

Tjenestetilbudet til personer med demens

FORUNDERSØKELSE
APRIL 2020

AURSKOG HØLAND KOMMUNE

Innhold

1	Bakgrunn og formål	2
2	Lovkrav og føringer	3
2.1	Utredning og diagnostisering	4
2.2	Informasjon, opplæring og kompetanse	4
2.3	Oppfølging og koordinering	4
2.4	Botilbud	5
2.5	Velferdsteknologi	5
2.6	Samarbeid med pårørende	6
2.7	Krav til planlegging	6
3	Demens og samfunnsmessige konsekvenser	7
3.1	Forekomst av demens	7
3.2	Kostnader per person med demens gjennom hele sykdomsforløpet	7
3.3	Ressursbruk i primærhelsehelsetjenesten	8
3.4	Hjelp fra pårørende	8
3.5	Oppsummering	8
4	Befolkningsutvikling i Aurskog-Høland og tjenestetilbudet til personer med demens	9
4.1	Demens og befolkningsutvikling i kommunen	9
4.2	Dagens kommunale tjenestetilbud til personer med demens	10
5	Revisjonens konklusjon og vurderinger	13
6	Litteratur- og kildeliste	15
7	Vedlegg – Lovverk og forskrifter	17

1 Bakgrunn og formål

Kontrollutvalget i Aurskog-Høland bestilte i møte 17.2.2020, (sak 13/20) en forundersøkelse om kommunens tjenestetilbud til personer med demens. Formålet med forundersøkelsen er å vurdere nærmere om det er indikasjoner på at tilretteleggingen av tjenestetilbudet til personer med demens i Aurskog-Høland kommune har vesentlige svakheter og mangler.

I undersøkelsens kapittel 2 beskrives sentrale lovkrav og føringer på området. Demenslidelser har store samfunnsøkonomiske og menneskelige konsekvenser. For å bedre forstå rekkevidden av dette presenterer rapporten i kapittel 3 nøkkeltall knyttet til ressursbruk både innen den formelle og uformelle demensomsorgen, før status innen tjenestetilbudet i Aurskog-Høland kommunen beskrives nærmere i kapittel 4. I forundersøkelsen innhentes primært informasjon fra kilder som er offentlig tilgjengelig; statistisk data fra bl.a. SSB, nasjonalt og kommunalt planverk, kartlegginger, tilsyn og analyser som er gjennomført de siste årene. Det innhentes også informasjon gjennom direkte kontakt med nøkkelpersoner i kommunen.

Demens som syndrom skyldes ulike kroniske og progredierende sykdommer og skader i hjernen. Kjennetegn ved sykdommen og sykdomsutviklingen gjør personer med demens til en av samfunnets mest sårbare grupper. For å få ivare tatt sine grunnleggende behov er personer med demens i svært stor grad avhengig av å bli utredet og diagnostisert, at mennesker de omgir seg med har kompetanse på demenslidelser og evner å gi personsentrert omsorg, og at tjenestetilbudet er tilrettelagt gjennom hele demensforløpet.

Demens blir ofte kalt «de pårørendes sykdom». En undersøkelse om ressursbruk og sykdomsforløp viser at pårørende gir over 40 timer bistand per uke til personen med demens i ukene før sykehjemsinnleggelse (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Oslo 2020). Når stadig flere innbyggere skal styrkes til å bo lengst mulig i eget hjem, stiller loven samtidig tydelige krav om pårørendestøtte og at det tilrettelegges for et systematisk samarbeid med de frivillige ressursene i sivilsamfunnet.

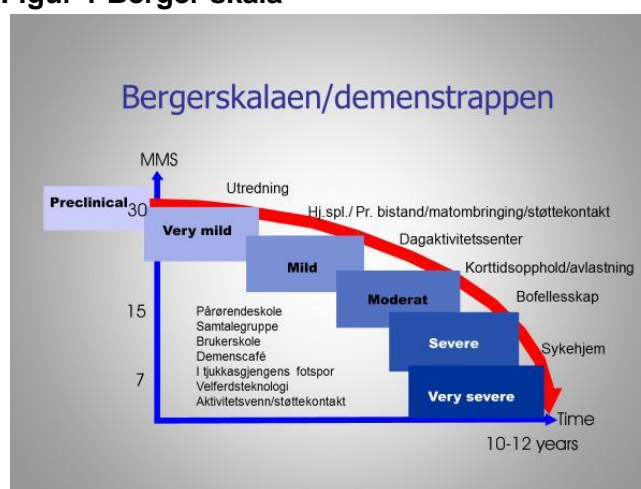
Befolkningsframskrivninger viser at tallet på personer med demens sannsynligvis vil fordobles de nærmeste 30-40 årene. (Demensplan 2020, Helse- og omsorgsdepartementet) For Aurskog-Høland er det forventet en fordobling allerede i løpet av de neste 20 årene, fra et anslag på 275 personer med demens i 2018, til i underkant av 600 personer med demens i 2040. (Agenda Kaupang, 2018)

2 Lovkrav og føringer

Tjenestetilbudet til personer med demens er regulert av det samme lovverket som gjelder for resten av befolkningen. [Helse- og omsorgstjenesteloven](#) (hotjl) og [Pasient- og brukerrettighetsloven](#) (pbrl) beskriver henholdsvis kommunens *plikt til å tilby*, og innbyggernes *rett til å motta* et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud. (For nærmere beskrivelse av relevante lovparagrafer se [Vedlegg – Lov](#))

