre unødvendige bivirkninger og overforbruk
- Ulike avlastningstiltak kan bidra til at pårørende mestrer en utfordrende hverdag lenger

Utviklingstrekk i helse og omsorgstjenesten

De fleste tjenester til personer med demens ytes av kommunen. Målsettingen er at de som ønsker det skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Kommunen skal tilrettelegge et tjenestetilbud som er tilpasset den enkeltes behov og mulighet til å nyttiggjøre seg tilbudet. Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, vil det som regel bli behov for mer hjelp fra kommunen. Utfordringene for den kommunale tjeneste i Gjesdal vil være :

Flere pårørende

Hver person med demens har gjennomsnittlig 3 nære pårørende, og ca.90 % mottar jevnlig hjelp av sine nærmeste (23). Pårørende påtar seg ofte betydelige omsorgsoppgaver som øker i takt med sykdommens progresjon, estimert til tilsvarende 60-80 timer hver måned og opptil 160 timer per måned rett før en innleggelse i institusjon (14). Pårørende har ingen juridisk forpliktelse til å utføre omsorgsoppgaver, men den uformelle og frivillige omsorgen utgjør en viktig del av kommunens samlede omsorgsressurs. Kommunen er forpliktet til å sørge for opplæring, veiledning og ulike støttetiltak til de som har særlig tyngende omsorgsoppgaver (31). Flere personer med demens innebærer også flere pårørende som har behov for støtte og oppfølging (34).

Flere pårørende med egne helseutfordringer

I tråd med den økende aldringen i samfunnet vil også Gjesdal stå overfor en utvikling med flere eldre pårørende med egne helseutfordringer. Denne gruppen pårørende vil ha begrensede ressurser og kapasitet til å yte omsorg for sine nære med demenssykdom, og det medfører økt behov for kommunale helse og omsorgstjenester.

Flere uten nære pårørende

Flere eldre lever alene på grunn av blant annet samlivsbrudd, og med stigende alder øker også sannsynlighet for at en ektefelle/partner dør. Nasjonalt er det ventet en sterk økning i antall aleneboende frem mot 2030. Behov for formell omsorg er i gjennomsnitt større for personer med demens som er aleneboende enn for personer med demens som deler husstand med andre (23). Barn som pårørende representerer mulighet til uformell omsorg og sosial kontakt for personer med demens (20).

Flere unge pårørende

Utviklingen viser at flere utsetter å få sitt første barn, og gjennomsnittsalderen for førstegangsforeldre er stadig stigende. I dag er førstegangsforeldre gjennomsnittlig 6 år eldre enn de var for 50 år siden. Det gir en økende risiko for at barn av eldre foreldre vil oppleve å bli pårørende til en person med demens i ung alder (25).

Økt behov for kommunale tjenester

Et økende antall personer med demens tilsier at flere vil ha behov for kommunale tjenester, og det vil bli et stort press på både hjemmetjenester og tilrettelagte botilbud med heldøgns plasser.

Forebygging og tilrettelegging av tjenester til personer med demens som bor i eget hjem og samtidig støttetiltak til deres pårørende vil i de aller fleste tilfeller være rimeligere enn botilbud i institusjon.

En mer presset kommuneøkonomi

Økt behov for tjenester til personer med demens vil få konsekvenser for kommunens økonomi. En økende andel eldre befolkning medfører også færre skatteinntekter for kommunen.

Behovet for kommunale tjenester vil øke i løpet av sykdomsforløpet, og et økende tjenestebehov generer økte kostnader for kommunen.

Mange personer med demens mottar også flere kommunale tjenester samtidig og befinner seg på flere trinn i omsorgstrappen på samme tid.



I tabellen under er det listet opp ulike scenario av tjenestetilbud personer med demens typisk mottar sett opp mot kostnad ved sykehjemsopphold som er det øverste trinn i omsorgstrappen:

I en nasjonal rapport er det gjort kostnadsberegninger av de ulike helse- og omsorgstjenestene (14). Gjennomsnittlig varighet av et sykdomsforløp fra symptomdebut til død er beregnet til 8,1 år, med et totalt ressursbruk på gjennomsnittlig 2,9 millioner kroner og gjennomsnittlig 3,37 årsverk (14).

