

UiO : **Universitetet i Oslo**

Kostnadseffekten av en demenslandsby
ved mini-metodevurdering

Emilie Gjeruldsen

Veileder: Eline Aas

Thesis submitted as a part of the Master of Philosophy Degree
in Health Economics, Policy and Management

Department of Health Management and Health Economics

Faculty of Medicine

University of Oslo

Dato: 16.mai 2022



Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	8
2. BAKGRUNN	9
2.1 ELDREBØLGEN.....	9
2.2 DEMENS.....	11
2.2.1 Risikofaktorer.....	11
2.2.2 Alvorlighet.....	12
2.2.3 Sykdomsforløpet.....	12
2.2.3.1 Tidlig i sykdomsforløpet (mild).....	13
2.2.3.2 Midten av sykdomsforløpet (moderat).....	13
2.2.3.3 Slutten av sykdomsforløpet (alvorlig).....	13
2.2.4 Behandling - oppfølging.....	13
2.2.4.1 Dagtilbud.....	14
2.2.4.2 Sykehjemsplasser.....	15
2.2.4.3 Sykehjemsplasser som er tilrettelagt for demente.....	15
2.2.4.4 Tilgang til utereale ved tilrettede enheter i sykehjem.....	17
2.2.4.5 Palliasjon.....	18
2.2.5 Kommunestørrelser og demenslandsbyer.....	18
2.3 DEMENSLANDSBYER.....	21
2.3.1 Målet med demenslandsbyer.....	21
2.3.2 Utformingen av demenslandsbyer i Norge.....	22
2.4 HVOR SKAL DET BYGGES?.....	25
2.4.1 Kommunestørrelser.....	26
2.5 ANDRE MULIGHETER FOR PERSONER MED DEMENS.....	26
2.6 STATENS FREMTIDSPLANER FOR ELDREOMSORGEN.....	26
2.6.1 Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldreomsorgen.....	27
2.7 PÅRØRENDE.....	28
3. TEORI	29
3.1 ANALYSE METODER.....	29
3.1.1 SWOT analyse.....	29
3.1.2 Økonomisk analyse.....	29
3.1.2.1 Kostnader.....	29
3.1.2.2 Helseutfall.....	29
3.1.2.1 Livskvaliteten til demente.....	30
QoL-AD.....	30
EQ-5D.....	31
3.1.3 Mini-metodevurdering.....	31
4. PROBLEMSTILLING OG HYPOTESER	33
4.1 PROBLEMSTILLING.....	33
4.2 HYPOTESER OG BEGRUNNELSER.....	33
4.3 AVGRENSING AV STUDIEN.....	34
5. METODE	34
5.1 PICO.....	35
5.2 KOSTNADER.....	35
5.3 HELSEMÅL.....	36
5.4 MODELL.....	37
5.5 DATA.....	37
5.6 SWOT.....	38
5.7 ØKONOMISK ANALYSE.....	39
5.7.1 Kostnadseffektivitetsanalyse.....	39
5.7.2 Usikkerheter.....	40
5.8 MINI-METODEVURDERING.....	40
6. RESULTAT	42

6.1 SWOT	42
6.1.1 Strengths – styrker	42
6.1.2 Weaknesses – svakheter	42
6.1.3 Opportunities – muligheter	42
6.1.4 Threats - trusler	43
6.2 RESULTAT AV ØKONOMISK ANALYSE	43
6.2 RESULTAT VED MINI-METODEVURDERING	44
7. DISKUSJON	44
7.1 TIDSPERSPEKTIV	45
7.2 KOMMUNESTØRRELSER	45
7.3 PROBLEMSTILLING OG HYPOTESER	46
7.3.1 Hypotese 1	47
7.3.2 Hypotese 2	47
7.3.3 Hypotese 3	47
7.5 HVORDAN FORSKE PÅ DETTE VIDERE? EN ANBEFALING	48
8. KONKLUSJON	48
9. KILDER	50

TABELLER OG FIGURER

FIGUR 1: BEFOLKNINGSPYRAMIDE. 1990 VERSUS 2021	10
FIGUR 2: BEFOLKNINGSPYRAMIDE NORGE I 2050	11
FIGUR 3: BERGER SKALA	12
TABELL 2.1: KOMMUNER I NORGE MED TILRETTELAGTE DAGAKTIVITETSPASSER FOR DEMENTE	14
TABELL 2.2: SYKEHJEMSPASSER OG DEKNINGSGRAD FOR 80+ I NORGE	15
TABELL 2.3: TILRETTELAGTE PASSER FOR PERSONER MED DEMENS SAMLET	15
TABELL 2.4: TILRETTELAGTE ENHETER I SYKEHJEM	16
TABELL 2.5: ANDEL KOMMUNER I FYLKENE MED TILRETTELAGTE ENHETER	19
TABELL 2.6: ANDEL SYKEHJEMSPASSER I FYLKENE SOM ER TILRETTELAGT ENHETS PASSER	20
BILDE 1: BILDE AV PLANTEGNINGEN TIL DE HOGWEYK SETT I FUGLEPERSPEKTIV	23
BILDE 2: DIGITAL PLANTEGNING AV DE HOGWEYK	23
BILDE 3: CARPE DIEM DEMENSLANDSBY	25
FIGUR 4: EKSEMPEL PÅ ET QOL-AD SPØRRESKJEMA	31
TABELL 5.1: PICO	35
FIGUR 5: MARKOV-MODELL	37
TABELL 5.2: KOSTNADER FOR TRADISJONELT SYKEHJEM OG DEMENSLANDSBY I BÆRUM KOMMUNE	38
FIGUR 6: ENVEIS SENSITIVITETS ANALYSE AV DØGNKOSTNADER VED EN DEMENSLANDSBY	43
TABELL 7.1: ANTALL PERSONER MED DEMENS UT IFRA KOMMUNESTØRRELSE	45

Forord

Det å skrive denne oppgaven har vært utrolig spennende og lærerikt. Det har vært mye frem og tilbake i skrivningen om hva som skal med, hva som ikke skal med, hva som må skrives om og det som regnes ut. All denne spennende lærdommen jeg har fått kommer jeg til å ta med meg videre inn i arbeidslivet.

Grunnen for at jeg ønsket å skrive akkurat om demenslandsbyer er opplevelsen av demens hos min bestemor. Hun kom til et punkt hvor hun ikke lenger klarte å bo hjemme på egenhånd og dermed ble plassert på en avdeling for personer med demens på et sykehjem. Det å komme dit på besøk viste meg hvor lite hyggelig det er å måtte gi opp livet man hadde hjemme, bestemor mistet mye av friheten sin.

Jeg vil først og fremst takke veilederen min Eline Aas. Hun har vært en viktig støttespiller for meg gjennom denne oppgaven. Vil også takke Carpe Diem som lot meg besøke dem høsten 2021 for å få et innblikk i hvordan en demenslandsby faktisk er. Dette var til stor inspirasjon til oppgaven min.

Jeg vil også takke Lisbeth Hammer Krog, ordfører i Bærum, for hjelp med å finne informasjon om Bærum kommune. Og takk til Hanne Lien for informasjon om Tinn kommune.

Sammendrag

Oppgaven tar for seg en ny metode for demensomsorgen, nemlig demenslandsbyer. Befolkningen vil øke og befolkningen lever lenger som gir et økt antall eldre og et behov for flere langtidsplasser på sykehjem og institusjoner. Når man uansett må bygge flere sykehjem, hva med å se på om det kan lønne seg å heller bygge demenslandsbyer siden 80% av de eldre på langtidsplasser i sykehjem er personer med demens.

Jeg har brukt to metoder for å se på om det kan være lønnsomt. Den første metoden jeg har valgt å bruke er en kostnadseffektivitetsanalyse, hvor jeg har sett på kostnadene for et døgn i en demenslandsby opp mot kostnadene for det å bo i et tradisjonelt sykehjem. Har valgt å se bort fra effektivitetsdelen da jeg ønsket å ha denne i QALY for å se på livskvaliteten til beboere, men det er blitt gjort lite forskning som gjør at jeg ikke valgte å ta med dette. Den andre metoden jeg har valgt å se på er mini-metodevurdering, som er et skjema man fyller ut hvor man får spørsmål om alle aspektene ved en demenslandsby. Mini-metodevurdering gir en vurdering på om denne nye metoden bør innføres videre.

Konklusjonen er at det er et behov for mer forskning på effekten av demenslandsbyer for brukerne, og deres pårørende, for å kunne bekrefte eller avkrefte om det lønner seg å innføre demenslandsbyer som standard for personer med demens.

Summary

This master thesis looks at a new method for the dementia care, the new method is dementia villages. The population in Norway is increasing and will continue to increase which leads to an increase in the elderly population as well as we also live longer. This increase in elderly people will lead to an increase in people with dementia which means Norway needs to build more places for those in the population that can no longer live at home. With the need to build more nursing homes for the increasing elderly population I want to see if they rather should build dementia villages since 80% of those in nursing homes has dementia.

I have applied two methods to see what would be more efficient. The first method I have chosen to use is a cost effectiveness analysis (CEA). For the cost part I have looked at the cost for one patient for living there 24 hours, and for the effectiveness part I wanted to use QALYs but chose not to use it as there are too little research to give me an estimate. The other method I have chosen to investigate is mini-method evaluation, which is a form where you fill in the different aspects of a dementia village. Mini-method evaluation will give an evaluation on whether dementia village is the preferred method.

The conclusion for this thesis is that there is a need for further research of the effects of dementia villages for the users and their close ones. The further research is needed to be able to confirm or deny if it will be efficient to build dementia villages as a standard in Norway for people with dementia.

1. Innledning

I verden i dag er det rundt 55 millioner mennesker med demens (WHO, 2021), mens det i Norge er om lag 101 000 som lever med demens (Strand et al., 2021). Demens er en tilstand som fører til nedsatte evner til å fungere i hverdagen, og som særlig påvirker hukommelsen. Demens er ikke én sykdom, men en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer som har de samme symptomene og er derfor lagt under et samlebegrep. Den vanligste årsaken til demens er Alzheimer, som tilsvarende 60-70% av tilfellene til de med demens (WHO, 2021).

Sykdomsforløpet ved gitt diagnose er progressivt, for noen utvikler graden på demens seg raskere enn hos andre (Røen et al., 2018).

Befolkningen i verden øker stadig, i den vestlige verden er vi på vei inn i en eldrebølge, samtidig som at gjennomsnittsalderen har økt de siste 20 årene (SSB, 2021). Dette betyr i praksis at vi blir flere eldre og at vi lever lenger, noe som medfører en større andel eldre i befolkningen. Antallet eldre over 65 år forventes å bli over dobbelt så mange innen 2060 (Gleditsch et al., 2020). Med flere eldre kommer også et økende behov for flere sykehjems plasser. Standard praksisen i Norge i dag er at demente som ikke lenger klarer å bo hjemme plasseres på sykehjem på egne demensavdelinger eller i en lukket avdeling. Mer enn 80% av eldre på langtids plass på sykehjem i Norge har diagnosen demens (Røen et al., 2018). Med økende antall eldre vil antallet med demens også øke, dette ser vi på utviklingen av antall eldre fra 1990 til 2021 (SSB, 2021). Dette er grunnen til at jeg ønsker å se på en annen type boform for de demente, nemlig demenslandsbyer. Det er behov for å bygge sykehjem fremover for å dekke behovet som vil oppstå med flere eldre, men hva med å bygge en mer tilrettelagt boform for de med demens når det er en såpass stor andel av de eldre som har behov for langtids plass har demens?

Når noen som står deg nær får diagnosen demens kan dette være veldig hardt. De første årene fungerer kanskje personen hjemme ved hjelp av sine nære, og videre ved hjelp av hjemmehjelp og dagtilbud. Personen som har fått diagnosen vil komme til et punkt hvor sykdommen har utviklet seg til alvorlig demens. Hvor fort dette går varierer veldig fra person til person (Strand et al., 2018). Ved alvorlig demens har personen behov for hjelp døgnet rundt, det er denne målgruppen som blir plassert på sykehjem eller andre behandlingssentre med langtids plass. Det er også denne målgruppen som det er ønskelig å bygge demenslandsbyer for.

Det er gjort lite tidligere studier som omfatter livskvaliteten til personer med demens, og det er ikke gjort noen studier om livskvaliteten til personer med demens i en demenslandsby versus et sykehjem. Derfor ønsker jeg å se nærmere på denne problemstillingen. Det er et stort økende antall eldre i Norge, og et stort behov for utbygging av flere sykehjem. Hvorfor da heller ikke å bygge demenslandsby til den store delen av eldre som får demens? Dette er grunnen til at jeg ønsker å se nærmere på demenslandbyer, for å se om disse kan være kostnadseffektive, og derfor bedre å bygge fremover fremfor vanlige sykehjem.

FHI har undersøkt mer moderne boformer, som inkluderer blant annet demenslandsbyer, i en systematisk litteraturoversikt; «Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens» (FHI, 2022). I denne rapporten har de sett på mindre bokollektiv for personer med demens, hvor de ser på om dette bedrer helsen deres på fem forskjellige områder; ADL (aktivitet i dagliglivet), adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer, medikamentbruk, antall fall og belastning hos pårørende (Hestevik et al., 2022).

Demenslandsbyer fremstilles som en stor egen landsby kun for personer med demens, hvor de fritt kan styre sin egen hverdag. Det er tilbud som restauranter, kafeer, aktivitetsrom, butikk og barer som de kan ta i bruk når de ønsker. Hvis denne boformen for demente er så fantastisk som den blir fremstilt, hva er grunnen til at den ikke er standarden i dag? Vil demenslandsbyer medføre høyere kostnader? Vil det være bedre for de demente? For vanskelig å bemanne? Hvordan gjør man det i små kommuner hvor de ikke har nok antall eldre med demens til å fylle en landsby? Alle disse spørsmålene ønsker jeg å svare på i denne oppgaven. Derfor ønsker jeg å utføre en kostnadseffektivitetsanalyse, hvor jeg ser på kostnader for bygging og drift opp mot livskvaliteten hos personene med demens. Jeg ønsker også å se på om demenslandsbyer kan vurderes i en mini-metodevurdering. Mini-metodevurdering er en metode for å vurdere nye metoder innenfor sykehusene. I denne oppgaven vil jeg vurdere om det er mulig å bruke mini-metodevurdering som en metode for å vurdere om demenslandsbyer er en nytt alternativ for bygging av fremtidige sykehjem.