Figuren under illustrerer den såkalte Berger skala hvor graden av demens og funksjonsevne er delt inn i 6 trinn. Flere kommuner benytter denne skalaen når de skal dimensjonere tjenestetilbudet til personer med demens og i utarbeidelsen av en kommunal demensplan og/eller «demenstrapp»:

Figur 1 Berger skala



Kilde: Demensplan Moss kommune 2017-2020

For at personer med demens skal få ivaretatt sin rett til et tilpasset tjenestetilbud ut ifra sine særskilte behov (hotjl § 1-1 nr.5) er det de siste årene utarbeidet en rekke faglige veiledere¹ og anbefalinger til kommunene basert på gjeldende lovverk og nasjonale føringer. [Nasjonal faglig retningslinje om demens](#)² (Helsedirektoratet 2017) oppsummerer i stor grad hva man fra nasjonalt hold anbefaler kommunens helse- og omsorgstjeneste (samt spesialisthelsetjenesten) å etablere som del av en tiltakskjede for personer med demens. Anbefalingene beskriver med andre ord hva som bør være etablert på ulike trinn i «demenstrappen». Vi gjengir i delkapittel 2.1-2.6 anbefalinger³ fra Nasjonal faglig retningslinje på de mest sentrale områdene for denne forundersøkelsen.

¹ Nasjonal kompetansetjeneste om aldring og helse: <https://www.aldringoghelse.no/demens/>

² Anbefalingene baserer seg på krav etter lov og forskrift, samt på kunnskapsbasert praksis, dvs på innhentet og vurdert oppsummert forskningsbasert kunnskap, klinisk kunnskap og erfaring, samt brukerkunnskap og erfaring. (Nasjonal faglig retningslinje om demens, s. 175)

³ Begrepene "skal" og "må" er brukt ved lovbestemte og regelfestede anbefalinger. Begrepene "bør" eller "anbefales" er brukt ved sterke anbefalinger, og begrepene "kan" eller "foreslås" er brukt der svake

2.1 Utredning og diagnostisering

Ved mistanke om demens bør lege tilby basal demensutredning. (Sterk anbefaling)

Fastlege eller eventuelt sykehjemslege bør tilby utredning og diagnostisering når personen selv og/eller omgivelsene mistenker kognitiv svikt og demens. Helse- og omsorgspersonell, som hukommelsesteam, hjemmesykepleie og hjemmehjelp med flere, kan ha en viktig rolle i å bidra til at lege gjøres kjent med behovet for demensutredning hvis personen det gjelder samtykker til dette.

At retten til utredning og diagnostikk blir ivaretatt (jf pbrl § 1-3 c.) er en forutsetning for å kunne gi effektiv helsehjelp som symptomlindrende behandling, tilrettelagt informasjon og oppfølging. Utredning er også viktig for å utelukke eventuelt andre årsaker til symptomene. Videre skal en diagnostisering bidra til å gi personen selv og pårørende en mulighet til å planlegge livet videre med demenssykdom, blant annet når det gjelder framtidfullmakt, testamente og arv, trygdeytelser og lignende. En diagnose vil også bidra til at omgivelsene lettere forstår og kan tilpasse seg situasjonen.

2.2 Informasjon, opplæring og kompetanse

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens skal ha et system for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte. (Krav i lov eller forskrift)

Virksomheter som yter helsetjenester, skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (jf hotjl Kap 8) Dette forutsetter også at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse. Kompetanse om demens innebærer blant annet gode kunnskaper om demenssykdommer, personsentrert omsorg, kommunikasjon, kartleggingsverktøy, oral helse (tannhelse), ernæring, lindrende behandling, miljørettede og psykososiale tiltak og aktiviteter, forebygging og avdekking av vold og overgrep, legemiddelbehandling, samt etikk og lovhjemler for bruk av tvang og varsling om vold og overgrep. I tillegg er det viktig at virksomheten sikrer at de ansatte har god kjennskap til relevante tilbud i egen kommune for å kunne sette inn tiltak i tråd med sykdomsutviklingen til personer med demens, samt til pårørende.

2.3 Oppfølging og koordinering

Kommuner bør ha tverrfaglige team med kompetanse om demens som del av sitt tilbud til personer med demens og deres pårørende. (Sterk anbefaling)

Kommuner skal tilby koordinator til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. (Krav i lov og forskrift)

anbefalinger er gitt. Nasjonal faglig retningslinje om demens benytter likeledes betegnelsene 'Krav i lov og forskrift', 'Sterk anbefaling' og 'Svak anbefaling'. (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017)

For å sikre lovkravet om helhetlige og koordinerte tjenester (jf hotjl § 4-1) og behovene til personer med demens, bør kommunen ha et eget eller være en del av et interkommunalt tverrfaglig team som minst består av sykepleier og ergoterapeut, helst også lege, og med bred kompetanse om demens. Om kommunen har et team eller de samme funksjonene ivaretas av én person bør kommunen uansett sørge for at helsepersonell bistår lege (samt eventuelt spesialisthelsetjenesten) under demensutredning gjennom etablerte rutiner for samarbeid. Gjennom å legge til rette for formalisert samarbeid mellom team/koordinator og hjemmetjenesten bør kommunen sikre at personer med demens og deres pårørende gis oppfølging av et fast og stabilt personale, og at det tilbys et koordinerende kontaktpunkt i kommunen under hele sykdomsforløpet. Koordinator eller team bør følge personen med demens og deres pårørende gjennom regelmessige hjemmebesøk fra utredning/diagnostisering og videre gjennom sykdomsforløpet til eventuell overgang til heldøgns omsorgstjeneste.

De aller fleste personer med demens vil etter hvert få behov for hjelp fra flere instanser, og de vil derved også få rett til en koordinator. Kommuner skal tilby koordinator til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Om tjenestemottaker ønsker det, skal en individuell plan utarbeides.