Scenario av tjenestetilbud fra kommunen gjennom ett år		Prosent av kostnad for sykehjemsopphold
1	Oppfølging demensteam	1 %
2	Oppfølging demensteam + dagaktivitetstilbud 1 x ukentlig	7 %
3	Oppfølging demensteam + dagaktivitetstilbud 2 x ukentlig + hjemmetjeneste 1 t hver uke	16 %
4	Hjemmetjeneste 2 t hver uke + dagaktivitetstilbud 2 x ukentlig + hverdagsrehabilitering/trening 1 besøk hver uke	23 %
5	Hjemmetjeneste 3 t hver uke + dagaktivitetstilbud 2 x hver uke + hverdagsrehabilitering 1 besøk hver uke + støttekontakt/avlastning i hjemmet 2 t hver uke	32 %
6	Hjemmetjeneste 5 t hver uke + dagaktivitetstilbud 3 x hver uke + hverdagsrehabilitering/trening 1 besøk hver uke + støttekontakt/avlastning i hjemmet 2 t hver uke + avlastning i institusjon 3 uker.	48 %
7	Hjemmetjeneste 10 t hver uke + dagaktivitetstilbud 5 x ukentlig	64 %
8	Hjemmetjeneste 5 t hver uke + dagaktivitetstilbud 5 x ukentlig + støttekontakt/avlastning i hjemmet 5 t hver uke + avlastning i institusjon i 6 uker.	66 %
9	Hjemmetjeneste 3 t hver uke + avlastning i hjemmet/støttekontakt 20 t hver uke	76 %
10	Hjemmetjeneste 8 t hver uke + dagaktivitetstilbud 5 x ukentlig + støttekontakt/avlastning i hjemmet 10 t ukentlig + avlastning i institusjon i 12 uker.	91 %

Mangel på helsepersonell

Tilgang på tilstrekkelig, kompetent og kvalifisert helsepersonell til å ivareta personer med demens blir utfordrende i fremtiden. Sykepleiere og helsefagarbeidere utgjør den største gruppen arbeidstakere i helse og omsorgssektoren, og i allerede i dag utdannes det for få personer til å dekke behovet. Mangelen på helsepersonell i kommunal helse og omsorgssektor vil forverre seg i årene frem mot 2035 etter hvert som andelen eldre i samfunnet øker (32)(33).

Økt behov for kompetanse

Flere personer med demens i samfunnet gir behov for økt kunnskap om demens i befolkningen generelt, slik at alle kan støtte opp under og tilrettelegge for mestring. Helsepersonell som i dag ikke arbeider direkte med personer med demens vil trenge kunnskap og kompetanse om sykdommen (69)(32). Kompetente ansatte er en viktig ressurs for å gi tjenester av kvalitet. Ved lav tilgang på kvalifisert helsepersonell er det viktig å utvikle kompetansepotensiale blant de som allerede er ansatt (65).

Gjesdal kommune har utarbeidet en egen plan for kompetansebygging - denne må oppdateres i forhold til behov for kompetanse på demens

Brukergrupper med spesielle behov

Enkelte grupper i Gjesdal vil ha behov for spesiell tilrettelegging under demensutredning, oppfølging og koordinert samhandling under demenssykdom, slik som eksempel yngre personer med demens, personer med innvandring/ minoritetsbakgrunn, personer med psykisk utviklingshemming, og personer som har rusproblematikk (9).

Yngre personer med demens

Forekomst av demens hos yngre personer er sjeldent, og det anslås å være 2108 personer under 65 år med demensdiagnose i Norge. Beregninger tilsier at det er 4 personer under 65 år med demens i Gjesdal kommune i 2020 (68). Yngre personer som får demens har spesielle utfordringer i hverdagen sammenlignet med eldre som utvikler demens. Flere står fremdeles i arbeid ved symptomdebut, de kan ha ektefelle/partner som er i arbeid, de kan ha omsorgsoppgaver overfor barn og ungdom, er ofte fysisk spreke og lever aktive liv. Denne gruppen og deres pårørende har behov for et mer tilrettelagt tjenestetilbud. I tillegg har de behov for tett og koordinert oppfølging, av for eksempel fastlege, arbeidsgiver, NAV, skole, helsesykepleier, barne- og ungdomspsykiatri, samt samordning mellom flere kommunale tjenester (8)(9).