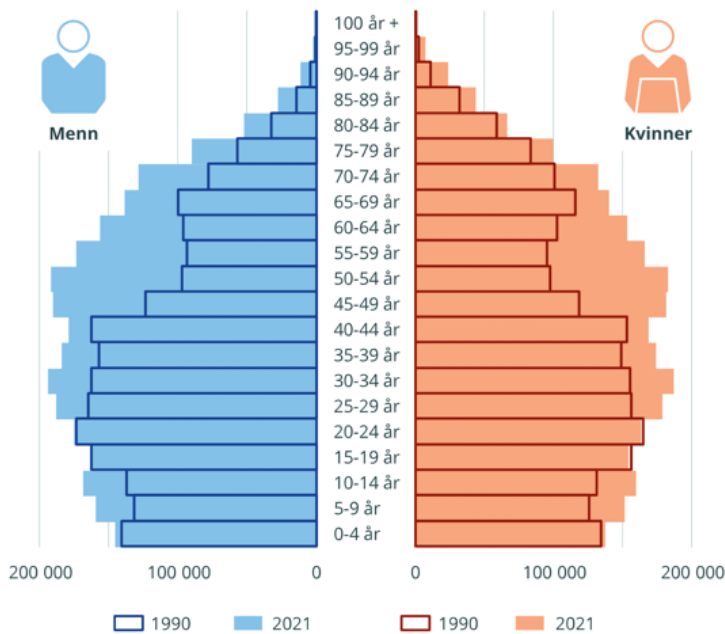
2. Bakgrunn

2.1 Eldrebølgen

Norge er en velferdsstat med god levestandard og levekår. Med gode levekår kommer også en forlenget levealder og økt antall eldre. Økningen i leveår gjør at antallet eldre øker, som igjen

gir økt behov for omsorgsplasser. Eldrebølgen, som er barna som ble født etter 2.verdenskrig, begynner også å bli gamle som skaper en større andel eldre. Bare på de siste 20 årene kan vi se en endring i antallet eldre, se figur 1: Befolkningspyramide (SSB, 2021).

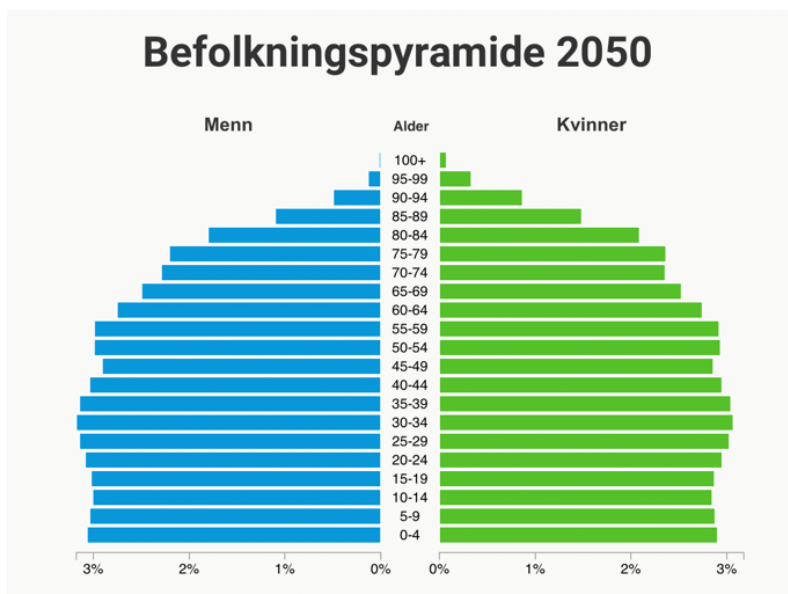
Befolkningspyramide. 1990-2021



Figur 1: Befolkningspyramide. 1990 vs 2021. Kilde: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/slik-ser-befolkningen-i-norge-ut>

Fra Figur 1 ser vi også at eldrebølgen er godt på vei. Eldrebølgen kommer av den store etterkrigs generasjonen, for det ble født et økende antall barn etter 2. verdenskrig (Ræder, 2012). Med denne mengden innbyggere og et økende aldersgjennomsnitt er behovet for flere sykehjems og omsorgsplasser i Norge stort for å kunne gi alle et godt nok tilbud. Dette vil også gi et stort behov for plasser for demente som har en alvorlig grad av demens, i og med at mer enn 80% av de som havner på sykehjem av eldre har en form for demens (Røen et al., 2018).

Fremover vil det bli en større andel med eldre, som igjen vil skape et større behov for sykehjemsplasser, og da også plasser for demente som ikke lenger klarer seg hjemme. Figur 2 under viser en Befolkningspyramide for hvordan fordelingen er i 2050 for Norge (FN, 2021).



Figur 2: Befolkningspyramide Norge i 2050. Kilde: <https://www.fn.no/Land/norge>

Figur 2 viser framskrivning av alderssammensetningen i en befolkningspyramide og hvordan den vil være i Norge i år 2050. Her ser vi at andelen over 59 år blir mye større enn den er i 2021.

2.2 Demens

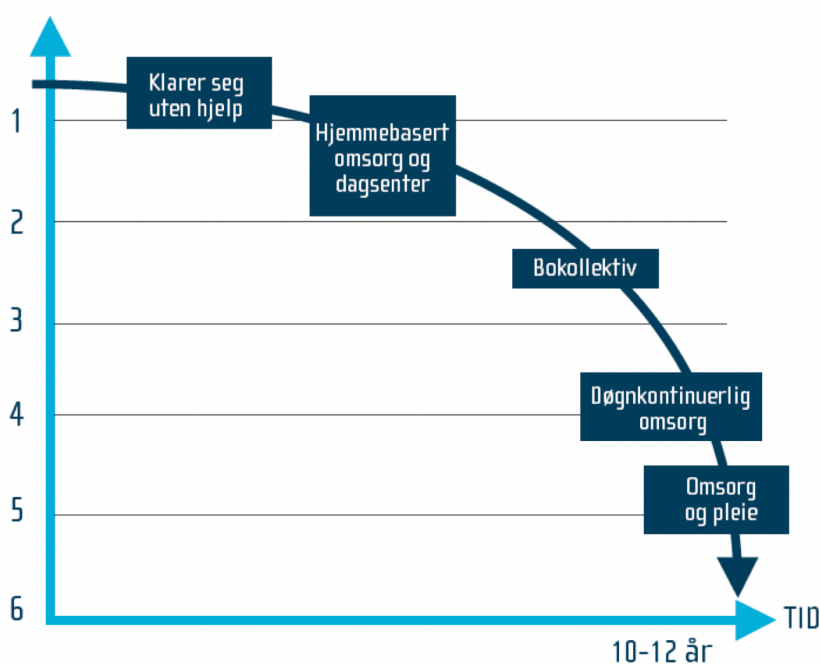
Demens er ikke én sykdom, men et fellesbegrep for en rekke sykdommer. Den vanligste formen for demens er Alzheimer, og etter Alzheimer så er det vaskulær demens som er vanligst. Grunnen til at disse sykdommene legges under et samlet begrep er fordi symptomene er like. Forskjellene på de forskjellige sykdommene er etiologien. Felles for dem er at alle gir nedsatte funksjonsevner i hverdagen. Demens utvikler seg i de fleste tilfeller gradvis, men det finnes også tilfeller hvor det kommer ganske brått på og utvikler seg raskt (Strand et al., 2018).

2.2.1 Risikofaktorer

Forekomsten av demens er større blant den eldre delen av befolkningen, og at den rammer flere kvinner enn menn vil derfor betyr at det er større risiko for en eldre kvinne å få en type demens enn en mann. Det er og høyere risiko å få demens for kvinner som forlater høyere utdanning tidligere, det samme gjelder ikke menn (Russ et al., 2013). Alzheimer som er den største sykdommen som forårsaker demens, denne sykdommen kan være arvelig. Dermed har man høyere risiko for å få demens om man har noen i nær familie, som for eksempel foreldre, med Alzheimer ("2020 Alzheimer's disease facts and figures," 2020).

2.2.2 Alvorlighet

Berger skalaen er en skala basert på sykdomsforløpet for de med demens. Skalaen viser hvordan sykdommen vanligvis utvikler seg over en periode på 10-12 år. Både de tre fasene mild, moderat og alvorlig, og Berger skalaen er vanlig å bruke når man snakker om personer med demens. Dette er for å enklere vise til hvilken grad av hjelp og omsorg personen faktisk trenger. Berger skalaen har 6 nivåer, som går fra 1 som er mildest og personen vil klare seg uten hjelp, og opp til 6 som viser til at personen har alvorlig grad av demens og er avhengig av hjelp for å fungere (Helsedirektoratet, 2021). Se «Figur 3» under.



Figur 3: Berger skala, også omtalt som "Omsorgstrapp". Kilde: helsenorge.no - Hentet fra Helse Møre og Romsdal.

Ut fra Berger skalaen er de pasientene som er i fase 5 og 6 som er de pasientene som kan være aktuelle for demenslandsbyer, fordi det er denne pasientgruppen som har det største behovet for mye pleie og blir plassert i omsorgshjem eller sykehjem. Med demenslandsby er det ønskelig at denne pasientgruppen får en bedre opplevelse av sluttfasen av livet.

2.2.3 Sykdomsforløpet

Sykdomsforløpet ved demens kan deles inn i tre hoveddeler; tidlig, midt og sent. Dette vil variere fra person til person, for noen er sykdomsforløpet raskere enn hos andre, men disse stegene kan gi en liten indikasjon på hvor i forløpet personen er. Denne indikasjonen er viktig for å vite hvor mye helsehjelp personen har behov for. En som er tidlig i sykdomsforløpet kan fortsatt bo hjemme mens en som er senere i sykdomsforløpet vil ha større behov for hjelp

gjennom hele døgnet. Som for eksempel på et sykehjem som i dag er standarden for plassering av eldre med demens (WHO, 2021).

2.2.3.1 Tidlig i sykdomsforløpet (mild)

En person som er i et tidlig forløp av demens er det ofte vanskelig å vite at det er demens. Varsel tegn som kan gi en indikasjon på at en person er i et tidlig forløp for å utvikle demens er glemskhet, dårlig til å føle på tid og kjenner seg ikke igjen på kjente steder. Mild demens kan måles på Berger skalaen til nivå 1 og 2, altså veldig tidlig i forløpet. Det finnes også tilfeller hvor pasienter får en mer alvorlig demens med en gang og dermed hopper over dette stadiet (Strand et al., 2018).

2.2.3.2 Midten av sykdomsforløpet (moderat)

I dette stadiet vil det være mer tydelig at personen har utviklet en demenssykdom. Kjennetegn her er mer glemskhet på ting som navnet på kjente og ting som nylig har skjedd. Samme spørsmål kan også komme om og om igjen, samt personen kjenner seg ikke igjen hjemme og kan ha vanskeligheter med kommunikasjonen. Dette tilsvarer nivå 3 og 4 på Berger skalaen.

2.2.3.3 Slutten av sykdomsforløpet (alvorlig)

Det er i dette stadiet hvor personen ikke klarer å leve selvstendig, og blir derfor ofte plassert på institusjoner eller sykehjem. Det er denne pasientgruppen med demente som er interessante å se på som fremtidige pasienter i demenslandsbyer. Denne pasientgruppen ligger på nivå 5 og 6 på Berger skalaen. Her er behovet mye større for pleie og overvåkning døgnet rundt. Kjennetegn i pasientene med en demens som er så langt i forløpet er enda større forvirring på hvor og hvem man er, mer blir glemt sånn som vanlige aktiviteter i hverdagen hvor da behovet for hjelp blir stort i alle gjøremål (WHO, 2021).

2.2.4 Behandling - oppfølging

Ved diagnosen demens finnes det dessverre ingen behandling. Det som finnes av medisiner, virker kun symptomlindrende. Medikamentene som brukes mot demens gir ofte en minimal effekt og kan gi en del bivirkninger. Det er også forskjell fra pasient til pasient hvor god effekten er, og hvor mye bivirkninger det er (Helsebiblioteket.no, 2019). Det er ikke utviklet noe medisiner som helbreder demens, men de vil kunne bremse ned progresjonen av sykdommen. Også kognitiv stimulering vil virke dempende på utviklingen av demens. Når en med demens fortsatt er hjemmeværende så vil det finnes dagtilbud som personen kan ta i bruk, dette tilbys i de fleste kommuner i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Når personen utvikler demensen til en alvorlig grad, hvor hen ikke lenger klarer å bo hjemme, vil neste behandlings steg være langtidsplass på sykehjem.

2.2.4.1 Dagtilbud

Ved å få stilt diagnosen demens, går man ikke rett fra å være hjemme til å havne på institusjon. I fasen før sykdommen gjør at en ikke lenger kan bo hjemme og klare seg selv, finnes det andre tilbud. Tilbudene varierer fra kommune til kommune i Norge. Det er alt fra en dagaktivitet en gang i uken til flere dager i uken. Dette kommer helt an på i hvilken kommune du bor. Ikke alle kommunene i Norge har et slikt dagaktivitetstilbud for demente. Dagaktivitetene er viktig at inneholder både fysisk og mental trening, og at det er sosialt. Dette kan virke positivt på demente, og det vil redusere muligheten for å utvikle angst og depresjon. Det er viktig at slike dagtilbud har lagt vekt på deres interesser og ønsker (Aldringoghelse.no, hentet: 2022). Eksempler på slike dagaktiviteter er å samles for å lese og diskutere aviser, quiz, kortspill, musikk, sang, dans, bowling, ballspill, gymnastikk, turer, hagestell, kontakt med dyr, snekring, utflukter til museum eller annet, maling, strikking, eller matlagning og baking.

Det er hele 88% av kommunene som tilbyr dette tilrettelagt for demente, men dette betyr også at det er hele 22% som tilsvarer 78 kommuner som ikke har dette tilbudet (Helsedirektoratet, 2019). Av disse 88%, så krevde hele 85% av disse en egenandel for tilbudet.

Tabell 2.1 Tilrettelagte dagaktivitetsplasser tilegnet personer med demens

	1996	2000	2010	2018
Andel kommuner med dagtilbud	18,2%	23,0%	43,7%	87,8%
Antall kommuner med dagtilbud	79	100	188	354
Antall brukere totalt*	671	1 377	3 257	7 909

*Tallene inneholder noe usikkerhet (kilde: helsedirektoratet.no)

Tabell 2.1: Kommuner i Norge med tilrettelagte dagaktivitetsplasser for demente. 1996-2018.
Kilde:(Helsedirektoratet, 2019).

I tabell 2.1 over kan vi se at det er ganske stor økning i prosentandel kommuner med dagtilbud for demente fra 1996 til 2018, økningen i brukere har også en ganske kraftig økning.

Reformen «Leve hele livet» har utarbeidet en idébank hvor de ønsker at alle kommuner skal sende inn hvordan tilbud de har for eldre slik at flere kommuner kan få inspirasjon til å starte slike gode tilbud (Levehelelivet, Hentet: 2022). Denne reformen har forskjellige satsingsområder, og det er innenfor disse områdene ideene til idebanken skal være innenfor. Disse innsatsområdene er et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp, sammenheng i tjenestene, og styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon

(Aldringoghelse.no, hentet: 2022). Disse ideene gjelder ikke kun for demente, men flere av ideene til tilbud på siden er tilrettelagt for eldre.