2.4 Botilbud

Kommunen skal ha botilbud som er utformet slik at personer med demens med behov for heldøgns omsorgstjenester, får tilpassede fysiske omgivelser som gir mulighet for struktur, aktivitet, stimulering og kognitiv støtte. Botilbudet skal ivareta behovet for trygghet og i størst mulig grad autonomi og selvstendighet i dagliglivets aktiviteter. Botilbudene skal også legges til rette for pårørendes besøk og deltakelse. (Krav i lov eller forskrift)

I Husbankens retningslinjer for investeringstilskuddet fremgår det at sykehjem og omsorgsboliger skal være tilrettelagt for personer med demens og kognitiv svikt, i samsvar med Omsorg 2020 og Demensplan 2020. Dette innebærer blant annet små avdelinger og bofellesskap med rom for aktiviteter og tilgang til tilrettelagt uteareal. (Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens, 2018)

Det følger av sykehjemsforskriften § 4-1 at det skal tas nødvendig hensyn til funksjonshemninger og behandlings-, pleie- og assistansebehov hos beboerne ved utformingen av bygningene. Små enheter, gjerne også kalt skjermete enheter, har vært brukt i flere tiår med mål om å gi gode bo-rammer for personer med demens, og særlig for de personene som har utagerende adferd. Undersøkelser viser også at 80 prosent av alle sykehjemsbeboere reelt sett har demenssykdom (REDIC 2015 (sykehuset-innlandet.no)).

2.5 Velferdsteknologi

Kommunen bør gi informasjon om velferdsteknologi og tilby velferdsteknologiske løsninger til personer med demens og deres pårørende. (Sterk anbefaling)

Kommunen bør ved behov tilby velferdsteknologiske løsninger og tjenester som kan gi bedre egenmestring for personer med demens og avlaste pårørende og omsorgspersoner. Helsedirektoratet gir anbefalinger til kommunene om hvilke teknologiområder som bør inngå i tjenestetilbudet⁴.

2.6 Samarbeid med pårørende

Pårørende til personer med demens skal motta tilrettelagt informasjon, oppfølging og ved behov tilbud om avlastning og annen pårørendestøtte. (Krav i lov eller forskrift)

Etter helsepersonelloven § 10 skal den som yter helse- og omsorgstjenester, gi informasjon til den som har krav på det etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3. Dersom pasienten samtykker, eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. Til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid skal kommunen tilby nødvendig pårørendestøtte, blant annet i form av opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønning, (jf hotjl § 3-6).

Personer med demens kan ofte være ekstra avhengige av sine pårørende og trenger gjerne tilsyn hele eller store deler av døgnet. Pårørende kan derfor oppleve en ekstra stor belastning. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for pårørendes egen helse, i deres rolle som omsorgsgiver og som samarbeidspartner overfor kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen bør derfor rette særlig oppmerksomhet mot å ivareta pårørende slik at de både kan være en ressurs for personen med demens og får ivaretatt eget liv og helse.

2.7 Krav til planlegging

En av strategiene og tiltakene i Demensplan 2020 har vært å sette demensutfordringer på dagsorden i kommunenes ordinære planarbeid. Målet er å sikre langsiktig og helhetlig planlegging av lokalsamfunn og omgivelser, samt dimensjonering og kvalitetsutvikling av tjenester til et økende antall personer med demens og deres pårørende. (Demensplan 2020, Helse- og omsorgsdepartementet) Kommunen er i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 3. ledd pålagt å planlegge for å innrette tjenestetilbudet i forhold til fremtidige behov, herunder også tjenestetilbudet til personer med demens. Dette omfatter hjemmetjenesten, sykehjemstilbudet, det å ha tilstrekkelig kompetanse osv. Kommunen er videre i plan- og bygningsloven § 11-1 pålagt å ha en kommuneplan med en samfunnsdel som skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier, samt en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp, jf § 11-2.

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/anbefalinger-om-velferdsteknologiske-losninger-i-kommunene>

3 Demens og samfunnsmessige konsekvenser

3.1 Forekomst av demens

Ved å bruke data fra studier i andre europeiske land, kom Alzheimer Europe i 2013 fram til at forekomsten av demens i Norge var i underkant av 80 000 personer. En betydelig andel av personer med demenssykdommer er ikke diagnostisert. Dette gjør at estimatet trolig er for lavt. (Nasjonal faglig retningslinje om demens, 2017) Norge mangler med andre ord gode oppdaterte data for hvor mange som har demens og hvor mange som får demens innenfor en gitt tidsperiode. For å få økt kunnskap om forekomsten av demens gjennomføres det derfor under den nasjonale Demensplan 2020 en prevalensstudie. (Demensplan 2020)

Det er imidlertid gode estimater for forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. I overkant av 80 prosent av de som har langtidsplass i sykehjem, har demenssykdom, og over 40 prosent av de som er over 70 år og får hjemmetjenester, har demens. (Folkehelseinstituttet 2020)

Prosjektet «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC), 2015» ble gjennomført i regi av Sykehuset Innlandet HF på oppdrag av Helsedirektoratet som en del av Demensplan 2015. Målsettingen med prosjektet var å kartlegge bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester og bruk av spesialisthelsetjenester, samt å kartlegge omfanget av hjelp fra pårørende til personer med demens i Norge. I delkapitlene under gjengis relevant data fra det nevnte prosjektet for denne forundersøkelsen, med estimater fra år 2015.