Personer med psykisk utviklingshemming

Blant gruppen yngre personer med demens finnes flere personer med psykisk utviklingshemming. De fleste mottar allerede i dag individuelt tilpassede kommunale helse- og omsorgstjenester.

Downs syndrom er den vanligste enkeltårsaken til psykisk utviklingshemming. I Norge er det ca. 3500 personer som har Down syndrom. Personer med Down syndrom er genetisk disponert for tidlig aldring og utvikling av Alzheimer sykdom. Over halvparten av personer med Down syndrom over 40 år utvikler symptomer på demenssykdom, men siden de allerede har en kognitiv svikt og ofte somatiske helseplager kan endringer være vanskelig å oppdage (29)(30). Personer med psykisk utviklingshemming har behov for særlig tett oppfølging, behandling og pleie i et forløp med demenssykdom (9)

Eldre innvandrere

Flere av Gjesdal kommunes innbyggere har innvandring- og minoritetsbakgrunn, og mange av de som innvandret til Norge på slutten av forrige århundre er nå eldre. I dag utgjør eldre innvandrere ca. 5 % av befolkningen over 65 år, og i henhold til prognoser vil de i 2040 utgjøre ca. 14 % av befolkningen. Denne gruppen representerer et stort mangfold, og har ulike forutsetninger knyttet til kultur og språk, erfaring, helsetilstand og utdanning som gjør at det kreves tilpasset informasjon og tjenestetilbud (20)(25). Gjesdal kommune må planlegge, og tilrettelegge for at flere personer med minoritetsbakgrunn og samtidig demens vil ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester i fremtiden (9).

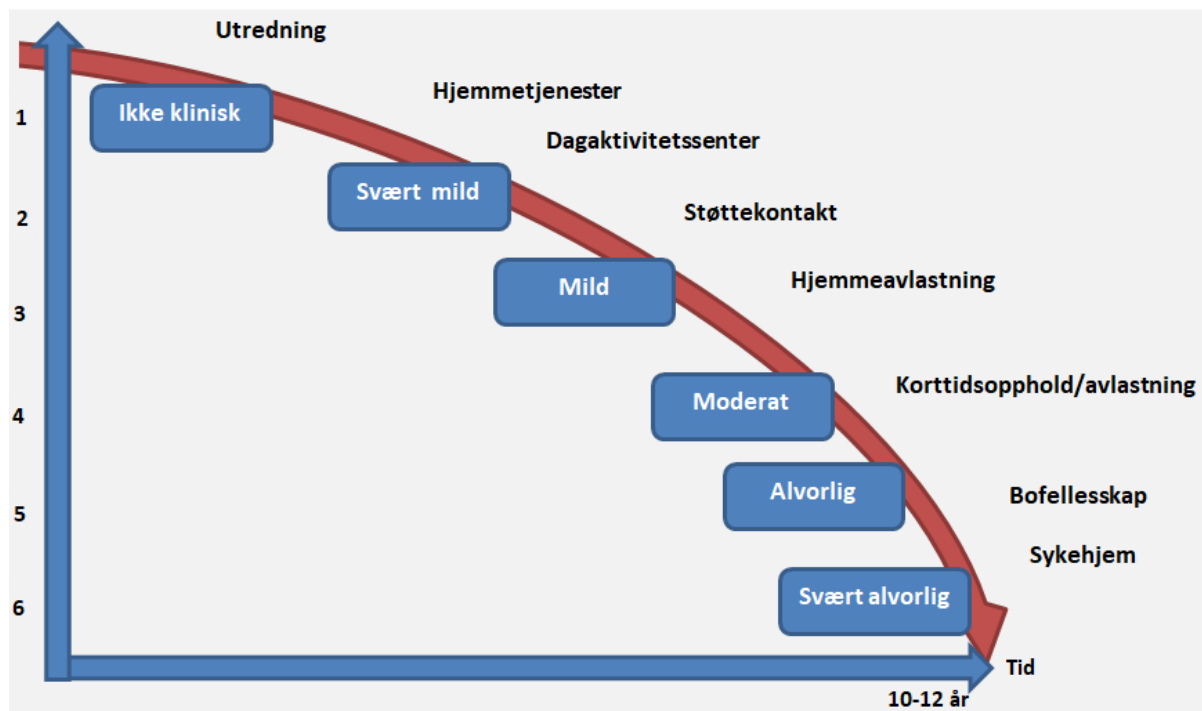
Personer med rus eller alkoholrelatert demens