Disse dagtilbudene er for å gi de demente en hverdag med innhold, og det å holde seg aktiv vil fremme økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2019). Det er ikke kun positivt for de demente å ha dette dagtilbudet, det vil også være avlastende for pårørende. Når en med demens fortsatt bor hjemme, vil det medføre et økende omsorgsbehov fra de pårørende for at den demente skal kunne klare seg hjemme.

2.2.4.2 Sykehjemsplasser

Tabell 2.2 Sykehjemsplasser og dekningsgrad for befolkningen 80 år og eldre

	1996	2000	2010	2018*
Sykehjemsplasser	33 764	36 554	38 870	37 876
Befolkningen 80+	180 322	196 901	221 153	220 483
Dekningsgrad sykehjem	18,7%	18,6%	17,6%	17,2% (18,1%, tall fra SSB)

*Tallene fra 2018 inneholder 403 kommuner som svarte på undersøkelsen

Tabell 2.2: Sykehjemsplasser og dekningsgrad for 80+ i Norge. Kilde: (Helsedirektoratet, 2019).

Ved å se på tabell 2.2, hentet fra helsedirektoratet, så ser vi økningen i antall eldre fra 1996 til 2018 (Helsedirektoratet, 2019). Denne økningen kommer bare til å fortsette å stige. Det er to grunner til dette, det ene er at befolkningen lever lenger, og det andre som er det store nå er at eldrebølgen har startet å komme. Den store økningen i antall fødte barn etter andre verdenskrig har startet å nærme seg 80 år. Eldrebølgen er de som ble født etter andre verdenskrig (Ræder, 2012). På tabellen kan vi og se at det er en økning i sykehjemsplasser, men denne økningen er mindre enn hva økningen i antall eldre er, noe vi ser på at dekningsgraden går nedover. Derfor er det viktig at det nå fremover blir bygget flere sykehjem. Derfor er det også viktig å kartlegge om demenslandsbyer er mer kostnadseffektivt og et bedre tilbud for de demente enn vanlige sykehjem, for å se om det er demenslandbyer som bør bygges fremover eller om det skal fortsettes å bygge sykehjem.

2.2.4.3 Sykehjemsplasser som er tilrettelagt for demente

Tabell 2.3 Tilrettelagte plasser for personer med demens samlet

	1996	2000	2010	2018*

Plasser i tilrettelagt enhet (TE)	4 478	5 977	9 002	10 799
Plasser i forsterket tilrettelagt enhet (FTE)			384	772
Plasser i bokollektiv i omsorgsboliger	247	789	1 941	2 294
Annet tilrettelagt botilbud	609	728	65	-
Antall plasser samlet	5 334	7 494	11 392	13 865
*I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor de 403 kommunene.				

Tabell 2.3: Tilrettelagte plasser for personer med demens samlet. Kilde: (Helsedirektoratet, 2019).

Ved å se på tabellen 2.3 over ser vi at antallet plasser tilrettelagt for personer med demens har økt jevnt. Dette inkluderer plasser i tilrettelagt enhet for personer med demens, forsterkede tilrettelagte enheter for personer med demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, og plasser i bokollektiv for personer med demens i omsorgsboliger.

Tabell 2.4 Tilrettelagte enheter og plasser for personer med demens i sykehjem

	1996	2000	2010	2018*
Andel kommuner med TE i sykehjem	70,1%	80,0%	87,9%	91,8%
Andel kommuner med FTE i sykehjem	13,3%	16,4%	24,1%	30,5%
Antall plasser i TE og FTE	4 478	5 977	9 386	11 571
Sykehjems plasser	33 764	36 554	38 870	37 876
*I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen, alle tallene i denne kolonnen gjelder derfor for disse 403 kommunene				

Tabell 2.4: Tilrettelagte enheter, TE består her både av ordinære skjermede enheter og forsterkede skjermede enheter, og plasser for personer med demens i sykehjem. Kilde: (Helsedirektoratet, 2019).

Også i denne tabellen, tabell 2.4, kan vi se en jevn økning av antall og andel plasser i enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens. Enheter som er spesielt tilrettelagt for personer med demens, også noen ganger kaldt skjermede enheter, er boenheter med kun 4-12 beboere. Det som er felles for alle boenheten er at de skal ha et eget fellesrom og aktivitetene som foregår på dagtid skal foregå innenfor enheten i hovedsak.

Selv om vi kan se en positiv utvikling på antall plasser og enheter som er spesielt tilrettelagt for personer med demens, så er det fortsatt en høy andel av personer med demens som bor på plasser hvor det ikke er spesielt tilrettelagt for dem. Dette kan vi se basert på at det er over 80% av alle personer som bor på langtidsplass som har demens (Røen et al., 2018). Dette vil si at selv om det er hele 91,8% av kommunene som sier de har tilrettelagte enheter for personer med demens i sykehjem, så er det for få plasser totalt i landet for alle personene med kraftig demens som trenger spesielt tilrettelagt plass.

Det er også flere kommuner som har etablert forsterkede enheter spesielt tilrettelagt for personer med demens som også har alvorlige nevropsykiatriske symptomer. Forskjellen på en forsterket tilrettelagt enhet og en tilrettelagt enhet er at den forsterkede enheten har gjerne færre plasser, da gjerne fire eller mindre.

I 2018 var det 114 kommuner som oppga at de har etablert forsterkede enheter for personer med demens, dette tilsvarer cirka 28% av kommunene i Norge. Til sammen i disse 114 kommunene var det 149 forsterkede enheter med til sammen 772 plasser, som gir et snitt på 5,2 personer i hver forsterket enhet. Disse 114 kommunene er fordelt slik at alle fylkende i Norge har en slik enhet. Hvis vi ser på hovedstaden Oslo så er det rapportert totalt elleve forsterkede enheter, med plass til hele 74 personer. Dette gir et snitt på 6,7 personer i hver forsterket enhet (Helsedirektoratet, 2019).

2.2.4.4 Tilgang til uteareal ved tilrettelagte enheter i sykehjem

Undersøkelsen foretok seg også kartlegging av hvor mange som hadde tilrettelagt uteareal for personer med demens i den tilrettelagte enheten. Med uteareal menes en hage som er tilrettelagt for fysisk aktivitet, sanseopplevelser og sosialt samvær. Det er også viktig at det er tilrettelagt til eldre som ofte er dårlig til beins, så det skal være gangstier som er tilrettelagt til både rullator og rullestol. For at hagen skal være tilrettelagt for personer med demens må hagen være innelåst slik at personene med demens ikke kan komme seg ut og gå seg bort. Det som er ønskelig her er at det ikke virker innelåst, slik at de som tar hagen i bruk ikke føler at de er innelåst. Utgangen til hagen burde være i direkte kontakt med enheten, men dette er ikke tilfellet alle steder. Av de 372 kommunene som sa de har en tilrettelagt enhet for personer med demens, så er det hele 92,7% av disse som sier at en eller flere av enhetene i kommunen har tilgang til et tilrettelagt uteområde. Det er til sammen 1442 tilrettelagte enheter for personer med demens, hvor 79,6% av disse har tilgang på en tilrettelagt hage, og 62,5% av disse som har direkte utgang fra enheten til hagen. Ved forsterkede tilrettelagte enheter er det kun 61,7% som har tilgang til tilrettelagt hage (Helsedirektoratet, 2019).

Det vil si at det er ganske få personer med demens som har et tilbud om et tilrettelagt uteområdet da vi vet at det er over 80% av alle på sykehjem som har demens, så det er mindretallet som bor på tilrettelagte enheter (Røen et al., 2018).

2.2.4.5 Palliasjon

Når demenspasienten er i sine siste faser i livet, fase 5 og 6 på Berger skalaen, er det mye smerte grunnet sykdommen. Det som da er ønskelig er at pasienten skal leve så godt og smertefritt som mulig, dette heter da palliasjon. Palliasjon handler om å gi både pasienten og de pårørende den beste livskvaliteten gjennom hele det dødelige sykdomsforløpet. Standarden i Norge nå er at palliasjon er hovedsakelig brukt om smertelindring ved en dødelig sykdom, mens definisjonen av palliativ omsorg handler mer om å gi best mulig livskvalitet og fritak fra smerte den siste delen av livet. Demens har et dødelig forløp, og de fleste personer som får diagnosen demens dør på sykehjem eller på sykehus (Helsedirektoratet, 2019). Hovedpunktet i palliativ omsorg er at det skal gi en bedret livskvalitet både for personen som er mot slutten av livet sitt på grunn av en dødelig sykdom, men også deres familie og pleierne deres (Radbruch et al., 2020). Ved å oversette dette over i en situasjon hvor du har en person med demens, og den eventuelle muligheten til at en demenslandsby vil gi bedre livskvalitet enn ved å bo på et standard sykehjem, så kan man se på det å bo i en demenslandsby som en form for palliativ omsorg. Dette under en forutsetning at det gir bedre livskvalitet for personen med demens, deres nære og de som jobber som pleiere i landsbyen. Dette går i henhold til Nasjonal faglig retningslinje om demens som sier at virksomheter skal legge til rette for personer med demens, ved å tilby tilpasset lindrende behandling, pleie og omsorg. Av de 375 kommunene som hadde tilrettelagte enheter for personer med demens, var det kun 61,6% som tilbydde prosedyrer tilknyttet livets slutt og som hadde en palliativ koordinator ved sykehjemmet (Helsedirektoratet, 2019).

2.2.5 Kommunestørrelser og demenslandsbyer

Det er store forskjeller på kommuner i Norge med hensyn til antall innbyggere. Dette gjør at variasjonen på etterspørsel etter forsterket tilrettelagte plasser er store. Derfor er det anbefalt at kommuner skal drive interkommunalt samarbeid om plassene i forsterkede enheter som en løsning på det store spriket i etterspørsel og behov etter plassene. Det er ikke mange kommuner som driver slikt samarbeid i dag. Etter kartleggingen i 2018 var det totalt ti interkommunale plasser fordelt på fire kommuner i fire fylker; Østfold, Telemark, Hordaland

og Finnmark. Dette er en økning på 3 fylker/kommuner fra kartleggingen i 2014 (Helsedirektoratet, 2019).

Tabell 2.5 Andel kommuner med TE (inkludert FTE) etter fylke i 1996 og 2018.

Fylke	1996	2018
Østfold	50,0%	95,2%
Akershus	77,3%	100%
Oslo (bydeler)	84%	100%
Hedmark	81,8%	95,2%
Oppland	92,3%	92,3%
Buskerud	61,9%	95,2%
Vestfold	100%	100%
Telemark	72,2%	94,1%
Aust-Agder	80%	92,9%
Vest-Agder	80%	100%
Rogaland	76,9%	91,7%
Hordaland	55,9%	80,6%
Sogn og Fjordane	73,1%	96,2%
Møre og Romsdal	65,8%	91,4%
Sør-Trøndelag	76%	-
Nord-Trøndelag	58,3%	-
Trøndelag	-	91,1%
Nordland	68,9%	86,5%
Troms	76%	87,5%
Finnmark	31,6%	82,4%
Hele landet	70,1%	91,8% (her teller Oslo som én kommune)

Tabell 2.5: Andel kommuner i fylkene med tilrettelagte enheter (inkludert forsterket tilrettelagte enheter), 1996 og 2018. I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen. Kilde: (Helsedirektoratet, 2019).

I tabellen over ser vi oversikt over hvor stor andel av kommunene i fylket som har en eller flere tilrettelagte enheter og/eller forsterket tilrettelagte enheter for personer med demens. Det alle fylkene har til felles er at prosentandelene er høye, det er ikke et eneste fylke som har

under 80% i 2018. Dette betyr at det er for få plasser i flere av kommunene siden det er over 80% av de som bor på langtidsplass på sykehjem som er personer med demens (Røen et al., 2018). Derfor er behovet for langtidsplasser for personer med kraftig demens viktig å få bygget ut slik at alle som har et behov for slik plass får det tilbudet. I tabellen under, tabell 2.6, kan du se hvor liten prosentandel av sykehjemsplassene i de forskjellige fylkene er sykehjemsplasser som er på tilrettelagte enheter og forsterkede tilrettelagte enheter.

Tabell 2.6 Andel sykehjemsplasser som TE (inkludert FTE)

Fylke	Tall fra 2018
Trøndelag	55%
Oppland	38,6%
Vestfold	37,8%
Troms	34,6%
Aust-Agder	33,7%
Sogn og Fjordane	32,4%
Akershus	32,1%
Nordland	31,7%
Buskerud	31,5%
Hedmark	31%
Hordaland	30,9%
Telemark	28,8%
Østfold	26,7%
Finnmark	26,6%
Møre og Romsdal	21,5%
Rogaland	20,7%
Vest Agder	20,5%
Oslo (bydeler)	19,6%
Hele landet	30,5%

Tabell 2.6: Andel sykehjemsplasser i fylkene som er tilrettelagt enhets plasser (inkludert forsterket tilrettelagte enheter), 2018. I 2018 var det 403 kommuner som svarte på undersøkelsen. Kilde: (Helsedirektoratet, 2019).

2.3 Demenslandsbyer

Demenslandsbyer er en mer moderne boform for de som er demente. Her får de en større frihet i hverdagen sin, og boenhetene de bor på ser ikke ut som det klassiske sykehjemmet. Målet med en demenslandsby er å få det til å være mer hjemmekoselig, i et håp om at det skal skape en bedre atmosfære blant de som bor der som igjen kanskje kan føre til en mindre frustrasjon i hverdagen for de som bor der. Dette er en boform som passer for demente som ellers ville bli plassert på et sykehjem eller annet pleiehjem, og ikke dem som fungerer hjemme med hjemmesykepleie og praktisk bistand, altså de som har alvorlig grad av demens som er grad 5 og 6 på berger skalaen. En demenslandsby er bygget slik at beboerne vil føle det mer som en normal hverdag.

Standarden i Norge for demente som ikke klarer seg på egenhånd, er i dag langtidsplass på sykehjem (Helsedirektoratet, 2019). Er det snakk om kraftig demens, nivå 5 og 6 på Berger skalaen, så vil personen bli plassert på en mer lukket avdeling på sykehjemmet hvor det er mye stengte dører. Grunnen til at det blir gjort slik er for deres egen sikkerhet, ettersom de ikke har noe sans om hvor de er hele tiden. Derfor er det en trygget at de er låst inne slik at de ikke stikker av for så å gå seg bort. Ingen person som lever et vanlig liv i dag, ville ønsket seg et liv hvor de blir møtt med tomme korridorer og låste dører. Herfra kommer ønsket mitt å se på demenslandsbyer.

2.3.1 Målet med demenslandsbyer

Målet med demenslandbyer er å skape et mer hjemlig miljø. Det skal være en større frihet enn det å være på en lukket institusjon på sykehjem. Lukkede dører skal erstattes med frihet til å vandre ut i hagen eller å dra på restaurant. Visjonen til Strømmehaven er «fortsette å leve livet på mitt vanlige vis», hvor fokuset da blir å få beboerne til å leve så nært det livet de hadde hjemme før de var nødt til å flytte inn i landsbyen (Kristiansand, 2020). Visjonen til Carpe Diem er at «Carpe Diem demenslandsby skal være et hjem med livskvalitet og verdighet». Så det er tydelig at målet med demenslandsbyer er å gi beboerne det tilnærmet like livet de hadde før de ikke lenger klarte å bo hjemme (Bærum, Hentet: 2022).