Andelen som har demens øker kraftig med alderen, fra anslagsvis 1,6 prosent i aldersgruppen 60-64 år til 43 prosent blant personer 90 år og eldre (Prince, 2013). Nesten hver femte person med demens dør med sykdommen (Seshadri, 2006). ((REDIC), Sykehus Innlandet, November 2015)

Gjennomsnittlig sykdomsvarighet er beregnet til 8,1 år som, avhengig av tidspunkt for diagnose og ressursbruk, kan deles i tre stadier:

- (i) Fra symptomdebut til diagnosestilling (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
- (ii) Fra diagnosestilling til innleggelse på institusjon (gjennomsnittlig varighet 3,0 år)
- (iii) Opphold på institusjon (gjennomsnittlig varighet 2,1 år). Et grovt estimat er at 85 - 90 % av personer med demens blir lagt inn på sykehjem. (ibid)

3.2 Kostnader per person med demens gjennom hele sykdomsforløpet

Årlige kostnader for demens estimeres til å utgjøre rundt 360 000 kroner per person. Med utgangspunkt i en forekomst på ca 80 000 personer utgjør dermed totalutgiften for personer med demens cirka 28 milliarder kroner per år. (ibid)

Gjennom hele sykdomsforløpet benytter en person med demens helse- og omsorgstjenester for omkring 2,9 millioner kroner. De viktigste kostnadsfaktorene er opphold på sykehus som utgjør cirka 11 prosent av totalkostnadene, hjemmesykepleie som utgjør 20 prosent og sykehjem som utgjør 60

prosent, mens de resterende 9 prosent fordeler seg på andre helse- og omsorgstjenester. Syttiseks prosent av de totale kostnadene bæres av kommunen, 12 prosent av staten, og 12 prosent er egenbetalinger. Sammenlignet med den generelle befolkningen er en vesentlig del av personer med demens utenfor arbeidsstyrken eller sykemeldt. (ibid)

3.3 Ressursbruk i primærhelsehelsetjenesten

Personer med demens benytter fastlege like hyppig som pasienter uten demens, i snitt 5,6 ganger i året. Hjemmesykepleie brukes av cirka halvparten av hjemmeboende personer med demens. Månedlige kostnader utgjør mellom 6400 kroner i perioden fra symptomstart til diagnosestilling og 10 800 kroner i perioden fram til innleggelse på sykehjem. Dagsenter⁵ brukes 1-2 ganger per uke av cirka 20 prosent av personer med demens. Halvparten av personer med demens har flyttet på sykehjem innen tre år etter at diagnosen er stilt. Sykehjemsoppholdet utgjør 70 prosent av kommunens kostnader til demenspasienter. (ibid)

3.4 Hjelp fra pårørende

De aller fleste personer med demens (90 prosent) mottar uformell hjelp fra pårørende eller venner. Allerede når demensdiagnosen blir stilt ytes det i snitt 60 til 80 timer uformell hjelp i måneden. Rett før innleggelse på sykehjem øker dette til rundt 160 timer hjelp i måneden, tilsvarende et årsverk. Under oppholdet på sykehjem ytes det i snitt 6,7 timer pårørendehjelp i måneden. Omtrent halvparten av de pårørende er i inntektsgivende arbeid. Tappt inntekt hos pårørende øker fra 860 kr per måned ved diagnosestilling til cirka 7300 kr rett før innleggelse på sykehjem. (ibid)

3.5 Oppsummering

- Antall innbyggere med en demenslidelse vil øke betraktelig i årene som kommer
- Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer om tjenestetilbudet til personer med demens på bakgrunn av gjeldende lovverk og kunnskapsbasert praksis
- 80 prosent av sykehjemsbeboere og om lag 40 prosent av de som mottar tjenester fra hjemmebaserte tjenester og er over 70 år, har demens i mild, moderat eller alvorlig grad
- Om lag 60 prosent av kommunens utgifter til målgruppen personer med demens er knyttet til opphold på sykehjem
- På grunn av omsorgsoppgaver reduseres pårørendes inntekt med ca 7300 kr i måneden rett før sykehjemsinnleggelse

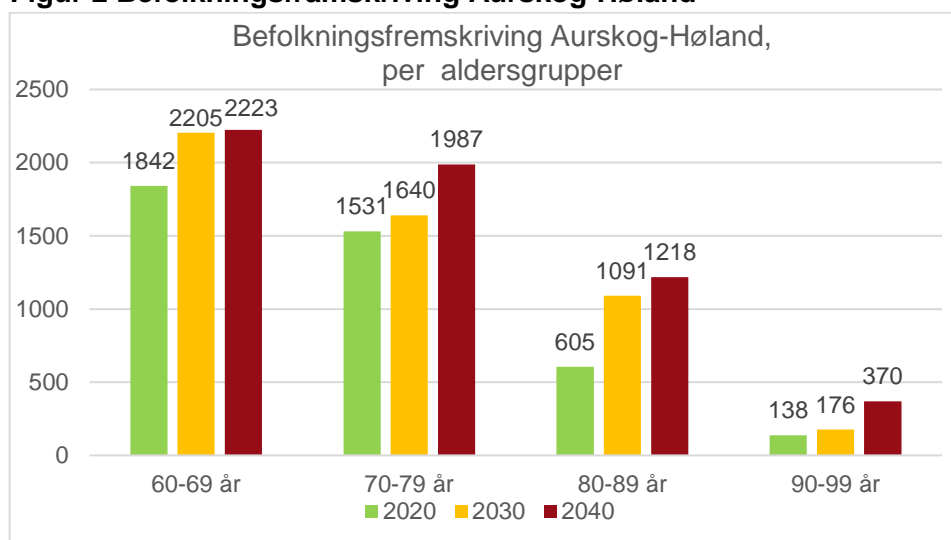
⁵ Fra 2020 har kommunen plikt (jf § 3-2 nr.7) til å ha dagaktivitetstilbud for hjemmeboende personer med demens