Langvarig og høyt inntak av alkohol og rusmidler gir økt risiko for demensutvikling, hvor mangel på næringsstoffer som især vitaminer, forgiftning og hodetraumer forårsaker tap av hjerneceller. Alkohol og bruk av andre rusmidler får konsekvenser for fysisk og psykisk helse, og gir i tillegg sosiale utfordringer. Mange alkoholikere har sårbare og ustabile sosiale nettverk og relasjoner, som gir utfordringer som gir utfordringer når det gjelder oppfølging og støtte. Utredning av demens hos denne gruppen krever særlig tett oppfølging og samhandling både internt i kommunen, men også med eksterne samarbeidspartnere (5).

Tjenestetilbudet til personer med demens

Pasient og brukerrettighetsloven stadfester at alle skal ha tilgang på tjenester av god kvalitet, og at tjenestene skal fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd (3). Personer med demens skal sikres en trygg og god hverdag, uavhengig av bolig og livssituasjon med utgangspunkt i egne behov og ønsker.

Undersøkelser og beregninger har vist at ca. 80 % av de som har langtids plass i sykehjem og 40 % av personer over 70 år som mottar hjemmetjenester har demenssykdom. I tillegg er det flere som ikke mottar hjemmetjenester eller andre kommunale tjenester som har demens (23).



Ved sykdomsdebut er de fleste personer med demens hjemmeboende og klarer seg selv uten kommunale tjenester. Bistandsbehovet vil øke i takt med sykdommens progresjon. Berger-skalaen deler utviklingen av demens inn i 6 trinn på bakgrunn av personens funksjon (5).

Berger-skalaen

1. Klarer seg selv. Glemsom og bryter ofte aktiviteter i dagliglivet.
2. Kan utføre vanlige aktiviteter, men blir fort forvirret.
3. Klarer seg i kjente omgivelser, men glemmer fort. Trenger påminnelse og er initiativløs.
4. Har handlingssvikt og språkvansker.
5. Kan ikke kommunisere verbalt på en meningsfull måte.
6. Motoriske funksjoner er betydelig nedsatt.

Tjenestetilbud til personer med demens i Gjesdal kommune

Hva som er nødvendige og forsvarlige tjenester for den enkelte skal alltid vurderes utfra individuelle behov, og det skal alltid foreligge en helse- og omsorgsfaglig vurdering. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester legger stor vekt på blant annet forebygging og tilrettelegging for mestring, samhandling samt god ressursutnyttelse

BEON-prinsippet BEON står for ” Beste effektive omsorgsnivå” Det er et formål at tjenestene så langt som mulig baseres på tidlig innsats, ut fra tanken om at tjenesten gis raskt ved behov og avsluttes ved egenmestring. Det innebærer å gi forsvarlig tilbud om tjenester på riktig trinn i omsorgstrappen. Det er viktig med god samhandling, internt mellom tjenestesteder og eksternt med samarbeidsparter og pårørende. Tjenester og oppgaver skal prioriteres ut fra alvorlighetsgrad av brukers tilstand.). Tjenestetilbudet gis med søkelys på brukers egne ressurser. Denne forebyggende tankegangen skal være med på å sikre innbyggernes selvstendige liv, god ressursutnyttelse, og er i tråd med nasjonale føringer.