For at visjonen om at det skal ligne livet de hadde før de måtte flytte inn i landsbyen må det være liv i landsbyen og ikke bare beboere som går rundt. Derfor når en demenslandsby blir bygget er det fokus på å skape et såpass godt tilbud at andre i tillegg til pasientene som bor der skal ønske å ta det i bruk. Eksempelvis har Carpe Diem i Bærum en stor hage innimellom

byggene hvor det skal være mulig for alle å ta seg en tur, de har også en restaurant som skal være mulig å besøke for publikum. Grunnen til at de ønsker at publikum skal komme innom er for å skape en gjennomstrømning av mennesker for å skape liv. Rett i nærheten av Carpe Diem er det en barnehage, med denne har de laget en avtale hvor barnehagen innimellom tar tur-dagen sin innom hagen i Carpe Diem hvor det også er en gapahuk med bål plass hvor barna kan sitte og grille.

Med disse tilbudene for alle ønsker de å opprettholde et mer normalt liv for pasientene som kommer dit, hadde det kun vært sykepleiere og pasienter rundt vil det fort bli merkbart at de er plassert på et hjem. Hjemmekoselig og tilnærmet dagliglivet er et stort mål med å bygge en demenslandsby, derfor er viktigheten med å skape en gjennomstrømning av mennesker stor. Andre tiltak de har for at det skal være mer tilrettelagt for hjemmekoselig er at det er laget forskjellige boenheter hvor opptil 8 demenspasienter bor sammen i det man kan kalle et kollektiv. Alle boenhetene er forskjellige, og personer som har like interesser blir plassert sammen i disse boenhetene.

Alle disse forskjellige tilbudene er for å skape et sted for personer med demens hvor de faktisk kan leve slutten av livet sitt. Regjeringen har satt i gang en kvalitetsreform for eldreomsorgen som er kaldt «Leve hele livet», med fokus på at alle skal få et godt liv på slutten av livet. Så er det virkelig på sykehjem med stengte korridorer og tomme ganger som er det som gir det beste siste stedet å bo for de som er nivå 5 og 6 på Berger skalaen?

2.3.2 Utformingen av demenslandsbyer i Norge

Demenslandsbyer er bygget for demente som ligger på nivå 5 og 6 på demensskalaen, altså de som ikke lenger klarer seg uten hjelp og tilsyn 24/7. Det vil nok alltid være forskjeller på hvordan en slik demenslandsby vil bli bygget og utformet. Hovedmålet er å skape en boform som får beboerne til å ha mer hjemmefølelse, og la beboerne ha flere muligheter enn kun tomme korridorer og fellesaktivitet.

Alle de tre norske demenslandsbyene har til felles at de bygger på konseptet til «De Hogeweyk» i Nederland. Dette er verdens første demenslandsby som ble bygget allerede i 2009 (Pedro et al., 2020). Bilde 1 og 2 under er illustrasjon bilder av De Hogeweyk. Her ser vi at landsbyen er bygget slik at de ytre byggene skaper en barriere for omverdenen, ikke for å sperre omverdenen ute, men for å holde beboerne inne. Inne i landsbyen er det laget større grøntarealer, slik at de som bor der har muligheten til å gå ut om de ønsker det. Hensikten er at dette skal skape en større frihetsfølelse, og en følelse om å styre mer i sin egen hverdag.



Bilde 1: Bilde av plantegningen til De Hogeweyk sett i fugleperspektiv. Kilde: <https://www.dementiavillage.com/uploads/project/groot/dva-de-hogeweyk-1600960250.jpg>



Bilde 2: Digital plantegning av hvordan De Hogeweyk ser ut. Kilde: <https://hogeweyk.dementiavillage.com>

Den første demenslandsbyen som ble bygget i Norge var «Strømmehaven» i Kristiansand. Planleggingen startet i 2016 om å endre det allerede eksisterende omsorgsboligene, i 2020 stod da 42 nye omsorgsboliger for personer med demens klare, første beboer flyttet inn 1.oktober 2020 (Kristiansand, 2021).

Visjonen til Strømmehaven er «fortsette å leve livet på mitt vanlige vis». Hit kommer personer med behov for døgnomsorg, de som har moderat til alvorlig demens. Målet til Strømmehaven er at de som bor der skal føle seg så hjemme som mulig. De inngår en

husleiekontrakt i en av deres 6 bokollektiv og vil få, per definisjon, hjelp i eget hjem (Kristiansand, 2020). Andre mål Strømmehaven har er «god livskvalitet på tross av sykdom», og «trygghet, trivsel, velvære, mening og mestring». For å oppnå målene satser Strømmehaven på hjemlighet, kontinuitet i livet, bevegelsesfrihet og deltagelse i samfunnet (Kristiansand, 2021). I tillegg har Strømmehaven frivillige organisasjoner og enkelt frivillige som bidrar i landsbyen. Det finnes et bredt utvalg av aktiviteter og klubber beboere kan bli med på, som for eksempel allsang eller turgruppe. Strømmehaven inviterer næringslivet og nærområdet inn i landsbyen. Dette er for å skape integrering i samfunnet for beboerne, ved at det er næringsliv inne i landsbyen. Næringsliv trekker folk, så dette vil trekke folk inn i landsbyen og skape mer liv. Strømmehaven er lagt opp med et spisested ved hovedinngangen, frisør i egne lokaler, fotterapeut i egne lokaler, dagligvarebutikk og at de har mulighet for utleie av lokaler (Kristiansand, 2021).

Ved utforming av en demenslandsby blir det tatt i bruk velferdsteknologi. Den teknologien Strømmehaven har tatt i bruk er et digitalt alarmanlegg kalt Phoniro fra Telenor. Dette alarmanlegget inneholder døralarm, bevegelsessensor og passeringsalarm. I tillegg har de tatt i bruk døgnbelysning slik at beboerne fortsatt vil få den naturlige påvirkningen av dagslys.

Carpe Diem er den andre demenslandsbyen bygget i Norge og stod ferdig høsten 2020 med planlagt innflytting fra september. På grunn av koronapandemien gikk ikke innflytting som planlagt. De har ikke kunnet flytte inn alle samtidig, derfor har dette blitt en langsommere prosess hvor beboere har flyttet inn gradvis (Kinnarps, 2021). Bilde 3 under viser et bilde i fugleperspektiv av Carpe Diem. Som man ser på bildet så er det lagt opp til at byggene for det meste fungerer som inngjerdingen av landsbyen, dette er for å unngå å ha gjerder rundt et stort område slik at man mer får følelsen av at man er gjerdet inne.



Bilde 3: Bilde av Carpe Diem demenslandsby i fugleperspektiv. Kilde: <https://www.arkitektbedriftene.no/arets-helsebygg-2020>

Demenslandsbyen som ligger i Bærum består av 17 boenheter, her kaldt bokollektiv, 22 langtidsplasser delt i to med plass til 11 i hver gruppe hvor de har enerom med bad og de har 40 dagaktivitetsplasser fordelt på dag-/kveld- og helgeplasser. Til sammen er det 158 langtidsplasser (Bærum, Hentet: 2022).

Carpe Diem har tilbud for sine beboere som består av et stort grønt uteareal hvor det er mulig å gå tur og hvor det er grønnsaks- og blomsterhage, de har et grendehus med kafé, de har en dagligvarebutikk, de har en pub, de har klubber og aktivitetslokaler, de har frisør og massasje tilbud, de har helsetilbud som fysioterapi og treningslokaler, og de har mulighet til å leie lokale for familietreff, fester eller møter.

2.4 Hvor skal det bygges?

Norge er et relativt stort land i areal hvis man ser på innbyggertall. Landet strekker seg langt, noe som gjør at utenfor de store byene i Norge er det lange avstander mellom befolkningen. På flere plasser bor det ganske få innbyggere. I større byer i Norge vil ikke det bli noe problem å få fylt opp plassene som blir bygget i en demenslandsby, derfor er det også mulig å klare å drifte det. Det hjelper ikke bygge en demenslandsby i en liten bygd i Norge når det hverken er folk nok til å jobbe der, og etterspørselen etter plasser også varierer utrolig mye og er generelt ganske lav.

2.4.1 Kommunestørrelser

De kommunene som er av større størrelse vil det være enklere for å få bygget, driftet og fylt opp en demenslandsby. Ta eksempelvis de tre demenslandbyene som er bygget eller planlagt bygget i Norge, i Kristiansand, Bærum og Oslo, alle de tre ligger i områder som har en større befolkning, som igjen gir flere eldre med behov for en slik omsorgsplass. Men hva med de mindre kommunene? For eksempel Tinn kommune som opplever mye fraflytting og har hatt en reduksjon i innbyggertall over de siste årene (SSB, Hentet 2022). Innbyggertallet ligger på rundt 5500 personer. Antall personer med demens i kommunene vil ha en del å si for kostnader for bygging og drift, da kan antall brukere være viktig da det er en stor investering. Dermed kan det tenkes at det kreves et visst antall personer med demens i kommunen som skal ta det i bruk.

2.5 Andre muligheter for personer med demens

Siden forskjellene i kommunestørrelser vil ha en del å si for hvor det vil bli mulig å bygge demenslandsbyer er det viktig å se på alternativene som finnes for de kommunene som er mindre og som ikke har behovet for en hel landsby for personer med demens. Et annet alternativ som allerede finnes, er tilrettelagte enheter og forsterkede tilrettelagte enheter på sykehjem. Disse enhetene består ofte av færre personer, alt fra 2-12 personer. Tilrettelagte enheter på sykehjem er det i hele 91,8% av kommunene i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Selv om prosenten er høy, så er det for få plasser i snitt i kommunene. Derfor er det viktig at det bygges noe alternativ for personer med demens der hvor innbyggertallet er høyt og antallet personer med demens er høyt. I mindre kommuner er det kanskje ikke nødvendig å bygge ut en hel landsby, det holder kanskje å bare å bygge ut en tilrettelagt enhet på sykehjem. Dette er grunnen til at det er viktig å se på kommunestørrelsene, for å kartlegge hvor det vil være behov for en hel demenslandsby og hvor det eventuelt ikke er konstant høy nok etterspørsel etter langtidsplass for personer med demens.

2.6 Statens fremtidsplaner for eldreomsorgen

Eldreomsorgen i Norge er en stor del av den norske politikken i dag. Det er uenigheter i hvor mye av ressursene til staten som bør forvaltes inn i eldreomsorgen.

Staten er fornøyd med at folket blir eldre og lever lengre, samtidig viser dette også utfordringer. Jo flere som blir eldre desto høyere utgifter vil det være for staten innen

eldreomsorg, samtidig som det skal utbetales pensjoner. Staten kommer til å øke utgiftene sine samtidig som inntektene ikke vil klare å dekke gapet. Utfordringen med eldreomsorgen er kompleks, da regjeringen og stortinget kan sette kostnadsrammen for hvert enkelt fylke og kommune på hva de skal bruke innenfor eldreomsorg. Det er foresatt slik at det er fylke og kommunene sitt ansvar å gjennomføre samt bedre tilbudet til innbyggerne. Regjeringen representert av helseministeren skal riktignok overse at dette blir gjort samt følge det opp (Finansdepartementet, 2021).

Hvis man leser rapporten til riksrevisjonen «Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen» ser vi ganske så tydelig kritikk av stat og kommune (Riksrevisjonen, 2019).

Riksrevisjonen mener at grunnen til at tilbudet i dag ikke er godt nok, kan ses i sammenheng med at man ikke jobber nok med å utrede eller tilpasse eldreomsorgen. Staten og kommunene gjør mye, men det er for lite. Det forskes noe, men det er for smått. Skal man kunne ha en god eldreomsorg for alle eldre som måtte trenge det, er det viktig at staten og kommunene gjør sin del. Dvs. Man må hele tiden overvåke og kartlegge det som blir gjort for å kunne finne feil og mangler. Slik sett vil vi også kunne få en bedre eldreomsorg med god kvalitet. En eldre person med demens skal ikke bli tilbudt hjemmesykepleie som løsning. Man burde ha helt andre tiltak, som i tillegg bevarer livskvaliteten til den eldre. Det vil også kunne være krevende for sykepleieren som kommer på hjemmebesøk samt den med demens, og pårørende.

I tillegg burde man ha bedre oversikt over hvem som er samtykkekompetent og de som ikke er det. En som har demens, skal kanskje ha pårørende til å godta tilbudt den blir forelagt? Da de selv kanskje ikke er i stand til det.

2.6.1 Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldreomsorgen

Regjeringen kom med denne reformen «Leve hele livet» i 2017-2018. Det denne reformen handler om er at alle skal ha et liv verdt å leve, selv for de eldre i samfunnet som ikke lenger jobber. «Leve hele livet» handler om å forbedre omsorgstilbudet på 5 områder hvor de vet at tilbudet ofte svikter de eldre i dag, disse 5 områdene er:

- Et aldersvennlig Norge
- Aktivitet og fellesskap

- Mat og måltider
- Helsehjelp
- Sammenheng i tjenestene

Alle disse 5 områdene vil bli bedret for de med alvorlig demens om de har tilbud om plass i en demenslandsby. En demenslandsby vil legge til rette for et mer aldersvennlig Norge ved at de tar imot den delen av de eldre som har fått kraftig demens og som trenger å få en verdig slutt del av livet. Aktiviteter og fellesskap er noe en demenslandsby jobber for å få til ved å lage boenheter basert på interesser hos beboere og skape en aktivitetsplan som gir tilbud om forskjellige aktiviteter i landsbyen hver dag. Det er også en frihet for beboere å velge seg aktiviteter som å gå tur på området, dra på aktivitetsrommet hvor det er diverse aktiviteter, og det å kunne dra på bar og ta seg en øl eller et glass vin. Når det kommer til mat og måltider har en pasient i en demenslandsby tilgang til å dra på butikken selv, med hjelp av en egen sykepleier, for så å lage egen mat eller de kan gå på landsbyen sin egen restaurant. Helsehjelp er også til stede i demenslandsby, med sykepleiere som hjelper dem hver dag, men også et eget legekontor hvor de får dratt om det skal være noe spesielt eller om det bare er en rutinesjekk. En demenslandsby som har det meste av tjenester tilgjengelig vil automatisk ha mer sammenheng i tjenestene sine ettersom alt er til stede i landsbyen.