4 Befolkningsutvikling i Aurskog-Høland og tjenestetilbudet til personer med demens

4.1 Demens og befolkningsutvikling i kommunen

I 2018 bisto Agenda Kaupang Aurskog-Høland kommune med en tjenesteanalyse av kommunens sykehjem og hjemmetjeneste. Gjennomgangen var rettet mot å svare på 6 problemstillinger som er knyttet til sentrale utfordringer for disse tjenestene. I rapporten fra 2018 anslås det at 275 personer i kommunen på dette tidspunktet har en demens. Basert på Rotterdam-studien⁶ og framskrivningen til SSB anslår man i rapporten at tallet på innbyggere med en demens vil stige til i underkant av 600 personer i år 2040. (Gjennomgang av sykehjem og hjemmetjenester. Hovedrapport, 2018 Aurskog-Høland, Agenda Kaupang) I figuren under fremkommer det hvordan befolkningsutviklingen innen de eldste aldersgrupper vil være frem mot år 2040.

Figur 2 Befolkningsframskriving Aurskog-Høland



Kilde: SSB 2020

Som figuren illustrerer vil andelen eldre fordobles de neste 20 årene, både i aldersgruppen 80-89 år (fra 605 til 1218 personer) og 90-99 år (fra 138 til 370 personer), med andre ord en kraftig økning i de aldersgruppene hvor andelen personer med demens er høyest.

⁶ I studien ble om lag 10 000 personer over 55 år invitert til å kartlegge kognitiv funksjon. Om lag tre firedeler takket ja til å være med. På basis av kartleggingen estimerte man prevalensen av demenssykdom i ulike aldersgrupper. (Tidsskrift, Den norske legeförening 2014, <https://tidsskriftet.no/2014/02/kommentar-og-debatt/hvor-mange-har-demens-i-norge>)

4.2 Dagens kommunale tjenestetilbud til personer med demens

I Agenda Kaupang-rapporten fra 2018 redegjøres det for at egne tilbud til personer med demens på det aktuelle tidspunktet besto av 26 plasser på dagsenter og 28 skjermede plasser fordelt på Bjørkelangen og Hemnes sykehjem. Det er på det aktuelle tidspunktet også planer om å starte et «Inn på tunet»-dagtilbud i 2019, til personer med demens i tidlig fase. Rapporten påpeker at det i 2018 bare er 20 prosent av det anslåtte tallet av personer med demens som mottar et tilbud fra kommunen, og at behovet for å utvide kapasiteten derfor henger sammen med en lav dekningsgrad sett opp mot økningen i antall personer med demens som kommer de neste 10-årene. Det påpekes samtidig at en betydelig del av tilbudet til personer med demens blir gitt gjennom tjenester som ikke bare er beregnet for denne gruppen, som for eksempel hjemmetjenester⁷.

På bakgrunn av dialog med en kommunal prosjektgruppe som ble nedsatt i forbindelse med Agenda Kaupang sin gjennomgang, foreslår rapporten fra 2018 bedre kartlegging av personer med demenssykdom i kommunen gjennom etablering av et demensteam, og samarbeid med brukerens nettverk. Videre at en større andel av målgruppen bør gis et tilpasset tilbud. (ibid s. 14, 15 og 17)

På bakgrunn av gjennomgang av tjenesteområdene i Agenda Kaupang-rapporten fra 2018, anbefaler kommunaldirektøren å iverksette et administrativt «dreiningsprosjekt» for eldreomsorgen der hovedmålsettingen er å dreie ressursbruken fra tilbud øverst i innsatstrappen til flere ulike tiltak lavt i innsatstrappen(fra saksfremlegg til kommunestyret 26.02.2020, sak 5/20) Det skal på denne måten legges mer vekt på forebygging, tidlig innsats, velferdsteknologi, m.m. I saksfremlegget vises det også til vedtatt verbalforslag fra kommunestyresak 39/2019 (Økonomiplan 2020-2023 med budsjett for 2020, vedtak 16.12.2019) hvor kommunestyret blant annet ber kommunedirektøren utrede hva som skal til for at Aurskog-Høland skal bli en demensvennlig kommune, og legge fram en sak om dette våren 2020.

Utover omtale i den nevnte rapporten, samt kort omtale av personer med demens i Kommuneplanen 2018-2020 og Økonomiplan 2020-2023, kan ikke revisjonen se at kommunen har utarbeidet en mer samlet beskrivelse av tjenester og tiltak tilrettelagt eller planlagt for målgruppen.

Hvert fjerde år gjennomfører Helsedirektoratet en nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens i kommunene⁸. I kartleggingen blir det blant annet spurt om tjenester til

⁷ For 10 år siden, i 2010, gjennomførte Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus et tilsyn med helse- og sosialtjenester til hjemmeboende eldre med demenssykdom i Aurskog-Høland kommune, distrikt Bjørkelangen. Kommunen fikk i forbindelse med tilsynet to avvik, hvorav det ene omhandlet manglende individuell tilrettelegging, brukermedvirkning og kontinuitet for å sikre at hjemmeboende personer med demens får dekket grunnleggende behov. (Tilsynsrapport, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus 2010)

⁸ Siste kartlegging ble foretatt i 2018, og var den 7. nasjonale kartleggingen. Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018, Rapport Helsedirektoratet 2019

personer med demens er spesielt omtalt i kommunenes planverk. I siste kartlegging (2018) bekrefter Aurskog-Høland at de ikke har planverk hvor personer med demens er spesielt omtalt.