Gjesdal kommune har i dag flere etablerte tiltak og tjenester som er rettet mot personer med demens og deres pårørende:

Hukommelsesteamet

Hukommelsesteam er et lavterskeltilbud hvor innbyggere kan ta kontakt uten legehenvvisning hvis det gjelder råd og veiledning i forhold til demenssykdom. Demensteamet har i dag ressurser tilsvarende 0,2 årsverk og har en tverrfaglig sammensetning bestående av geriatrisk hjelpepleier og vernepleier med videreutdanning i psykiatri. Teamet har som funksjon å koordinere tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Blant oppgavene er å bistå fastlegene i basal utredning ved mistanke om demens, gi råd, veiledning og opplæring til innbyggere, fastleger og ansatte i helse og omsorgstjenesten, og sikre systematisk oppfølging av brukere og pårørende etter diagnose. Demensteamet arrangerer i dag pårørendeskole og samtalegrupper for pårørende. Ved basal utredning er det nødvendig med henvisning fra fastlege.

Dagsenteret ved Ålgård Bo –og Aktivitetssenter

Dagsenter tilrettelagt for personer med demens tilbys ved ÅBOAS opp til 5 dager i uken med 8 plasser. Dagaktivitetstilbud er en sosial arena der brukerne får oppleve felleskap og mestring, og hvor det settes fokus på sosial og fysisk aktivitet. Brukerne tilbys transport til og fra dagsentrene i kommunal regi, samt to måltider. Dagsenteret for personer med demens fungerer parallelt som et avlastningstilbud for pårørende.

Fysio/ergoterapitjenesten

Kommunale fysioterapeuter gir tjenester i forbindelse med hverdagsrehabilitering, friskliv, barn og institusjoner i kommunen. Hjemmeboende personer med demens må benytte seg av tilbudet knyttet til privat institutt. Dette er i noen tilfeller utfordrende både for instituttet og for personer med demens både i forhold til transport og kommunikasjon. (det ligger en forventning om at brukere på institutt skal kunne motta beskjed, instruksjon og etterhvert klare å bli mer selvstendige ifht øvelser).

Ergoterapitjenesten har ansvar for å søke dekke behovet for hjelpemidler for at innbyggerne skal kunne bo hjemme lengst mulig

Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten ivaretar mange hjemmeboende personer med demens, som enten bor alene eller sammen med pårørende. Hjemmetjenesten tilrettelegger og bistår med utførelse av dagliglivets funksjoner, gir støtte, råd og veiledning til brukere og deres pårørende, samt bistand til medisinske prosedyrer og behandling. Hjemmetjenesten tilbyr også praktisk bistand som hjelp til rengjøring, oppvask og mattilberedning.

Aktivetsvenn

Aktivetsvenn er et tilbud for å støtte opp om en aktiv og meningsfull fritid også for personer med demens. Aktiviteten tilpasses den enkelte brukers ønsker og behov, og oppdraget utgjør vanligvis noen timer i uken.

Matutkjøring

Matutkjøring av middagsretter tilbys som en tjeneste fra kommunalt kjøkken. Maten leveres hjem til bruker, og er riktig næringsmessig sammensatt.

Korttidsopphold/rullerende opphold

Korttidsopphold tilbys personer med demens på Solås bo og rehabilitering. Der er en plasser for korttidsopphold /rullering. Målet med korttidsopphold er både å gi pårørende avlastning samt vurdere helsetilstanden og kognitivt funksjonsnivå. Kommunen tilstreber fleksible avlastningsløsninger som er tilpasset brukere og pårørendes individuelle behov.

Bofellesskap endring

Bofellesskap for personer med demens er et tilbud med totalt 16 plasser. Bofellesskapene er organisert i boenheter på 8 leiligheter samt fellesarealer bestående av stue, kjøkken og sansehager. Det er praksis i Gjesdal kommune at beboere som har fått tildelt plass i bofellesskap som hovedregel ikke overføres til høyere omsorgsnivå som sykehjem ved progresjon av sykdommen, med mindre betydelig økt bistandsbehov tilsier dette. Ved store bistandsbehov deriblant smertelindring og komplekse atferdsforstyrrelser, vurderes overføring til sykehjemmet. Dette handler i stor grad om tilbakeholdelse og lovverk jfr. Pasient -og brukerrettighetsloven § 4a.

Langtidsplass i sykehjem

Gjesdal kommune har 15 langtidsplasser på Solås bo og rehabilitering. Det gis et tilrettelagt botilbud for personer med demens med totalt 7 plasser, hvorav plasser er tilrettelagt for personer alderspsykiatriske utfordringer.