2.7 Pårørende

Når jeg velger å se på demenslandsbyer, er det viktig at jeg ser på utfallet for de som er rundt og, ikke kun personene med demens. Sykdomsforløpet starter som oftest flere år før personen med demens legges inn på en langtidsinstitusjon. Dette gjør at det er pårørende som er der å passer på. For mange blir dette en stor byrde og mye ekstra jobb. Det finnes avlastningstilbud i form av hjemmehjelp, dagtilbud og korttidsplasser. Dette er flotte tiltak når personen med demens fortsatt klarer å bo hjemme, problemet oppstår når det er et behov for døgn pleie. Mange pårørende lar sin nærmeste som har fått diagnosen demens bo hjemme så lenge som mulig. Her er det mange som gjør alt for at en skal slippe å plassere sin næreste på sykehjem. Ofte er grunnen til at pårørende prøver å unngå å plassere på sykehjem er fordi de føler at det ikke er det beste stedet for dem å leve ut resten av livet. Hvor mye vil demenslandsbyer påvirke personene med demens sine pårørende?

3. Teori

3.1 Analyse metoder

I denne oppgaven her ønsker jeg å analysere demenslandbyer. Det finnes mange forskjellige metoder for å gjøre en analyse. De jeg har valgt er å gå inn på er SWOT analyse, økonomisk analyse og så har jeg valgt å se på mini-metodevurdering.

3.1.1 SWOT analyse

SWOT analyse er en metode som brukes for å enkelt få en oversikt over det man skal analysere. I dette tilfelle er det demenslandsbyer. SWOT er sammensatt av fire deler, derav de fire bokstavene. Disse står for på engelsk; Strengths, Weaknesses, Opportunities og Treats. På norsk oversettes dette enkelt til styrker, svakheter, muligheter og trusler. Ved å se på disse fire aspektene vil man få en rask og enkel oversikt over hvordan markedet ser ut, altså hvordan stiller det du ser på seg i forhold til markedet. En demenslandsby vil jo ha sine styrker og svakheter, men det er også viktig å se på mulighetene og truslene dette vil ha.

3.1.2 Økonomisk analyse

Meningen med en økonomisk analyse er å vise til det beste valget når det finnes flere alternativer for en pasientgruppe. Så ønsket med å gjøre en slik økonomisk analyse av demenslandsbyer versus vanlige sykehjem er å finne ut om det er mer lønnsomt. Det jeg legger i ordet lønnsomt er kostnadene, men også livskvaliteten til pasientgruppen.

3.1.2.1 *Kostnader*

Den første delen av en kostnadseffektivitetsanalyse er kostnader. Kostnader kan være mye forskjellig. Det kan være kostnader for drift, kostnader for bygging, kostnader for arbeidere og eller kostnader for pasienter. Det som er viktig å se på når man ser på kostnadene i en kostnadseffektivitets analyse er å beregne alle kostnader som gjelder for det man ønsker å ta en kostnadseffektivitetsanalyse av.

3.1.2.2 *Helseutfall*

Den andre delen av en kostnadseffektivitetsanalyse er effektivitet, også kaldt nytten. I en helseøkonomisk kostnadseffektivitetsanalyse er det vanlig å se på helseutfall som effekt. Den vanligste måleenheten på helseutfall innenfor helseøkonomisk vurdering er QALY, Quality adjusted life years (Drummond et al., 2015). Det at QALY er blitt en standard å bruke innenfor helseøkonomi gjør at det blir lettere å se på helseutfall som noe konkret da det kan

være mye forskjellig. Det går også an å bruke andre måleenheter for effekten, men vanligste er QALY når det er snakk om effekt som livskvalitet.

Men hva er effektivitet i denne sammenhengen? Det jeg har bestemt meg for å bruke for å måle effekt er livskvaliteten hos de demente. Det hadde også vært mulig å se på progresjonen av sykdommen eller dødelighet, men målingen av dette blir for vanskelig å slå fast i og med at det er såpass store forskjeller mellom individer. Det å se på livskvaliteten gjør også at jeg kan finne ut av om det er bedre og gir et bedre liv for personer med demens om de er i en demenslandsby fremfor et sykehjem. Livskvaliteten hos de demente vil da være mitt hovedfokus ved måling av effekt.

3.1.2.1 Livskvaliteten til demente

Livskvaliteten til en med demens må måles på en annen måte enn for personer som ikke har demens. Derfor er det laget egne tester for å måle livskvaliteten til personer med demens, men siden det er mer avansert med personer med demens finnes det derfor ingen metode som utpeker seg til å være den beste. Dette betyr at det er ingen av metodene for måling av livskvalitet hos demente som er satt som standard (Graske et al., 2012). De ulike metodene jeg vil se på i denne oppgaven, og som jeg fant mest relevante er QoL-AD og EQ-5D. Begge disse metodene er metoder hvor en tar en selv vurdering av egen helse- og velstands-tilstand.

QoL-AD

“Quality of life – Alzheimer disease” som er en metode brukt for å måle livskvaliteten til personer med demens. «QoL» er en veldig vanlig måte å måle livskvalitet hos mennesker, men når det kommer til de som er demente har de gjort justeringer på målingen. «QoL» skal personen selv sette av hvordan livskvaliteten er i forskjellige scenarioer. Denne metoden er en av de beste når det kommer til å måle livskvaliteten hos mennesker, hvor de selv fyller ut svarene (Torisson et al., 2016). Skjemaet som blir brukt når undersøkelsen blir gjort inneholder 13 spørsmål som handler om hvordan de opplever aspekter ved livet deres, hvor de skal svare en av fire alternativer som er dårlig, akseptabelt, bra og veldig bra. Ut ifra denne vil de få en score som indikerer hvor bra livskvaliteten deres er. Dårlig gir 1 poeng og veldig bra gir 4 poeng, så poengsummen hos personene som blir intervjuet er mellom 13 og 52, og hvor nærmere personen er en score på 52 jo bedre tilsier QoL-AD at livskvaliteten til personen er (Torisson et al., 2016).

UWMC/ADPR/QOL Aging and Dementia: Quality of Life in AD Quality of Life:AD (Participant Version)					Score (for clinician's use only)
ID Number □□□□□□	Assessment Number □□	Interview Date □□ □□ □□ Month Day Year			
Instructions: Interviewer administer according to standard instructions. Circle your responses.					
1. Physical health	Poor	Fair	Good	Excellent	
2. Energy	Poor	Fair	Good	Excellent	
3. Mood	Poor	Fair	Good	Excellent	
4. Living situation	Poor	Fair	Good	Excellent	
5. Memory	Poor	Fair	Good	Excellent	
6. Family	Poor	Fair	Good	Excellent	
7. Marriage	Poor	Fair	Good	Excellent	
8. Friends	Poor	Fair	Good	Excellent	
9. Self as a whole	Poor	Fair	Good	Excellent	
10. Ability to do chores around the house	Poor	Fair	Good	Excellent	
11. Ability to do things for fun	Poor	Fair	Good	Excellent	
12. Money	Poor	Fair	Good	Excellent	
13. Life as a whole	Poor	Fair	Good	Excellent	
Comments: _____ _____					Total

Figur 4: Eksempel på et QoL-AD spørreskjema. Kilde: <https://www.cogsclub.org.uk/professionals/files/QOL-AD.pdf>

EQ-5D

EQ-5D er også en metode hvor pasienten selv bedømmer hvordan de har det ut ifra flere kategorier med en skala, som til slutt kan indikere hvordan livskvaliteten til pasienten er. Det er da 5 kategorier eller dimensjoner med forskjellige aspekter av helse relaterte QoL.

Personen med demens vil få et skjema hvor de selv skal fylle inn hvordan de har det i de forskjellige dimensjonene som er mobilitet, egenomsorg, smerte/ubehag, vanlige aktiviteter og angst/depresjon. Skjemaet gir de mulighet til å markere mellom 0 og 100 hvordan de føler de har det i de forskjellige kategoriene, dette er kalt VAS (visual analogue scale) (Orgeta et al., 2015). Demens er en sykdom som varierer veldig i grad, fra mild til alvorlig demens, så er det ofte at man mener at tallene på EQ-5D kun fra personen med demens ikke gir et sikkert nok resultat. Derfor bruker man gjerne familiemedlemmer eller pleiere til å gi et estimat for dem enten i tillegg eller istedenfor selv-evaluering (Orgeta et al., 2015).

3.1.3 Mini-metodevurdering

Mini-metodevurdering er et beslutningsverktøy for sykehusene. Mini-metodevurderingen blir tatt i bruk når sykehusene ønsker å ta i bruk en ny metode. Med metoder menes da alle tiltak

som finnes innenfor helsetjenesten, som for eksempel diagnostiske tester, medisinske prosedyrer, medisinsk utstyr eller organisatoriske tiltak. Med ny metode her menes metoder som ikke har blitt brukt utenfor klinisk utprøving i Norge, kun vært brukt på en håndfull pasienter eller ved ny bruk av en eksisterende metode. Grunnen til å bruke mini-metodevurdering er for å gi et bedre grunnlag for riktige beslutninger innenfor metoder i sykehusene, og eventuell riktig utfasing av eksisterende metoder. Mini-metodevurdering brukes i sammenheng med sykehusets strategi, organisering, økonomi og praksis. Eksempler på spørsmål som skal besvares i et mini-metodevurderingsskjema er «hva er effekt av den nye metoden opp mot den som allerede eksisterer?» og «hva koster innføring og drift?» (Helsebiblioteket.no, 2022).

Mini-metodevurderingsskjemaet består av tre deler. Del 1 som er hoveddelen og vurderer den aktuelle nye metoden, denne delen skal skrives av en fagperson med relevant klinisk kompetanse, forskningsbibliotekar og en kontrollør. I denne delen skal litteratur gjennomgås og undersøkes for å finne og vurdere effekt, sikkerhet, kostnader, organisatoriske konsekvenser og etiske sider ved implementering av den nye metoden. Del 2 består av fagfellevurdering av det som skrives i hoveddelen, del 1, og fylles ut av en ekstern fagfelle fra et annet, tilsvarende miljø. Siste del, del 3, er valgfritt å ta med i mini-metodevurdering. Den inneholder en samlet vurdering på om det er nok grunnlag for å besluttes til å iverksette den nye metoden, hvordan er innstillingen til beslutningstaker. Denne delen fylles ut av personen som forbereder saken for beslutning i sykehuset eller helseforetaket.

Mini-metodevurdering blir tatt i bruk når beslutningstaker eller fagpersonene er usikker på om den nye metoden har noe effekt og om den er sikker. Eller når det er viktig å evaluere om budsjettet er tilstrekkelig eller om det kan være noe organisatoriske konsekvenser. Det er ikke etablert noen klare krav for å anvende mini-metodevurdering. Det er to klare grunner til når du ikke skal anvende mini-metodevurdering. Den ene grunnen er om du allerede vet hvordan effekten og sikkerheten til den nye metoden er, som vil si du allerede har dokumentasjon som er evaluert på den nye metoden. Andre grunnen er om du eier ditt eget foretak hvor du ønsker å innføre ny metode, da trenger du heller ikke anvende mini-metodevurdering. Det er fortsatt mulig å kun anvende de økonomiske sidene av mini-metodeskjema om det skulle være til hjelp.

Det er noen problemstillinger som også ikke skal anvende mini-metodevurdering, og det er om det skal tas på nasjonalt nivå. Da skal det utarbeides en nasjonal metodevurdering, og da regnes ikke mini-metodevurdering som tilstrekkelig nok for en beslutning. Eksempler på metoder som skal tas på nasjonalt nivå er:

- De legemidlene som den norske spesialisthelsetjenesten finansierer
- Metoder som kan ha store konsekvenser for spesialisthelsetjenesten
- Metoder som er forbundet med høy risiko ved bruk
- Hvis ønsket er en mer omfattende helseøkonomisk evaluering
- Om man ønsker å være en nasjonal behandlingstjeneste og metoden inngår her

Etter at mini-metodevurdering er gjennomført kan man innføre den nye metoden om metodevurderingen avslørte at den har en akseptabel effekt og sikkerhet, og at den nye metoden lar seg innføre til en akseptabel kostnad (Helsebiblioteket.no, 2022).

4. Problemstilling og hypoteser

4.1 Problemstilling

Under hvilke betingelser vil demenslandsby være den foretrukne boform for eldre med demens – analyse basert på mini-metodevurdering?

4.2 Hypoteser og begrunnelser

1. En demenslandsby skaper høyere livskvalitet for demente i forhold til et vanlig sykehjem.
2. Kostnadene for å bygge og drive en demenslandsby vil ikke være mer kostbart enn å bygge og drive et sykehjem.
3. Det er lettere for pårørende med et tilbud om demenslandsby-plass for sine nærmeste.

Disse tre hypotesene er hovedfokuset i oppgaven min. Det er ønskelig å enten bekrefte eller avkrefte disse hypotesene for å se om demenslandsbyer burde bli en standard i Norge hvor alle som får kraftig demens kan få tilbud om en slik plass. Alle disse tre hypotesene er deler i en mini-metodevurdering, som gjør at en mini-metodevurdering vil gi svar på alle tre hypotesene.

1. hypotese består av det vi ser på som det største elementet i å kunne argumentere for å innføre demenslandsbyer som standard i Norge. Dette går på at livskvaliteten hos pasienten øker ved å bo i en demenslandsby, fremfor å bo i lukket avdeling på et sykehjem. Denne delen handler om effekten ved en demenslandsby.

2. hypotese er nok det som vil være et større fokus hos regjeringen, for her er det snakk om hva som er mulig å gi av budsjetter til en slik utbygging. Hvor mye vil det koste å drifte en demenslandsby? Vil det være mer kostnadseffektivt enn å drifte et tradisjonelt sykehjem? Det er ikke umulig å se bort fra at det er mulig å drifte en demenslandsby for de samme kostnadene av å drifte et sykehjem, men hva med utbyggingen?

3. hypotese går på å kunne betrygge de pårørende ved en beslutning om 24/7 omsorg hos sin nære. Det er en stor belastning for de pårørende i fasen før valget om å faktisk søke om omsorgsplass da det tar mye tid og krefter å passe på en som har kraftig demens. En demenslandsby vil kanskje være mer attraktivt å plassere sin nære, og vil derfor føre til tidligere innleggelse som igjen fører til en stor lettelse i overarbeid for de pårørende som kanskje har tatt på seg mye overarbeid for å gi omsorg.

4.3 Avgrensning av studien

Jeg har valgt å gjøre en del avgrensinger i oppgaven min, dette har jeg gjort av flere grunner. Nytte delen i analysen har jeg valgt å begrense til kun livskvaliteten til de demente, grunnet lite tidligere studier gjort om pårørende og pleiere. Det er også gjort lite studier om livskvaliteten til demente som bor i en demenslandsby versus de som bor på et sykehjem. Dette vil være en del av studien som jeg vil sterkt anbefale at det blir forsket videre på her i Norge nå som vi snart har tre demenslandsbyer hvor det kan gjøres forskning på akkurat dette.