I den nasjonale kartleggingen svarer kommunene bekreftende eller avkreftende på hvilke tiltak som er etablert og tilrettelagt for personer med demens. For å få et oppdatert inntrykk av hva som er status på de ulike områdene i dag, har revisjonen gjennomgått svarene fra 2018 med demenskoordinatoren i Aurskog-Høland i et telefonintervju 11.3.2020. Kommunalsjef for helse og livsmestring har også gitt tilbakemelding på enkelte av punktene i et telefonintervju 14.4.2020. Referat fra intervjuene er verifisert, og benyttet som datagrunnlag i gjengivelsen under. Om det i de nevnte intervjuene fremkommer at det har skjedd endringer siden kartleggingen ble gjennomført, gjengis dette som en «kommentar fra kommunen» under de punktene dette gjelder.

- Kommunen hadde systematisk informasjons- og opplysningsarbeid rettet mot innbyggerne, som omhandler demens og tilbudet til personer med demens og deres pårørende
- Kommunen hadde i 2017-2018 ansatte i helse- og omsorgstjenesten som i deltok/hadde deltatt i Demensomsorgens ABC og/eller Eldreomsorgens ABC
- Kommunen arbeidet systematisk med opplæring og innføring av metoder for personsentrert omsorg, dvs at VIPS⁹ var tatt i bruk ved skjermet avdeling
- Kommunen hadde en egen demenskoordinator og demenskontakter i ulike avdelinger
 - Kommentar fra kommunen: Det er demenskontakter i alle soner innen hjemmetjenesten, og på alle avdelinger på sykehjemmene.
- Kommunen hadde faste rutiner/modeller for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens og deres pårørende etter at diagnosen er stilt
- Det var fattet vedtak om avlastning, støttekontakt, dagsenterplass og omsorgsstønning til personer med demens og/eller deres pårørende
- Ett hjemmetjenestedistrikt hadde egen «demensliste», dvs en personalgruppe i hjemmetjenesten bestående av få og kjente ansatte
 - Kommentar fra kommunen: I tillegg jobber et distrikt mye etter den samme modellen, uten at det er formalisert som en «demensliste».
- Kommunen hadde dagsentertilbud til personer med demens
- Kommunen hadde 2 skjermede enheter for personer med demens, med til sammen 28 plasser

Kartleggingen viser videre at kommunen i 2018 manglet tilbud på følgende områder:

- Tjenester til personer med demens var ikke spesielt omtalt i kommunalt planverk
 - Kommentar fra kommunen: Kommunen er i startgrope med å utarbeide en strategi for demensomsorgen i Aurskog-Høland. Strategien skal etter planen behandles

⁹ VIPS praksismodell er en modell for å implementere personsentrert omsorg både i institusjoner og hjemmetjenester. (<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/>)

politisk høsten 2020. Strategien vil være kommunens svar på nasjonale føringer blant annet i Demensplan 2020, og skal ta for seg helheten i demensomsorgen. Kommunen er også i ferd med å vurdere hva som skal til for at Aurskog-Høland kan bli en demensvennlig kommune.

- Kommunens ansatte hadde ikke deltatt i opplæring om Nasjonal faglig retningslinje om demens og føringer fra demensretningslinjen var ikke implementert i kommunens rutiner
 - Kommentar fra kommunen: Det ble informert om retningslinjen til ansatte på korttidsavdelingen og i hjemmetjenesten våren 2019.
- Lege bisto ikke kommunens tverrfaglige team i diagnostisk utredning av demens, og det var ikke utarbeidet rutine for slik samarbeid
 - Kommentar fra kommunen: Demenskoordinator sitter nå i «fagstab» hvor også kommunelegen sitter. Dette har bidratt til bedre samarbeid med fastlegene.
- Kommunen hadde ikke rutiner/ordninger for å tilby en individuell plan og koordinator til personer med demens med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Kommunen hadde ikke rutiner/retningslinjer for samarbeid med frivillige
 - Kommentar fra kommunen: Dette vil bli en integrert del av både strategien og «dreiningsprosjektet», hvor samarbeidet både med frivillige og de pårørende står sentralt. Resultatet skal være flere tilbud til personer med demens, blant annet etter modell med «Aktivitetshus» fra Danmark.
- Kommunen hadde ikke rutiner for å kartlegge pårørendes behov for nødvendig pårørendestøtte, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6.
 - Kommentar fra kommunen: Alle demenskontakter benytter «belastningsskala» i kartlegging av pårørende
- Kommunen har ikke tilrettelagte enheter for personer med demens organisert som bokollektiv/bofellesskap
- Kommunen hadde ikke lavterskeltilbud på dagtid, som er spesielt tilegnet og tilrettelagt for personer med demens, men jobbet i 2018 for å få dette på plass.
 - Kommentar fra kommunen: Tiltaket «Inn på tunet» er etablert og politisk vedtatt.
- Kommunens enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens hadde ikke rutiner eller prosedyrer knyttet til livets slutfase (forhåndssamtale, aktiv bruk av palliativ plan og/eller kartleggingsverktøy, etterlattesamtaler og/eller annet pårørendearbeid)
 - Kommentar fra kommunen: Her benytter kommunen prosedyre for pleie og omsorg ved livets slutfase, felles for alle avdelinger.

