

## Ældre og Omsorg

Udarbejdet af: Demenskonsulenterne i hjemmeplejen september 2018

## Godkendt i Topledergruppen

Ansvarlig: Heidi Pihl

Revideret:

Revideres senest: Juli 2021

<b>Instruks vedrørende: Forløbskoordination demens i hjemmeplejen</b>	
<b>Målgruppe</b>	Demenskonsulenter i hjemmeplejen
<b>Formål</b>	At den tværfaglige og tværsektorielle indsats i forhold til borgeren med demens er koordineret, at der er sammenhæng i indsatsen og at borgerens muligheder for egenomsorg understøttes, jf. Forløbsprogram for demens.
<b>Mål</b>	<p>Borgeren er udredt for demens, og Hukommelsesklinikken har afsluttet deres funktion som forløbskoordinator, jf. Forløbsprogram for demens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Borgeren har fået udpeget en kommunal forløbskoordinator</li> <li>• Borgeren, og evt. pårørende, er oplyst om, hvem der er borgerens Tovholder (egen læge) og Forløbskoordinator vedrørende demenssygdommen</li> <li>• Borgeren vurderes individuelt og visiteres til tilbud som er målrettet borgeren og familiens behov</li> <li>• Borgeren får støtte så adfærdsproblemer forebygges</li> <li>• Relevante samarbejdspartnere som nære pårørende, tværfaglige og tværsektorielle kolleger er inddraget i indsatsen omkring borgeren</li> <li>• Komplikationer til sygdommen forebygges så vidt mulig</li> <li>• Socialt sammenbrud forebygges</li> <li>• Unødvendige indlæggelser forebygges</li> </ul>
<b>Instruks</b>	<p>Demenskonsulenten er forløbskoordinator for borgere med demens, når forløbskoordinatorrollen er uddelegeret til hjemmeplejen</p> <p><b>Forløbskoordinators ansvar og opgaver:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansvar for koordineringen af den samlede sundhedsfaglige pleje og behandling. Borger oprettes med diagnose, udfyldt demensudredningsskema, samt planlagt årligt forløbskoordinationsbesøg.</li> <li>• Ansvar for vurdering af behov for social støtte, og tilbud om målrettede og meningsfulde aktiviteter til borgeren og familien, i rammer der tilgodeser borgerens behov. Det tilstræbes, at besøg planlægges i modsatte halvår af, hvor tovholderbesøg finder sted. Der oprettes og sendes en Med com korrespondance til tovholder med skriftligt notat efter forløbskoordinatorbesøget.</li> <li>• Ansvar for at pårørende støttes og vejledes under borgerens sygdomsforløb</li> </ul>

	<p>Er opmærksom på de pårørendes behov fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fællesskab med andre pårørende i en lignende situation</li> <li>• Aflastning i dagligdagen ved øget belastning eller sygdomsudvikling</li> <li>• Ansvar for at sikre opmærksomheden på borgerens retssikkerhed, ved at forebygge situationer hvor magtanvendelse (jf. Serviceloven) tages i brug.</li> <li>• Ansvar for at vejlede kollegaer i socialpædagogiske redskaber</li> <li>• Ansvar for at vejlede om fuldmagt/fremtidsfuldmagt</li> <li>• Ansvar for at vurdere behovet for værgemål, dets omfang, samt vejlede om værgemål. Forløbskoordinatoren kan ved behov være ansøger i forhold til en værgemålsansøgning.</li> <li>• Ansvar for at vurdere behov for hjælpemidler i forhold til demenssygdommen, samt implementering af disse</li> <li>• Ansvar for dokumentationen i Nexus i forhold til forløbskoordination</li> </ul> <p>Forløbskoordinatoren er ansvarlig for at handle, hvis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• borger udviser uhensigtsmæssig adfærd</li> <li>• der skal visiteres til GPS og vejledning af brug</li> <li>• der overvejes at søge værge til borgeren</li> <li>• der overvejes at søge anden bolig til borgeren</li> <li>• der skal søge om tilladelse til magtanvendelse</li> </ul> <p>Forløbskoordinator skal forvente, at Tovholder foretager Sundhedsfaglig opfølgning minimum 1 gang årligt, og sender skriftligt notat til Forløbskoordinatoren.</p> <p>Forløbskoordinatorens navn fremgår af skemaet Demensudredning</p> <p>Orienterer Tovholder om forløbskoordinators navn og telefonnummer</p>
<p><b>Referencer Kilder</b></p>	<p>Forløbsprogram for demens, Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden Oktober 2012</p>