5. Metode

Metoden for denne oppgaven blir et litteraturstudium ettersom jeg har valgt å ikke samle inn egen data, med vurdering av hvilke metoder som vil være lønnsomme å se på ved videre forskning på demenslandsbyer. Det jeg velger å gjøre er en kostnadseffektivitetsanalyse basert på tall fra SSB, estimerte budsjetter mottatt av tjenesteleder på Carpe Diem og en rapport laget av FHI som har samlet 6 randomiserte studier om bedre liv for personer med demens ved å bo i mindre boenheter. Mindre boenheter og mer aktiviteter i dagliglivet er det en person med demens vil oppleve i demenslandsby, derfor har jeg valgt å bruke denne rapporten

som mitt hovedfokus for å se hvordan endringen i livskvalitet kan bli hos en person med demens i en demenslandsby i forhold til et vanlig sykehjem, ettersom det ikke er blitt gjort så mye undersøkelser.

5.1 PICO

For å enkelt få en oversikt bruker jeg metoden PICO, patient, intervention, comparison og outcome. Patient er da pasientgruppe, altså målgruppen for studiet, i dette tilfellet er det da personer med kraftig demens. De som ikke lenger klarer å bo hjemme og må flytte inn på langtidsinstitusjon. Intervention som da oversetter til oppfinnelse, dette blir da den nye metoden som er demenslandsby. Comparison som er da komparator, i dette tilfellet er det tradisjonelle sykehjem eller omsorgsboliger med langtidsplass. Outcome er da resultat av oppfinnelsen, er det bedre livskvalitet hos personer med demens som bor i en demenslandsby fremfor et tradisjonelt sykehjem? Jeg vil i tillegg se om det kan være mer kostnadseffektivt men en demenslandsby.

Tabell 5.1 PICO satt inn i et skjema for enkel oversikt.

P	I	C	O
Patient	Intervention	Comparison	Outcome
Personer med demens i slutten av sykdomsforløpet, de som har størst behov for pleie og overvåkning 24/7.	Demenslandsby	Tradisjonelt sykehjem eller omsorgsbolig	Bedre livskvalitet hos de personer med demens

5.2 Kostnader

Kostnadene er delt i to. Den første delen er selve oppstartskostnadene, hva det koster å bygge en demenslandsby eller et sykehjem. Andre delen er hvor mye det koster å faktisk drifte det. Her velger jeg å se på hva det koster per pasient, for det vil være forskjeller på hvor mange pasienter de har kapasitet til å ta imot. Ved å ta per pasient er det lettere å se hva hver enkel omsorgsplass koster. Ved en økonomisk analyse blir det viktig å se på både demenslandsbyer som er den nye metoden, men det er også viktig å sammenligne med det eksisterende tilbudet som er tradisjonelle sykehjem.

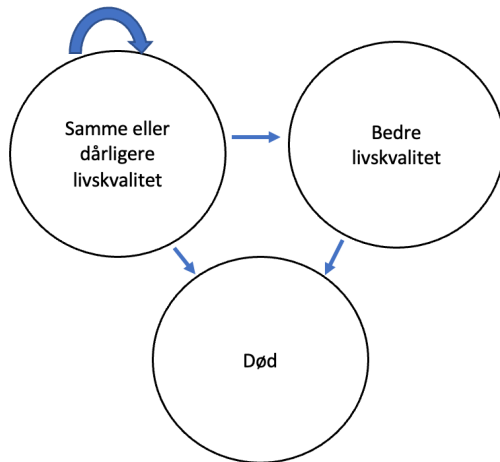
Carpe Diem, demenslandsbyen i Bærum kostet 735,5 millioner kroner å bygges (Schioldborg, 2022). Bærum kommune har kommet med en sluttrapport på året 2021 ved Carpe Diem demenslandsby. Her viser de til at de har beregnet driftskostnadene på omsorgstjenestene til å bli redusert med 20% sammenlignet med referansebygg, institusjonsplasser i 2015. Dette tilsvarer hele 18,7 millioner i året (Schioldborg, 2022).

5.3 Helsemål

I denne analysen velger jeg å se på nytten som livskvaliteten til pasienten. Etter mye søk etter studier gjort før har det dukket lite opp, grunnen til dette er at det er ikke blitt forsket nok på. Derfor er tallene jeg bruker usikre. Tallene jeg bruker til analysen min er tatt ut fra 6 forskjellige studier som er oppsummert av FHI i rapporten: «Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens» (Hestevik et al., 2022). Rapporten til FHI har brukt 6 randomiserte studier som har sett på effekten av annen type boform for personer med demens fremfor den tradisjonelle sykehjemsplassen. I disse studiene er det sett på sammenligning i endring av ADL (aktiviteter i dagliglivet), atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer, medikamentbruk, fall og påkjenning hos de pårørende. Disse studiene har ikke tatt noe høyde for det med måling av livskvaliteten hos de personer med demens, men de faktorene de har sett på vil spille en stor rolle på HRQoL, som er helserelatert livskvalitet (Orgeta et al., 2015).

Ettersom jeg ikke innhenter egen data, da grunnet ikke reelle tall fra demenslandsbyene som eksisterer i Norge fordi de ikke har vært i fullkommen drift enda. Både Carpe Diem og Strømmehaven ble ferdigstilt i løpet av COVID-19 pandemien og har dermed ikke hatt et år med fullverdig drift uten pandemi. Carpe Diem ble åpnet i starten av året 2021, og har kun vært åpent litt over ett år, men dette har vært uten fullverdig drift ettersom pandemien har hindret dette. Strømmehaven i Kristiansand sto også ferdig mens pandemien var pågående, denne demenslandsbyen sto ferdig høsten 2020 og har derfor heller ikke noen reelle tall å se på. Dette er også en av grunnene til at jeg ikke har valgt å selv samle inn data hos demenspasientene som bor i demenslandsbyen. Har derfor valgt å bruke tidligere studier sine tall som har sett på mindre boenheter som er mer hjemlige for demenspasienter enn det som er mer tradisjonelt i dag. FN sin rapport «Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens: en systematisk oversikt», der har de sett på 6 forskjellige studier gjort omhandlende mer moderne boformer for personer med demens versus den tradisjonelle boformen (Hestevik et al., 2022).

5.4 Modell



Figur 5: Markov-modell for en alvorlig demens som flytter inn i en demenslandsby.

Figur 5 viser en modell som er et eksempel på en Markov-modell som kan anvendes når man skal analysere en demenslandsby. Jeg har valgt å ikke bruke denne modellen, da jeg ikke har noe tall på sannsynligheten for å gå fra samme til samme, samme til bedre, samme til død eller bedre til død.

5.5 Data

I denne oppgaven har jeg valgt å ikke samle inn egen data som omhandler livskvaliteten til personer med demens. Grunnen til dette er at det er såpass komplisert at det er ikke bare å sende en undersøkelse til dem for å svare på, det er mer komplisert enn som så. For at jeg skulle hatt mulighet til å samle inn egen data måtte jeg tidsmessig hatt mer tid, slik at jeg kunne brukt mye tid på å samle informasjon om livskvalitet med hjelp av pleiere og nære, og både samlet inn fra de som bor i en demenslandsby, og fra kontrollgruppen som er de som bor på sykehjem.

Som sagt velger jeg å bruke FHI sin rapport: «Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens», som består av 6 randomiserte studier om mindre bokollektiv og aktivisert levemåte for personer for demens fremfor et vanlig sykehjem. Disse tallene brukes for å gi meg effektiviteten i en kostnadseffektivitetsanalyse. Kostnader for vanlig sykehjem fant jeg på ssb.no, hvor jeg så på hva en sykehjemsplass kostet i døgnet i gjennomsnitt i Bærum. Grunnen til at jeg ser spesifikt på Bærum er fordi jeg har fått noen estimat på kostnader for Carpe Diem demenslandsby som ligger i Bærum.

Tabell 5.2 Kostnader for tradisjonelt sykehjem og demenslandsby i Bærum kommune.

Kostnader Bærum	Kostnad bygging	Kostnad drift	Kostnad per pasient per døgn
Vanlig sykehjem			5008 kroner <small>(kilde: https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/baerum/helse-og-omsorgstjenester/checkbox_kostragruppe=true&checkbox_land-med-oslo=true&checkbox_fylkesgjennomsnitt=true&checkbox_vis_flere_regioner=true)</small>
Demenslandsby (Carpe Diem)	735 millioner kroner (kilde: Prosjektleder v/ Carpe Diem)	140 millioner kroner (kilde: Tjenesteleder v/ Carpe Diem)	2428 kroner

Rapporten til FHI «Demenslandsbyer og andre moderne boformer» fokuserer ikke på livskvaliteten når de måler velferden til beboerne (Hestevik et al., 2022). Det som disse 6 randomiserte studiene har undersøkt er:

- Aktivitet i dagliglivet (ADL)
- Adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer
- Medikamentbruk
- Fall
- Belastning hos pårørende

Rapporten velger jeg å bruke for å se på effekten av demenslandsbyer, da denne rapporten ser på effekten for personer med demens som bor på mindre boenheter akkurat slik som det er i en demenslandsby.

Valget av data falt også kun på å fokusere på personene med demens sin livskvalitet og kostnadene for en demenslandsby, har valgt å se bort fra livskvaliteten og nytten til pårørende og pleiere av samme grunn; tid. Dataen jeg har valgt å bruke for livskvalitet er i hovedsak hentet fra FHI sin rapport «Demenslandsbyer og andre moderne boformer». Det er usikkerheter som tilsier at det er vanskelig å si hvor mye bedre livskvaliteten til personer med demens vil bli i en demenslandsby, men ifølge rapporten er det en liten bedring i funksjonen som de studiene har sett på hos personer med demens. Ved bedringer i funksjonene personene med demens opplever i mindre boenheter, vil dette føre til en økning i livskvalitet.

5.6 SWOT

Ettersom det har vært lite studier gjort angående livskvaliteten hos personer med demens, og hvordan ulik boform kan ha en rolle å spille inn velger jeg å gjøre en SWOT analyse av demenslandsbyer. Dette er for å raskt presentere demenslandsbyer, og gi en liten oversikt. Her

får jeg vinklet frem det som er sett på som styrker og svakheter, men jeg får og sett på hva mulighetene er, og eventuelle trusler det står ovenfor.

5.7 Økonomisk analyse

Meningen med en økonomisk analyse er å vise til det beste valget når det finnes flere alternativer for en pasientgruppe. Så ønsket med å gjøre en slik økonomisk analyse av demenslandsbyer versus vanlige sykehjem er å finne ut om det er mer lønnsomt. Det jeg legger i ordet lønnsomt er både kostnadene, men også livskvaliteten til pasientgruppen. Vi har valgt å ikke samle inn egen data hos demenspasienter med tanke på at det ikke er noen demenslandsbyer i Norge som enda har hatt full drift, og det er en ganske komplisert prosess å samle inn data fra personer med demens. Derfor har vi valgt bort metodene QoL-AD og EQ-5D.

For å gjennomføre en økonomisk analyse av demenslandsbyer velger jeg å bruke den nasjonale veilederen til helsedirektoratet, «Økonomisk evaluering av helsetiltak» (Helsedirektoratet, 2012). Det å bygge demenslandsbyer fremfor vanlige sykehjem kan ses på som et helsetiltak for personer med kraftig demens.

Den nasjonale veilederen til helsedirektoratet deler det å gjøre en økonomisk evaluering inn i tre deler: målgruppens helsetilstand(alvorlighetsgrad), nytte og kostnader, og kostnadseffektivitet (Helsedirektoratet, 2012).

5.7.1 Kostnadseffektivitetsanalyse

Jeg har valgt å gjøre en kostnadseffektivitetsanalyse for å se om det er lønnsomt med demenslandbyer. En kostnadseffektivitetsanalyse består av to hoveddeler som blir målt opp mot hverandre, nemlig kostander og effektivitet. For å se etter forskjeller mellom vanlig sykehjem og en demenslandsby må jeg måle dette hos begge for å se hvor kostnadene er lavest i forhold til effekten. En måte å måle kostnadseffektivitet ved forskjellige kostnader er en enveis sensitivitets analyse. Her kan man legge inne forskjellige kostnader og måle opp mot en kostnad, for å se hvor lavt eller høyt kostnadene kan være før det lønner seg eller eventuelt hvor det ikke lønner seg lenger.

Ved å gjøre en enveis sensitivitets analyse får man opp tall på ICER som sier noe om det koster mer eller mindre enn et tradisjonelt sykehjem ved forskjellige kostnader på en demenslandsby.

5.7.2 Usikkerheter

Usikkerheter som er ved denne analysen, er de usikre kostnadene. Som sagt så har ingen demenslandsby i Norge vært oppe i full drift, så kostnadene for drift er ikke helt eksakte. Dette er også grunnen til at jeg har valgt å gjøre en enveis sensitivitets analyse med forskjellige kostnader per beboer for å se ved forskjellige kostnader om det er kostnadseffektivt eller ikke.

Det er også store usikkerheter når det kommer til effekten, altså helseutfallet, da jeg ikke har samlet inn noe data og det heller ikke eksisterer noe sikker data på om demenslandsbyer gir noe bedre livskvalitet.

5.8 Mini-metodevurdering

Jeg har valgt å se på om mini-metodevurdering kan brukes når jeg skal vurdere om demenslandsbyer er mer lønnsomme enn vanlige sykehjem. Grunnen til dette er at mini-metodevurdering kan avsløre om det er en effekt og sikkerhet, og om kostnadene er akseptable. Ved å fylle inn et mini-metodeskjema kan man kanskje lettere se om demenslandsby er en nye metode som burde innføres fremfor metoden som er i dag, sykehjem.

I et mini-metodevurderingsskjema del 1 så er det flere ting som må svares på. Jeg velger å skrive svarene fra hovedpunkter i mini-metodevurderingsskjema, for å se om mini-metodevurdering er noe som kan brukes når jeg ser på om demenslandsbyer bør innføres fremfor vanlig sykehjem. Det som mini-metodevurdering tar for seg er viktige aspekter når man ser på nye metoder. Vurderingsskjemaet tar for seg effekt og sikkert, samt at den ser på det økonomiske aspektet.