Tilgjengelig data sier ikke noe om kvaliteten eller omfanget på tiltakene, men er likevel en indikasjon på om kommunen har tatt i bruk anbefalte metoder og tiltak tilrettelagt for målgruppen. Oversikten over viser at Aurskog-Høland har iverksatt en rekke tiltak for personer med demens og deres pårørende, og at det også har skjedd endringer i løpet av de siste to årene. Kommunen mangler per i dag blant annet et planverk som spesielt omtaler tjenestetilbudet til denne målgruppen, men i intervju med kommunalsjefen fremkommer det at de er i ferd med å utarbeide en strategi for demensomsorgen som skal foreligge høsten 2020. Hun redegjør videre for at det i perioden med «dreiningsprosjektet» (fra nå og ut 2023), vil bli iverksatt tiltak for personer med demenssykdom.

5 Revisjonens konklusjon og vurderinger

På bakgrunn av gjennomgangen mener revisjonen å ha identifisert følgende svakheter per dags dato i Aurskog-Høland sitt tjenestetilbud til personer med demens:

- En sammenhengende tiltakskjede er ikke i tilstrekkelig grad beskrevet og etablert gjennom planverk og i utarbeidelse av en helhetlig «omsorgstrapp» for personer med demens og deres pårørende, heller ikke med tanke på fremtidige prognoser
- Kommunen benytter i liten grad frivillighet, og har ikke utarbeidet rutiner for samarbeid med frivilligheten i tjenestetilbudet til personer med demens
- Det er uklart om dagens samarbeid med fastlegene i tilstrekkelig grad ivaretar behovet for gode skriftlige rutiner for utredning/diagnostisering og oppfølging gjennom demensforløpet.
- Det er uklart om kommunen i tilstrekkelig grad har satt i system samarbeid med pårørende, og kravet om å kartlegge pårørendes behov for nødvendig pårørendestøtte, jf hotjl § 3-6
- Det er uklart om nødvendig opplæring av ansatte i hjemmebaserte tjenester er tilstrekkelig med tanke på at flere personer med demens lengst mulig skal bo og motta tjenester i eget hjem.
- Det er uklart om kommunen i tilstrekkelig grad tilrettelegger tjenestetilbudet til personer med demens med tanke på medvirkning og den enkeltes behov.

Aurskog-Høland må som mange andre kommuner planlegge for et stadig stigende antall eldre, og dermed også et økt antall personer med demens og deres pårørende i årene som kommer. Dette er noe av bakgrunnen for «dreiningsprosjektet» kommunen har vedtatt, og som skal bidra til å styrke innbyggernes evne og mulighet til å bo i eget hjem lengst mulig, samtidig som målet er å redusere presset på utgifter til sykehjemsopphold.

Økt satsning på hjemmebaserte tjenester vil kunne medføre økt press på den uformelle omsorgen som ytes av de pårørende. Både for dagens og fremtidens hjemmeboende personer med demens er det derfor viktig at kommunen planlegger og tilrettelegger tjenestetilbudene jf lovkrav og nasjonale føringer slik at tjenestene gis på en helhetlig og forsvarlig måte gjennom hele demensforløpet. Når flere personer med demens skal gis mulighet til å bo hjemme lengst mulig, øker også behovet for kompetanse om demens i de hjemmebaserte tjenestene, oppfølging fra koordinator/team/kontaktperson, lavterskel – og dagaktivitetstilbud, tilrettelagte hjemmetjenester og godt samarbeid med de pårørende og med frivillige ressurser.

Innsamlet informasjon viser at Aurskog-Høland har iverksatt flere anbefalte tiltak rettet mot personer med demens, men at omfanget er lite med tanke på antall personer dette gjelder. Videre er det vanskelig å se om kommunen i dag jobber ut ifra en helhetlig og koordinert tiltakskjede for personer med demens, som både ivaretar hjemmeboende, kartlegging av de pårørendes behov for pårørendestøtte, samarbeid med frivilligheten, men også de som har behov et heldøgns tjenestetilbud enten i omsorgsbolig/bokollektiv eller i sykehjem. «Dreiningsprosjektet» og utarbeidelsen av en strategi, vil kunne bidra til at demensomsorgen blir styrket og møter morgendagens utfordringer. Grunnet det igangsatte arbeidet med utvikling av en «strategi», finner revisjonen at kravet til planlegging er tatt tak i av kommunen etter den nasjonale kartleggingen i 2018.

Det fremkommer blant annet i Agenda Kaupang-rapporten at en betydelig del av tilbudet til personer med demens blir gitt gjennom tjenester som ikke bare er beregnet for denne gruppen, som for eksempel hjemmetjenester. Tatt i betraktning et økt antall personer med demens, og flere hjemmeboende med behov for individuell tilrettelegging, er det revisjonens vurdering at kontrollutvalget bør vurdere å igangsette en forvaltningsrevisjon.

Formålet med forvaltningsrevisjonen vil være å undersøke om tjenestetilbudet til personer med demens i tilstrekkelig grad ivaretar krav til kompetanse, helhet og tilrettelegging. Tatt i betraktning at kommunen i årene som kommer har vedtatt å dreie omsorgen mot større grad av hjemmebasert omsorg, kan det være naturlig å avgrense en eventuell forvaltningsrevisjon til personer med demens som bor i eget hjem. Aktuelle problemstillinger i en undersøkelse kan være:

1. I hvilken grad sørger kommunen for at ansatte i den hjemmebaserte tjenesten får nødvendig opplæring om oppfølging av personer med demens og deres pårørende?
2. I hvilken grad tilrettelegger kommunen for at personer med demens kan bo lengst mulig i eget hjem?
3. I hvilken grad er tjenestetilbudet til personer med demens tilpasset den enkeltes behov?

