

Bilag 1 til F1.4.1 Forløbskoordination demens på ældrecentrene

Beboer har en demens-diagnose Og hvad så?

Forløbskoordinator vælges i samråd mellem demenskonsulent, afdelingsleder og sygeplejerske.

Forløbsprogram

Formål:

- At den tværfaglige og tværsektorielle indsats i forhold til beboere med en demensdiagnose er koordineret, at der er sammenhæng i indsatsen og at beboerens muligheder for egenomsorg understøttes.
- At pårørende inddrages og tilbydes vejledning og støtte efter behov

Tovholder er altid en læge

- Region hovedstadens Hukommelsesklinikken / Ældrepsykiatrisk team eller
 - Beboerens praktiserende læge
- Vær opmærksom på aftalen, når beboeren afsluttes fx fra Hukommelsesklinikken.

Dokumenteres i "Generelle oplysninger - Helbredsoplysninger" sammen med diagnosen.
Kontaktoplysninger anføres under "Relationer / kontakter og basisoplysninger"- SOR
Kontakter
Beboer, og eventuelle pårørende, skal oplyses om hvem der har funktionen.

Opfølgning mindst én gang årligt, gerne sammen med pårørende, i f.t.

- Status på sygdomsforløb
- Evaluering og revurdering af fælles mål for indsatsen
- Kontrol af medicinsk behandling
- Vurdering af behov for social støtte
- Rådgivning af beboer og pårørende

Lægen sender efterfølgende notat i Korrespondancemeddelelse til relevante samarbejdspartnere (Demenskonsulent og beboerens afdeling).

Forløbskoordinator kan være:

- Hukommelsesklinikken / Ældrepsykiatrisk team
- Almen praksis
- Kommunen
 - Demenskonsulent
 - Sygeplejerske
 - Social-og sundhedsassistent med demensfaglige kompetencer

Navn og telefonnummer skal stå i Demensudredningsskema nederst.

Beboer og evt. pårørende skal oplyses om hvem der har funktionen