Formålet med utredningen av demenslandsbyer er vurdering av en eksisterende metode, demenslandsbyer. Det finnes allerede to ferdig bygde demenslandsbyer og en til som er under utbyggelse. Det mangler en vurdering av effekt og kostnader i en slik landsby, som derfor er formålet med denne mini-metodevurderingen. Spørsmål som det er særlig viktig å få belyst er effekt, sikkerhet og kostnader. I et mini-metodevurderingsskjema skal man også definere en PICO som gir en rask oversikt. PICO har jeg allerede definert i oppgaven, se kapittel 5.1. Det neste i skjemaet er beskrivelse av den nye metoden, kort fortalt er demenslandsbyer en ny metode i Norge for pasienter med kraftig demens som trenger langtidsplass. I en slik landsby vil de kunne gå fritt innenfor landsbyen, men ikke kunne gå ut siden dette ikke er sikkert for

personer med kraftig demens. Beboerne vil bo i forskjellige kollektiv, slik at enheten de bor på blir i en mindre skala. Det vil også eksistere noen enkeltplasser, om noen skulle ha behov for det ved for eksempel utagering og sinne. Disse enkeltplassene er derfor ikke langtidsplasser. Ønskelig utbytte ved å bytte til demenslandsbyer fremfor vanlige sykehjem er lavere kostnader og høyere effektivitet i form av helseutbytte. Status for bruk av metoden i Norge er to landsbyer som allerede er ferdig bygget og driften har kommet i gang, og en landsby som er i bygningsfasen. Norge har hentet inspirasjon fra Nederland, så det er en metode som brukes i andre land enn Norge og, men Norge har valgt å ikke følge deres metode til punkt og prikke da de mener det ikke egner seg å ha det 100% likt. Beskrivelse av dagens praksis er langtidsplass på eldreheim eller sykehjem. Her blir ofte personer med kraftig demens plassert på lukkede avdelinger hvor det er mye tomme korridorer og låste dører. Den nye metoden med demenslandsbyer vil nok komme i tillegg til egne demensavdelinger på sykehjem, dette handler om forskjeller i størrelser på kommuner i Norge, hvor det er stor forskjell i hvor mange personer med kraftig demens som finnes i de ulike kommunene som har behov for langtidsplass. Det hjelper ikke bygge en landsby om det kun er 5 til å bo der. Av metoder som brukes nå som bør fases ut så er det store avdelinger med ikke bare personer med kraftig demens, det er også viktig å gå over i mindre avdelinger om man skal fortsette med de eksisterende eldreheimene og sykehjemmene for personer med kraftig demens. Neste del av mini-metodevurderingsskjema er litteratursøk, som består av søk etter retningslinjer, søk etter systematiske oversikter over forskninger, søk etter primære studier, søk etter pågående og upubliserte verk og søk etter helseøkonomiske vurderinger. I denne delen ville studier som er gjort på personer med demens ved andre boformer enn vanlige sykehjem være nyttige, sånn som oversikten over de seks randomiserte studiene som er gjort ved mindre boenheter for demenspersoner som er laget av FHI (Hestevik et al., 2022). Neste delen i mini-metodevurderingsskjemaet så skal man fylle inn funnene som er i litteratursøket som er gjort. Her lager man også en rask oversikt over alt som er funnet ved å svare på noen spørsmål angående alle funnene, som for eksempel sikkerheten. Neste delen i mini-metodevurderingsskjemaet er økonomiske aspekter. Her skal investeringskostnader legges inn, og eventuelle andre kostnader og i dette tilfellet med demenslandsbyer er det viktig å se på hva driftskostnader er. Investeringskostnaden til Carpe Diem, demenslandsbyen i Bærum, var på 735,5 milliarder kroner (Schioldborg, 2022). Driftskostnadene var vanskeligere å få et riktig tall på, men fikk et estimert budsjett på 140 millioner i året. Dette skal settes opp mot gammel metode som i dette tilfellet er tradisjonelle sykehjem med langtidsplasser. Siste del på del en av mini-metodevurdering er oppsummering

og konklusjon, her skal den som skriver komme med en oppsummering og en konklusjon om dette er en ny metode som bør innføres.

6. Resultat

6.1 SWOT

Her er resultatet av SWOT analysen jeg gjorde.

6.1.1 Strengths – styrker

Styrkene til en demenslandsby er byggets visjoner om å være mer hjemlig og ha et stort fokus på frihet. Det skal være mulig for personene med demens å kunne styre mer sin egen hverdag. Utfallet av både en økonomisk analyse og mini-metodevurdering vil kunne gi et svar på om dette har styrker som sier at demenslandsbyer har større helsegevinst og/eller økonomisk gevinst fremfor tradisjonelle sykehjem.

6.1.2 Weaknesses – svakheter

Svakheter som også er belyst i leserinnlegg, handler om måten De Hogeweyk er bygget og at Norge henter sin inspirasjon herfra. Det at det skal bygges innelukkede egne landsbyer for en spesifikk sykdomsgruppe skaper segregering i samfunnet. Leserinnlegget belyste det faktum at å bygge egne landsbyer unna sivilisasjonen og der personer med demens har vært vandt til å bo minner veldig om hvordan boliger for psykiatriske og funksjonshemmede, som ble revet ned på 1970- og 1980-tallet. Disse institusjonene ble bygget utenfor byer for å holde dem for seg selv (Solbjørg & Gjærum, 2015).

6.1.3 Opportunities – muligheter

Velger å se på muligheter som andre mulige prosjekter for å legge til rette for personer med demens. Altså andre løsninger for bedre livskvaliteter om vi ikke skal bygge en demenslandsby. Er det sånn at det holder å bygge sykehjem hvor det er tilpasset mer for personer med demens, ved at de har mindre avdelinger og tilgang til flere servicetjenester. Forskjellen her blir jo at service tjenestene kommer til pasienten og ikke at pasienten kommer til servicen, eksempelvis frisøren kommer til deg på sykehjemmet mens i en demenslandsby må du ut av rommet og til frisøren sine lokaler for å bli klippet. Dette vil jo skape mer bevegelse hos pasienten, og pasienten vil nok være mer vandt til å måtte dra til frisøren fra dagliglivet enn at frisøren plutselig er der du bor. Det er også studier som viser til at aktivitet

hos en som er dement kan forebygge progresjonstempoet av sykdomsforløpet (Aldringoghelse.no, hentet 2022).

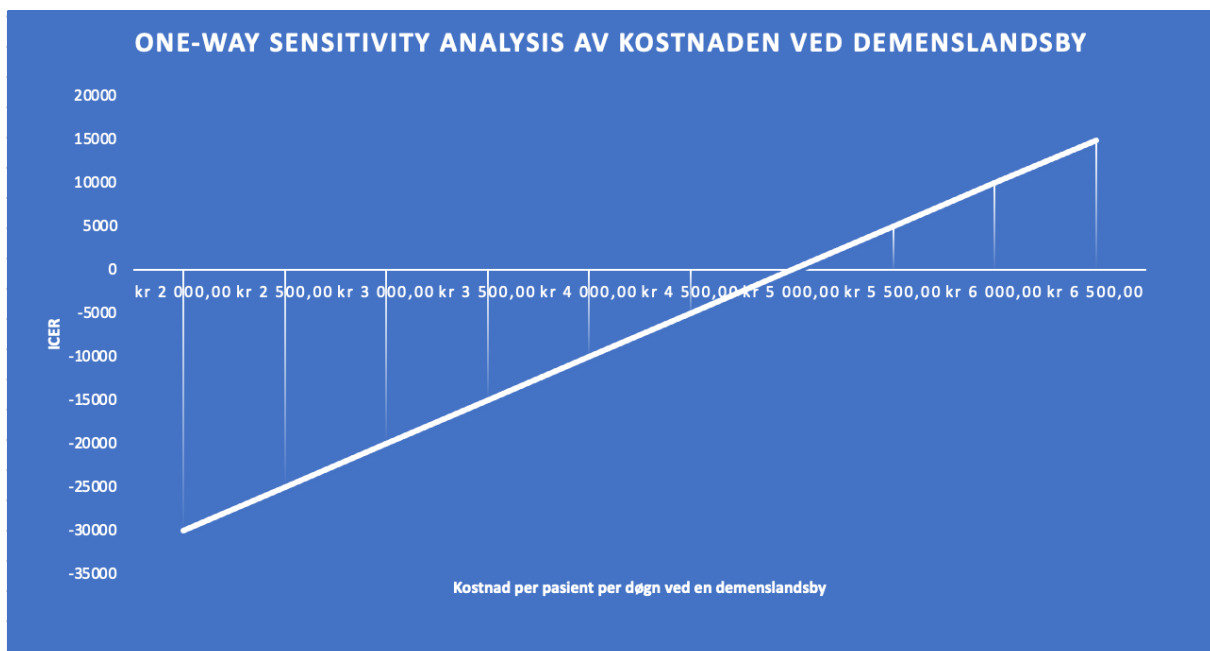
6.1.4 Threats - trusler

Trusler som en demenslandsby står ovenfor, er det som vil hindre dem fra å bygges. Eksempelvis ikke nok penger fra staten til å få lov til å bygge, ikke nok personer med demens i nærområdet til at det er et behov for utbygging og lite forskning til å forsvare om dette er et bedre bosted for personer med demens.

6.2 Resultat av økonomisk analyse

Resultatene av den økonomiske analysen som er utført, sett bort fra alle usikkerheter, tilsier at demenslandsbyer er mer kostnadseffektive i forhold til vanlige sykehjem. Dessverre kan man ikke bare se bort fra alle usikkerhetene, spesielt når de er så store og det er flere.

Med forskjellige døgnkostnader per pasient ved en demenslandsby, gjorde jeg en enveis sensitivitets analyse opp mot kostnaden av døgnplass på langtidsinstitusjon i Bærum, som er 5008 kr (SSB, 2022). I figur 6.1 ser jeg at ICER krysser kostnadslinjen (x-aksen) ved 5008kr, som tilsier at en demenslandsby vil være mer kostnadseffektiv ved døgnkostnader per pasient på under 5008kr.



Figur 6: Enveis sensitivitets analyse av døgnkostnader ved en demenslandsby

Delen som er i en startfase ved forskning er nytten ved en demenslandsby. Gir det bedre livskvalitet og om det gir det hvor stor er økningen?

Grunnen til at jeg valgte en enveis sensitivitets analyse er for å se hvordan ICERen blir ved andre kostnader for demenslandsby ettersom tallene jeg fikk kun var et estimert budsjett så gjelder det å vite hvor lave eller høye driftskostnadene må være for at det er effektivt eller ikke. For å måle kostnadseffektiviteten av en demenslandsby når både kostnadene og livskvaliteten er vanskelig å komme med eksakte tall har jeg valgt å gjøre en enveis sensitivitets analyse av de forskjellige kostnadene for en demenslandsby, hvor da det er målt opp mot kostnadene for et sykehjem i Bærum er satt til å komparator. Øverste linje i tabell 6.1 over viser til incremental cost og ICER med tall fått fra tjenesteleder ved Carpe Diem. Fikk et estimert driftsbudsjett for året på ca. 140 millioner, som jeg da delte på antall beboere som er 158 og så delte jeg på antall dager i året for å få hva det koster per person per døgn å bo i demenslandsbyen, som ble 2 428kr (140 millioner /158/365). Brukte kostnaden for sykehjemsplass i døgnet i Bærum som komparator for å finne incremental cost og ICER. Kostnaden for døgnet på sykehjem i Bærum er i snitt på 5008kr (SSB, 2022).

6.2 Resultat ved mini-metodevurdering

Ved bruk av mini-metodevurderingsskjema går det an å komme frem til om det vil være lurt å innføre demenslandsbyer som en ny metode for å plassere personer med demens på tradisjonelle sykehjem. Grunnen til at det går an å komme frem til en konklusjon på om demenslandsbyer vil lønne seg som en fremtidig metode for bygging av langtidsplasser for personer med demens er det at den går igjen flere store punkter som er viktig ved vurdering om den er mer lønnsom. Del 1 av mini-metode går gjennom beskrivelse av den nye metoden, beskrivelse av eksisterende metode, litteratursøk, effekt og sikkerhet, etikk, organisasjon og økonomiske aspekter. Mini-metodevurderingsskjema skal også ses over av flere fagfeller før det blir tatt en vurdering som dermed blir en god vurdering på om demenslandsbyer bør innføres. Og som jeg så ved den økonomiske analysen, hvor det var gjort en enveis sensitivitets analyse, så tilsier den at det vil være mulig å få en negativ ICER som vil det vil være en mer kostnadseffektiv metode enn det tradisjonelle sykehjemmet.

7. Diskusjon

Det har ikke vært noen stor forskning på om hvorvidt demenslandsbyer gir bedring i livskvaliteten til personene med demens. Det som er gjort av forskning som FHI sin rapport oppsummerer viser til store usikkerheter (Hestevik et al., 2022). Valget å se på mini-

metodevurdering er at det kan gi en god vurdering for å se om demenslandsbyer er en ny metode som bør innføres ved bygging av langtidsplasser i fremtiden. Mini-metodevurdering går gjennom alle usikkerheter og aspekter ved den nye metoden og kan gi en konklusjon om det vil være den nye metoden (demenslandsbyer) som er den lønnsomme.

Jeg har valgt å ikke samle inn egen data da dette er en komplisert prosess siden det er snakk om personer med demens, i tillegg til at det var ingen demenslandsby som har hatt full drift enda og som derfor kunne gi meg en riktig populasjon å se på.

Andre aspekter som også er mulig å se på ved demenslandsbyer fremfor tradisjonelle sykehjem er både de pårørende til personene med demens, men også sykepleierne og de andre som jobber med driften. Dette vil også være viktig å se på for om det vil være bedre å bygge demenslandsbyer fremover fremfor å bygge flere tradisjonelle sykehjem. For med den økende befolkningen, vil det måtte bygges flere sykehjem i Norge uansett for å holde tilbudet oppe i tritt med befolkningsveksten.

«Det at mor skal flytte inn hit kjennes lettere, nå som jeg har vært her og sett» sitat sagt om Carpe Diem demenslandsby (Bærum, Hentet: 2022). Dette sier noe om at det kan føles tryggere for pårørende å sende sine nære til en demenslandsby fremfor et sykehjem som inneholder mer tomme korridorer og stengte dører.

7.1 Tidsperspektiv

Grunnen til at jeg ikke har satt noe tidsperspektiv på analysene er fordi jeg ikke har hentet inn noe data selv hvor jeg har hatt mulighet til å sette inn et bestemt tidsperspektiv. Om jeg skulle ha gjort analysen, eller om noen andre har planer om å gjøre en slik analyse, ville jeg satt tidsperspektivet til 2 eller 3 år da snittet på levetid etter at en person med demens flytter inn på en langtidsplass er 2,4 år (Dolonen, 2017).

7.2 Kommunestørrelser

Antall eldre enn 59 år i Norge er 1 222 405 i 2020 (ssb.no), dette tilsvarer 22,7% av Norges befolkning på 5 379 000 mennesker. I følge FHI er hele 8% av den norske befolkningen som er over 59 år og har demens, og av de med demens så er det 2/3 som fortsatt bor hjemme (Strand et al., 2021).

Tabell 7.1 Antall personer med demens ut ifra kommunestørrelse

Antall innbyggere	Antall eldre (22,7%)	Antall demente (8%)	Antall demente på langtidsinstitusjon (1/3 av demente)	Antall kommuner
<1000	<227	<18	<6	24
1000 - 2000	227 - 454	18 - 36	6 - 12	53
2000 - 5000	454 - 1 135	36 - 90	12 - 30	97
5000 - 10 000	1 135 - 2 270	90 - 182	30 - 60	70
10 000 - 15 000	2 270 - 3 405	182 - 272	60 - 90	34
15 000 - 30 000	3 405 - 6 810	272 - 545	90 - 182	43
30 000 - 100 000	6 810 - 22 700	545 - 1 816	182 - 605	28
>100 000	>22 700	>1 816	>605	6 (uten Oslo)
Oslo: 697 000	158 219	12 658	4 219	1

Tabellen viser en oversikt over hvor mange personer med demens som bor på langtidsinstitusjoner etter hvor mange personer det er i kommunene. Her er det lettere å få oversikt over hvor det kan være aktuelt å faktisk bygge demenslandsbyer. Det går jo ikke å bygge en hel landsby om det er kun 15 stykker i kommunen som er personer med demens som trenger langtidsplass. Det kan derfor lønne seg å se på om det kun trengs mindre avdelinger på sykehjem for demenspasientene i kommunen, eller skal det være sånn at flere små kommuner samarbeider om en demenslandsby? Om det så blir at flere mindre kommuner samarbeider vil det bli lang reisevei for flere, dette er ikke ønskelig da ikke alle ønsker å sende sine nære langt vekk. Spesielt ikke når de har en slik diagnose som demens.