Aktuelle metoder for å besvare problemstillingene vil være dokumentanalyse, intervjuer og spørreundersøkelse. Dokumentanalyse og intervjuer kan bl.a. benyttes for å beskrive tiltak kommunen har iverksatt på de laveste trinnene i omsorgstrappen til personer med demens. Aktuelle tiltak er rutiner for utredning og diagnostisering, oppfølging etter diagnostisering, fysisk tilrettelegging av hjemmet og bruk av velferdsteknologi, tilrettelegging av dagaktiviteter, samarbeid med pårørende og frivillige, og pårørendestøtte. Intervjuer kan også gi informasjon om hvordan effekten av tiltakene oppleves av pårørende.

En spørreundersøkelse vil kunne gi informasjon om i hvilken grad de ansatte opplever å ha nødvendig kompetanse med tanke på oppfølging av personer med demens og deres pårørende. I den forbindelse vil det også være aktuelt å intervju kommunal ledelse for å kartlegge om kommunen har et system for kompetansekartlegging og rekruttering.

Jessheim, 15.4.2020


Øyvind Nordbrønd Grøndahl
kst. avdelingsleder forvaltningsrevisjon

6 Litteratur- og kildeliste

Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens, (REDIC) langversjon, November 2015, Sykehuset Innlandet HF: https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf
Kortversjon: https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Kortversjon.pdf

Demensplan 2020, Et mer demensvennlig samfunn, Helse- og omsorgsdepartementet: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Demensplan 2015, Den gode dagen, Helse- og omsorgsdepartementet: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf

Nasjonal kartlegging av tjenestetilbudet til personer med demens, 2018: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens/>

Kommuneplan 2018-2028 Aurskog-Høland, <https://www.aurskog-holand.kommune.no/globalassets/bilder-og-dokumenter/politikk-og-planer/kommunale-planer/overordnede-planer/kommuneplan.pdf>

Økonomiplan Aurskog-Høland 2018-2021, <https://www.aurskog-holand.kommune.no/globalassets/bilder-og-dokumenter/politikk-og-planer/kommunale-planer/overordnede-planer/okonomiplan-vedtatt-i-kstyre-18-12-2017.pdf>

Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad, Agenda Kaupang 2016: https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/11/Rapport_KS_Heldogns-omsorg-kommunenes-dekningsgrad_AK.pdf

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo, bedre utnyttelse av omsorgstrappa: <https://www.utviklingssenter.no/?id=6114611&cat=176097>

Om Dreiningsprosjekt i eldreomsorgen: <http://opengov.cloudapp.net/Meetings/ahk/Meetings/Details/397487?agendatemId=205004>

Gjennomgang av sykehjem og hjemmetjenester. Hovedrapport 2018 AURSKOG-HØLAND: [file:///C:/Users/kristl-rri/Downloads/R1020526%20Aurskog-H%C3%B8land%20sykehjem%20og%20hjemmetjenester%20-%20Hovedrapport%20180119%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/kristl-rri/Downloads/R1020526%20Aurskog-H%C3%B8land%20sykehjem%20og%20hjemmetjenester%20-%20Hovedrapport%20180119%20(1).PDF)

Folkehelseinstituttet, Om demens: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Tilsynsrapport Helsetilsynet og Fylkesmannen i Oslo og Akershus 2010: Rapport fra tilsyn med kommunale helse- og sosialtjenester til hjemmeboende eldre med demenssykdom i Aurskog-Høland kommune, hjemmetjenesten distrikt Bjørkelangen 2010:

<https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/tilsynsrapporter/akershus-arkiv-tilsynsrapporter/2010/aurskog-holand-kommune-bjorkelangen-hjemmeboende-demenssykdom-2010/>

Tidsskrift, Den norske legeforening 2014, <https://tidsskriftet.no/2014/02/kommentar-og-debatt/hvor-mange-har-demens-i-norge>

7 Vedlegg – Lovverk og forskrifter

- Helse- og omsorgstjenesteloven
 - § 3-1 beskriver kommunens plikt til å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester
 - § 3-2 nr. 4 beskriver retten til utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning.
 - § 1-1 nr. 5 beskriver at tjenestene skal være tilpasset brukerens/pasientens behov,
 - § 4-1 beskriver at kommunen skal innrette tjenestene sine slik at pasient eller bruker gis et forsvarlig, helhetlig, koordinert og verdig tjenestetilbud
 - § 3-6 beskriver kommunens ansvar overfor pårørende, herunder opplæring og veiledning, avlastningstiltak og omsorgsstønad
 - § 3-1 tredje avsnitt beskriver at kommunen skal planlegge for å innrette tjenestetilbudet i forhold til fremtidige behov
 - § 3-10 beskriver at kommunen må legge til rette for samarbeid med brukere, pårørende og frivillige organisasjoner.

- Pasient- og brukerrettighetsloven
 - § 1-3 c. beskriver retten til utredning og diagnostikk
 - § 3-5 beskriver at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger
 - § 4-1 beskriver at hjelpen bare kan gis dersom personen samtykker
 - § 4-6 og Kap 4A beskriver regler som skal sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som mangler samtykkekompetanse
 - § 3-3 beskriver nærmeste pårørendes rett til informasjon og § 3-1 beskriver pårørendes rett til medvirkning

- Plan og bygningsloven
 - § 11-1 beskriver at kommunen er pålagt å ha en kommuneplan med en samfunnsdel
 - § 11-2 beskriver at samfunnsdelen skal ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier, samt en ha handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp

- Forskrifter:
 - [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring,](#)
 - [Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenesten,](#)
 - [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator](#)
 - [Forskrift om en verdig eldreomsorg](#)