Ergoterapitjenesten

Ergoterapitjenesten hjelper personer med demens til å fungere bedre i hverdagen ved vansker med å utføre daglige gjøremål ved å formidle, tilrettelegge og gi opplæring i hjelpemidler.

Velferdsteknologi

Kommunen tilbyr per i dag noen få velferdsteknologiske løsninger til hjelp for personer med demens og deres pårørende i det daglige. Målet med slik teknologi er å finne løsninger som gir trygghet og mulighet til å mestre livet med demenssykdom. Eksempler på velferdsteknologi rettet mot personer med demens er blant annet elektroniske medisindispensere, elektroniske kalendre. I vår kommune kan personer med demens søke om trygghetsalarm, medisindispenser og elektronisk kalender. Det er per i dag ikke GPS i vårt tjenestetilbud.

Fysioterapi

Fysioterapitjenesten er et tilbud for å forebygge og behandle nedsatt fysisk funksjonsevne. Målet er bedre utnyttelse av egne ressurser for å bedre egen helse, samt gjenvinne og vedlikeholde funksjon.

Omsorgsstønad

Omsorgsstønad er økonomisk støtte fra kommunen pårørende kan søke om dersom de har krevende omsorgsoppgaver overfor et familiemedlem med demens. Omsorgsstønaden beregnes ut fra hjemmetjenestens timesatser, og gis som kompensasjon for omsorgsoppgaver pårørende utfører på vegne av kommunen.

Økonomiske støtteordninger

NAV har ulike stønadsordninger for personer som har bestemte ekstrautgifter, eller som har særskilt behov for pleie og tilsyn på grunn av sykdom, slik som for eksempel demens, såkalt hjelpestønad. Personer med demens med symptomer som påvirker orienteringsevnen kan ha utfordringer med å benytte kollektivtransport. Disse kan søke tilskudd i form av TT-kort (tilrettelagt transport).

Utfordringer i tjenestetilbudet i Gjesdal i dag

Reformen Leve hele livet skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger, ha trygghet for at de får god hjelp når de har behov for det, at pårørende kan bidra uten at de blir utslitt og at ansatte kan bruke sin kompetanse i tjenestene.

Gjesdal kommune har vedtatt følgende strategier for å kunne gjennomføre dette:

- Leve hele livet strategien – overordnet politisk mål om at alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. De fleste eldre ønsker også det, så lenge de får den hjelpen de trenger. De kommunale helse- og omsorgstjenestene må styrkes på kapasitet og kompetanse.
- Pårørendestrategien - ivaretagelse av pårørende, men økt fokus på avlastning

Utfordringen som Gjesdal har per i dager

- Liten kapasitet i hukommelsesteamet. Flere står på venteliste.
- Hukommelsesteamet har ikke kapasitet til å gjennomføre anbefalt testing
- Hukommelsesteamet har ikke kapasitet til oppfølging og retesting av personer med demens
- Vanskelig for pårørende å kontakte hukommelsesteamet – har kontortid hver 14 dag.
- Dagsenteret for personer med demens har for små lokaler, medfører at der ikke er kapasitet til å gi tilbud til alle som ønsker et dagsentertilbud
- Dagsenteret har ikke tilrettelagt for alle aldersgrupper – mangler tilbud til yngre og mer aktiviteter, det er ikke tilrettelagt for rullestolbrukere.
- Utfordringer rundt transport at personer med demens til dagsenter – helsepersonell bruker mye tid til å kjøre å hente personer - gjør at aktive delen på dagsenteret må prioriteres ned - og lange transporttid for brukerne.
- For få plasser på bofellesskap for personer med demens.
- Personer som venter på bofellesskap, opptar korttidsplasser på Solås

Med dette som utfordringsbildet ble det gjennomført en workshop med følgende problemstilling.

Hvordan kan vi øke innsatsen knyttet til tiltak og tjenester som legger til rette for at den enkelte personen med demens skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig og få støtte til å meste hverdagen

Problemstillingen ble drøftet i grupper sammensatt av ansatte i ulike virksomheter, personer med demens og pårørende til personer med demens. Representanter fra eldrerådet deltok også i Workshopen

Oppsummering Workshop

Det ble i juni 2021 gjennomført en workshop.