7.3 Problemstilling og hypoteser

Problemstillingen «Under hvilke betingelser vil demenslandsby være den foretrukne boform for eldre med demens – analyse basert på mini-metodevurdering?» er vanskelig å gi et bestemt svar på. For at det skal være mulig å gi et avgitt svar på dette må det utføres en mini-metodevurdering av demenslandsbyer. Dette har jeg ikke gjort ettersom det er for lite litteratur på det nå i dag, og at jeg ikke har mulighet til å gå gjennom det med en forskningsbiblotekar og en fagkyndig. Jeg har heller ingen fagfelle til å gå over den, denne prosessen ville tatt lenger tid enn jeg hadde. Det jeg ønsker er kun å anbefale en som skal

dypere inn i forskning på demenslandsbyer å vurdere å bruke mini-metodevurdering for å avgjøre om det er den foretrukne metoden.

7.3.1 Hypotese 1

«En demenslandsby skaper høyere livskvalitet for demente i forhold til et vanlig sykehjem» er den første hypotesen. Denne er vanskelig å bekrefte eller avkrefte etter mine analyser.

Grunnen til dette er som sagt at det finnes lite data om livskvaliteten til personer med demens når de bor i en demenslandsby versus et tradisjonelt sykehjem. Om det viser seg ved studier i fremtiden at det er en helsegevinst for personer med demens å bo slik som de gjør i en demenslandsby, vil en mini-metodevurdering avklare dette og det vil mest sannsynlig bli innført som ny metode ved fremtidig utbygginger av sykehjem. Problemet oppstår når vi da ser på de mindre kommunene hvor det er langt færre med alvorlig demens. Det vil derfor være viktig å finne alternativer til de mindre kommunene om hvordan det skal gjøres. Skal det drives interkommunalt samarbeid eller skal sykehjemmene i kommunene oppgradere og skape mer tilrettelagte enheter for personer med demens?

7.3.2 Hypotese 2

Hypotese 2 «Kostnadene for å bygge og drive en demenslandsby vil ikke være mer kostbart enn å bygge og drive et sykehjem», kan bekreftes om vi ser på sluttrapporten for Carpe Diem 2021 hvor det blir estimert at kostnadene ved drift vil reduseres med 20% som blir regnet ut til hele 18,7 millioner i året (Schioldborg, 2022). Det at Carpe Diem har dette som et estimert effektmål ved drift, kan ikke garantere at dette gjelder for alle demenslandsbyer som blir bygget, men det kan gi en indikasjon på det er mulig å effektivisere driften ved en demenslandsby. Det er også vanskelig å vite om effektiviseringen av driften også vil fungere i mindre kommuner hvor etterspørselen etter langtidsplasser for demente varierer veldig, og er generelt veldig lav.

7.3.3 Hypotese 3

Jeg har valgt å ikke undersøke så langt inn i hypotese 3 «det er lettere for pårørende med et tilbud om demenslandsby-plass for sine nærmeste». Grunnen til dette er at det igjen er lite forskning gjort om dette. Men ut ifra det man hører fra pårørende så virker det som at demenslandsbyer kan være et lettere alternativ å sende sine nære på fremfor et tradisjonelt sykehjem. Dette kan lette på belastningen til de pårørende, for det kan føre til at de sender de

på langtidsplass tidligere siden de føler de ikke tar fra dem det å kunne leve livet. Jeg kan ikke bekrefte dette da jeg ikke har noen forskning til å støtte meg.

7.5 Hvordan forske på dette videre? En anbefaling

Om jeg skulle forsket på dette videre hadde jeg ønsket å samle inn egen informasjon om livskvaliteten til de demente. Dette er for å få mer korrekte resultater, og kunne faktisk komme frem til en mer korrekt konklusjon. De tallene og dataene jeg har nå er veldig usikre, både fordi de forskningene jeg ser på fra FHI sin rapport «demenslandsbyer og andre moderne boformer» har veldig usikre resultat, men også fordi at de forskningene ikke har sett spesifikt på demenslandbyer (Hestevik et al., 2022). Kostnadsdelen som er samlet inn er også usikker da jeg kun har fått et estimat fra Carpe Diem om hva driften er budsjettert til for et år. Denne usikkerheten gjør at jeg ikke vet helt sikkert hva en plass i en demenslandsby koster i døgnet, noe som gjør det vanskelig å sammenligne det med kostnaden for et vanlig sykehjem. I denne oppgaven har jeg også sett bort fra å samle inn data fra pleiere og pårørende, disse spiller en stor rolle i personer med demens sitt liv. Derfor vil det nok lønne seg å se på hvordan nytte en demenslandsby vil ha både for de pårørende, men også pleierne som jobber der.

8. Konklusjon

Det er et økende behov i Norge å bygge flere sykehjem. Så spørsmålet er ikke om det må bygges ut mer, spørsmålet er om det vil være et bedre alternativ å bygge demenslandsbyer fremfor det som er tradisjonelle sykehjem i dag.

Demenslandsbyer i Norge er i en startfase. Derfor er det viktig å følge tett på de landsbyene som er allerede bygget i Norge, Strømmehaven og Carpe Diem. Ved å ta en dypere forskning av faktiske effekter av å la personer med demens bo slik som en demenslandsby er lagt opp, mer hjemlig og mer frihet. Om helsegevinsten er større her for personer med demens, da er det jo helt klart at det burde bygges demenslandsbyer i fremtiden fremfor det tradisjonelle sykehjemmet som er standarden i dag. Dette gjelder jo da for de kommunene som har stort nok antall innbyggere som gjør at etterspørselen etter plass i en demenslandsby alltid er stor nok slik at det vil være kostnadseffektivt å drifte det. Ved mindre kommuner hvor det ikke blir mulig å drifte en full demenslandsby, er det viktig at tilbudet til personer med demens fortsatt er god nok slik at de kan få et bedre liv å leve helt i slutfasen. Boenheter på sykehjem som er tilrettelagt for personer med demens er viktig da, hvor de også har tilgang til et tilrettelagt uteareal.

Med denne oppgaven i bakhold er det vanskelig å gi en konklusjon på om det er slik at det lønner seg å bygge demenslandsbyer fremover eller ikke. Hvis man bare skal ta denne oppgaven i betraktning uten noe mer studier til å bekrefte eller avkrefte ville min anbefaling vært å bygge flere demenslandsbyer, i tillegg til flere sykehjem. For en ting vet vi sikkert og det er at det er stort behov for flere langtidsplasser for eldre.

Mini-metodevurdering er en metode som helt klart er verdt å se på ved videre undersøkelse om demenslandsbyer er den foretrukne metoden for eldre med demens.

9. Kilder

- 2020 Alzheimer's disease facts and figures. (2020). *Alzheimers Dement*, 16(3), 391-460.
<https://doi.org/10.1002/alz.12068>
- Aldringoghelse.no. (hentet 2022). *Trening og annen fysisk aktivitet*.
<https://www.aldringoghelse.no/demens/a-leve-med-demens/trening-og-annen-fysisk-aktivitet/>
- Aldringoghelse.no. (hentet: 2022). *Dagaktivitetstilbud*.
https://www.aldringoghelse.no/demens/a-leve-med-demens/hverdagen-etter-diagnosen/dagaktivitetstilbud/?doing_wp_cron=1650963829.9233639240264892578125
- Bærum, K. (Hentet: 2022). *Carpe Diem demenslandsby*.
<https://www.baerum.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/sykehjem-og-omsorgsboliger/sykehjem-bo-og-behandlingscenter/demenslandsby/>
- Dolonen, K. A. (2017). *Store forskjeller i botid og levetid på sykehjem*.
<https://sykepleien.no/2017/11/store-forskjeller-i-botid-og-levetid-pa-sykehjem>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L. & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (Fourth edition. utg.). Oxford University Press. <https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.uio.no/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlymtfXzEyNTk5MTFfX0FO0?sid=4b586f09-263a-4552-9279-e9f639f2ae47@redis&vid=0&format=EB&rid=1>
- Finansdepartementet. (2021). *Langsiktige utfordringer som følge av en aldrende befolkning*.
https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_okonomi/bruk-av-oljepenger-/langsiktige-utfordringer-som-folge-av-en/id450473/
- FN. (2021). *Norge*. United Nations Association of Norway. <https://www.fn.no/Land/norge>
- Gleditsch, R. F., Thomas, M. J. & Syse, A. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020*. Statistisk Sentralbyrå. https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/422992?_ts=172798fae98
- Graske, J., Fischer, T., Kuhlmeier, A. & Wolf-Ostermann, K. (2012). Quality of life in dementia care--differences in quality of life measurements performed by residents with dementia and by nursing staff. *Aging Ment Health*, 16(7), 819-827.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2012.667782>
- Helsebiblioteket.no. (2019). Demens - hva er demens? *Helsebiblioteket*.
<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/alzheimers-sykdom-og-andre-typer-demens>
- Helsebiblioteket.no. (2022). *Om mini-metodevurdering og kriterier for bruk*. helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering/veileder>
- Helsedirektoratet. (2012). *Økonomisk evaluering av helsetiltak : en veileder*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018*. Helsedirektoratet.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens/pdf-versjon-av-rapporten/Nasjonal%20kartlegging%20av%20kommunenes%20tilrettelagte%20tjenestetilbud%20til%20personer%20med%20demens%202018.pdf/_attachment/inline/38239acb-7b47-400a-b3fc-bb8faecb4149:2916bc0079cf5ed74d7edae9e7530045a006d3e7/Nasjonal%20kartleg

- ging%20av%20kommunenenes%20tilrettelagte%20tjenestetilbud%20til%20personer%20Omed%20demens%202018.pdf
- Helsedirektoratet. (2021). *Sykdomsutvikling ved demens*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/sykdomsutvikling-ved-demens/>
- Hestevik, C. H., Rosness, T., Holte, H. H. & Bjerk, M. (2022). *Demenslandsbyer og andre moderne boformer for personer med demens: en systematisk oversikt*. FHI. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/demenslandsbyer-og-andre-moderne-boformer-for-personer-med-demens-rapport-2022.pdf>
- Kinnarps. (2021). *Carpe Diem Demenslandsby*. <https://www.kinnarps.no/inspirasjon/carpe-diem-demenslandsby/>
- Kristiansand, K. (2020). *Konseptbeskrivelse for Strømmehaven*.
<https://www.kristiansand.kommune.no/contentassets/95a5e538b1014be98c819f4676b37b1b/konseptbeskrivelse--10.09.2020-1.pdf>
- Kristiansand, K. (2021). *Reisen til Strømmehaven*. Midtveiskonferansen 2021,
<https://www.baerum.kommune.no/globalassets/om-barum-kommune/organisasjon/innovasjon-i-barum/midtveiskonferansen/2021.27.05--presentasjon-strommehaven-midtveiskonferanse-.pdf>
- Levehelelivet. (Hentet: 2022). *Idébanken Leve hele livet*.
<https://levehelelivet.utviklingscenter.no/idebanken>
- Orgeta, V., Edwards, R. T., Hounscome, B., Orrell, M. & Woods, B. (2015). The use of the EQ-5D as a measure of health-related quality of life in people with dementia and their carers. *Qual Life Res*, 24(2), 315-324. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0770-0>
- Pedro, C., Duarte, M., Jorge, B. & Freitas, D. (2020). 440 - Dementia villages: rethinking dementia care. *Int. Psychogeriatr*, 32(S1), 158-158.
<https://doi.org/10.1017/S1041610220002926>
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., Gomez-Garcia, W., Harding, R., Khan, Q. T., Larkin, P., Leng, M., Luyirika, E., Marston, J., Moine, S., Osman, H., Pettus, K., Puchalski, C., Rajagopal, M. R., Spence, D., Spruijt, O., Venkateswaran, C., Wee, B., Woodruff, R., Yong, J. & Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*, 60(4), 754-764.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>
- Russ, T. C., Stamatakis, E., Hamer, M., Starr, J. M., Kivimäki, M. & Batty, G. D. (2013). Socioeconomic status as a risk factor for dementia death: individual participant meta-analysis of 86 508 men and women from the UK. *Br J Psychiatry*, 203(1), 10-17.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119479>
- Ræder, J. (2012). Er eldrebølgen på vei inn i sykehusene? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 132(23), 2582-2582. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1353>
- Røen, I., Kirkevold, Ø., Testad, I., Selbæk, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2018). Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *Int. Psychogeriatr*, 30(9), 1279-1290.
<https://doi.org/10.1017/S1041610217002708>

- Schioldborg, V. (2022). *Sluttrapport - Carpe Diem demenslandsby*.
<https://www.baerum.kommune.no/innsyn/politikk/wfdocument.ashx?journalpostid=2020570270&dokid=5771885&versjon=2&variant=A&>
- Solbjørg, H. K. & Gjærum, R. G. (2015). Demenslandsbyer: Landsby-utvikling til bekymring. *sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2015/06/utstoting-og-fremmedgjoring>
- SSB. (2021). *Fakta om befolkningen*. <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>
- SSB. (2022). *KOSTRA - nøkkeltall Bærum*. Statistisk sentralbyrå.
https://www.ssb.no/kommunefakta/kostra/baerum/helse-og-omsorgstjenester?checkbox_kostragruppe=true&checkbox_land-med-oslo=true&checkbox_fylkesgjennomsnitt=true&checkbox_vis_flere_regioner=true
- SSB. (Hentet 2022). *Tinn (Vestfold og Telemark)*. <https://www.ssb.no/kommunefakta/tinn>
- Strand, B. H., Knapkog, A.-B., Persson, K., Edwin, T. H., Amland, R., Mjørud, M., Bjertness, E., Engedal, K. & Selbæk, G. (2018). Survival and years of life lost in various aetiologies of dementia, mild cognitive impairment (MCI) and subjective cognitive decline (SCD) in Norway. *PLoS One*, 13(9), e0204436-e0204436.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204436>
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021). *Demens*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Torisson, G., Stavenow, L., Minthon, L. & Londos, E. (2016). Reliability, validity and clinical correlates of the Quality of Life in Alzheimer's disease (QoL-AD) scale in medical inpatients. *Health Qual Life Outcomes*, 14(1), 90-90. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0493-8>
- WHO. (2021). *Dementia*. World Health Organization. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>