Det kom frem et stort behov for å koordinere demenstilbudet bedre, og øke tilgjengelighet for demenskoordinator /demensteam. Det er også en stor utfordring med manglede kapasitet / dagsenter for personer med demens. Både for brukere og pårørende er der meldt behov for mer avlastning, både dag og kvelder.

Samtidig er der behov for å øke aktiviteten på dagsenteret for å ivare ta alle aldersgrupper.

Transport av brukerne medfører også at mange brukere sitter lenge i bilene. Behovet for å se på løsninger her – kan være viktige for å kunne ivareta transporten på en trygg og sikker måte.



Innspill fra de ulike gruppene

Gruppe 1

- Ingen rutine for oppfølging - fastlege, hukommelsesteamet
- Er rutinene til hukommelsesteamet kjent i kommunen?
- Fast kontaktpunkt inn til kommunen
- Er alle innbyggerne på nett?
- Informasjonsmøter
- Forebyggende hjemmebesøk
- GPS, fallsensor
- 1 time frisk luft hver dag
- Aktivitetstilbud med tilrettelagt transport
- Demenskoordinator
- Tverrfaglig utvidelse av hukommelsesteamet

- Aktivitetskontakt
- Barn som pårørende
- Tilrettelegging i jobb
- Aktivitetstilbud på bygda

Gruppe 2

- Demenslag
- Hukommelsesteamet
- Dagsenter – utvidet tilbud
- Systematisert informasjon ut, på tvers av avdelinger
- Pårørende og brukerskole
- Fast person å forholde seg til
- Tidlig inn
- Kommunikasjon på tvers av avdelinger og tjenester
- Barn som pårørende

- Lima gården
- Frivillige
- Barnehage/sykehjem/dagsenter – Livsglede
- Transport til dagsenter – drosje?
- Bedre tilrettelagt avlastningsopphold – egen avdeling?
- FRIDA – app
- Pakkeforløp for personer med demens
- Demenskoordinator
- Treningstilbud, turgrupper
- Dagsenter for eldre

Gruppe 3

- Kontakt med hukommelsesteamet – oppfølging, jevnlig, med fastleger
- Tilbud til yngre med demens
- Demenskoordinator
- Forebyggende hjemmebesøk
- Informasjon ut
- Velferdsteknologi – sensorer, GPS, medisindispenser
- Arbeidslag i hjemmetjenesten
- Utvidet dagsentertilbud → ut på bygda, fleksible åpningstider
- Samtalegrupper for pårørende

- Økt fokus på frivillighetsarbeid
- Aktivitetsvenn, måltidsvenn
- Personsentrert omsorg

Gruppe 4

- Rød tråd – pakkeforløp
- Dagsenter → rullestolbrukere, større lokaler
- Demenslag
- Velferdsteknologi → døralarm, digitale tilsyn
- Informasjon, kunnskap om demens i samfunnet generelt
- Forebyggende hjemmebesøk → med lege, demenskoordinator
- Personsentrert
- Forskjellige aktiviteter – aktivitetssenter, cafe,
- Frivillighetssentralen – organiseres under helse velferd
- Sansehage
- Dagsenter – kveld og helgetilbud
- Dagtilbud til eldre over 65
- Støttekontakt

Innspill fra Workshopen vil tas med i planleggingen i forhold til handlingsprogram demens 2021 – 2025

Referanseliste – Handlingsprogram Demens 2021-2025

1. Demensplan 2020 – et demensvennlig samfunn. Helse og omsorgsdepartementet
2. <https://nasjonalforeningen.no/tilbud/kommuner-og-demens/demensvennlig-samfunn/>
3. Lov om pasient og brukerrettigheter: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
4. Lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
5. Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling – Knut Engedal og Per Kristian Haugen (red) Forlaget Aldring og helse 2018
8. Yngre personer med demens – Aud Johannessen, Maria Lage Barca, Knut Engedal og Per Kristian Haugen (red.) Forlaget Aldring og helse 2017
9. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
10. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/hva-er-viktig-for-deg/>
11. Meld.st.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid
12. Veileder – demensutredning i kommunehelsetjenesten. Aldring og helse
13. Veileder – utredning og oppfølging av pasienter i sykehjem. Aldring og helse
14. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) – Corinna Vossius, Geir Selbæk, Arnt Egil Ydstebø, Jurate Saltyte Benth, Geir Godager, Hilde Lurås, Sverre Bergh. Alderspsykiatrisk forskningscenter Sykehuset Innlandet 2015
15. Veileder – basalutredning utredningsverktøy til bruk for leger. Aldring og helse
16. <https://www.aldringoghelse.no/demens/>
17. Meld.st.nr.15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre
18. Lov om folkehelsearbeid: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
19. IS-8/2015 Rundskriv pasient og brukerrettighetsloven med kommentar
20. Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse - Adrian Farner Rogne og Astri Syse. SSB rapport 2017/32
21. Den langsomme sorgen. Psykiske reaksjoner hos ektefeller til personer som utvikler Alzheimers sykdom – Bente Nordtug. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2003
22. «Jeg trodde jeg var den eneste som hadde det sånn...» Ungdommer med en mor og far med demens – Per Kristian Haugen. Forlaget Aldring og helse 2017
23. Folkehelse rapporten: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
25. www.ssb.no (tall fra 04/2020)
26. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/yPb4K/alderdommen-kan-vaere-god-70-er-det-nye-60>
27. Meld.st.nr.19 (2018-2019) Folkehelsemeldinga – gode liv i eit trygt samfunn
28. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of The Lancet Commission - Gill Livingston, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, Sergi G Costafreda, Jonathan Huntley, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Eric B Larson, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbæk, Linda Teri, Naaheed Mukadam. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30367-6/fulltext)
29. Levealdersutvikling for personer med Downs syndrom i Norge fra 1969 og frem til 2050 - Frode Kibsgaard Larsen. Nordic School of Public Health NHV 2014
30. <http://www.intellectualdisability.info/life-stages/articles/ageing-and-its-consequences-for-people-with-downs-syndrome?searchterm=holland>
31. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>
32. Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 - Geir Hjemås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen. SSB rapport 2019/11
33. <https://www.ks.no/globalassets/arbeidsgivermonitoren/KS-arbeidsgivermonitor2019-F36.pdf>
34. Flere år – flere muligheter – regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn

35. <https://demenskartet.no/#1122>
36. <https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/>
37. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
38. <https://butikk.aldringoghelse.no/file/digitalarkiv-nettbutikk/rapport-forekomst-av-demens-a4-2020-web.pdf>
39. Mjorud, M., Selbaek, G., Bjertness, E., Edwin, T. H., Engedal, K., Knapskog, A. B., & Strand, B. H. (2020). Time from dementia diagnosis to nursing-home admission and death among persons with dementia: A multistate survival analysis. *PloS One*, 15(12), e0243513.

Andre referanser

- Evalueringsrapport: Systematisk oppfølging etter demensdiagnose – Øyvind Kirkevold. Aldring og helse 2019
- <https://nasjonalforeningen.no/tilbud/aktivitetsvenn-for-personer-med-demens/>
- ABC-opplæring i kommunene 2016-2020 - Informasjon og veiledning. Forlaget Aldring og helse
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenestene: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- <https://www.fylkesmannen.no/nb/Vergemal/fremtidsfullmakt/>
- <https://helse-stavanger.no/om-oss/nyheter/demensskole-okker-livskvaliteten>
- <https://www.utviklingssenter.no/prosjekter/demens/tiltaksplan-demens-systematisk-oppfolging-av-hjemmeboende-personer-med-demens-og-deres-parorende>
- <https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/temasider/tidlige-tegn/>
- Meld.st.nr.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020 Helse og omsorgsdepartementet
- Demensplan 2025: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demens-plan-2025.pdf>
- Nasjonal hjernehelsestrategi 2018-2024: https://www.regjeringen.no/contentassets/8eba3248e9e843f6b09e97a84a97a153/hjernehelsestrategi_2018-24_121217.pdf
- <https://nasjonalforeningen.no/demensvenn/hva-er-demensvenn/>
- Demensplan 2017-2020 Stavanger kommune