

## Ældre og Omsorg

Udarbejdet af: Demenskonsulenterne i 2013

Godkendt i Topledergruppen: juni 2013

Ansvarlig: Marianne Strømsted

Revideres senest: marts 2024

Revideret: marts 2022

<b>Instruks:</b> Forløbskoordination demens på ældrecentre	
<b>Målgruppe</b>	Afdelingsledere, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i plejen på ældrecentre. Demenskonsulenter, Visitation og Udskrivningskoordinatorer.
<b>Formål</b>	At den tværfaglige og tværsektorielle indsats i forhold til beboerens demenssygdom er koordineret, at der er sammenhæng i indsatsen og at beboerens muligheder for egenomsorg understøttes, jf. Forløbsprogram for demens.
<b>Mål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beboeren er udredt for demens og stratificeret, jf. Forløbsprogram for demens</li> <li>• Beboeren vurderes individuelt og visiteres til tilbud som er målrettet beboeren.</li> <li>• Beboeren får socialpædagogisk støtte så adfærdsproblemer forebygges.</li> <li>• Beboeren, og evt. pårørende, er oplyst om, hvem der er beboerens Tovholder og Forløbskoordinator vedrørende demenssygdommen.</li> <li>• Relevante tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere er inddraget i indsatsen omkring beboeren.</li> <li>• Komplikationer til sygdommen forebygges så vidt mulig.</li> <li>• Unødvendige indlæggelser forebygges.</li> <li>• Socialt sammenbrud forebygges.</li> </ul>
<b>Kompetencer</b>	<p><b>Se Bilag 1:</b> Forløbskoordination ældrecentre som skema</p> <p><b>Se Bilag 2:</b> Flowdiagram demensforløb RegionH</p> <p><b>Grundlæggende forudsætninger for at være Forløbskoordinator er:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uddannet Social- og sundhedsassistent med demensfaglige kompetencer</li> <li>• Sygeplejerske</li> </ul>
<b>Ansvar for tildeling af Forløbskoordinator</b>	<p><b>Demenskonsulenten</b> aftaler, i samarbejde med Afdelingslederen og sygeplejerske i afdelingen, hvem der skal være Forløbskoordinator for beboeren.</p> <p><b>Demenskonsulenten</b> er ansvarlig for at introducere Forløbskoordinatoren til opgaven. Undervisning tilrettelægges efter behov.</p>

<p><b>Forløbs-koordinatorens ansvar og opgaver</b></p>	<p><b>Forløbskoordinators ansvar.</b> Evt. i samarbejde med, eller efter aftale med Demenskonsulenten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansvar for <b>koordineringen</b> af den samlede sundhedsfaglige pleje og behandling.</li> <li>• Ansvar for vurdering af behov for <b>social støtte</b>, og tilbud om <b>målrettede og meningsfulde aktiviteter</b> til beboeren, i rammer der tilgodeser beboerens behov. Dette skal gøres minimum hver tredje måned.</li> <li>• Ansvar for at beboeren får <b>socialpædagogisk støtte</b> ved behov, så adfærdsproblemer undgås.</li> <li>• Ansvar for at <b>vejlede</b> kollegaer i socialpædagogiske redskaber, evt. i samarbejde med anden kyndig assistent / sygeplejerske/ Demenskonsulent.</li> <li>• Ansvar for at vurdere behov for <b>hjælpemidler</b> i forhold til demenssygdommen, samt implementering af disse, evt. i samarbejde med Demenskonsulenten.</li> <li>• Ansvar for at sikre opmærksomheden på beboernes <b>retssikkerhed</b>, ved at forebygge situationer hvor magtanvendelse tages i brug.</li> <li>• Ansvar for at underrette Demenskonsulent om benyttet magtanvendelse, eller behov for at søge om tilladelse til godkendt magtanvendelse. Se Instruks <i>Indberetning og ansøgning om Magtanvendelse</i></li> <li>• Ansvar for at inddrage Demenskonsulent ved tvivlspørgsmål omkring borgers økonomiske forhold, mhp vurdering af behov for værge. Vurderes der behov for værgemål: Se Instruks <i>Etablering af værgemål i Brøndby</i></li> </ul>
<p><b>Dokumentation</b></p>	<p><b>Demensudredningsskema</b> udfyldes som udgangspunkt af Demenskonsulent. Navn på <b>Forløbskoordinator</b> fremgår nederst i skemaet.</p> <p><b>Forløbskoordinatoren har ansvaret for dokumentationen</b> i den elektroniske journal. Se Bilag 1 - skema vedrørende dokumentation.</p> <p><b>Der oprettes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevant <b>Tilstand</b> i Nexus. Borger vil oftest have <i>Kognitive problemer</i> Beskriv og evaluer i det faglige notat</li> <li>- <b>Indsatsen Forløbskoordinering Demens</b></li> <li>- <b>Indsatsmål</b> + opfølgingsdato for evaluering</li> </ul>

<p><b>Demenskonsulent og samarbejdet med Ældrepsykiatrien</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Handlingsanvisning</b> - her beskrives hvilken plan der lagt, mhp på at sikre sammenhæng i den tværfaglige indsats fx aftaler om opfølgning med tovholder</li> <li>- <b>Aftalerne/planen dokumenteres</b> i <i>Referat af Opsøgende hjemmebesøg med egen læge</i>, og relateres til relevant tilstand.</li> <li>- Navn og kontaktoplysninger på <b>tovholder</b> noteres under ”<b>Generelle oplysninger - Helbredsoplysninger</b>” Beboer og pårørende skal oplyses hvem der har funktionen.</li> <li>- Forløbskoordinator skal løbende ajourføre oplysningerne i <b>Døgnrytmeplan, Generelle oplysninger, Tilstande, Indsatser, Indsatsmål og Handlingsanvisninger.</b></li> <li>- <b>Forløbskoordinator er ansvarlig</b>, sammen med sygeplejerske eller Demenskonsulent, <b>for at dokumentere resume og plan efter Beboerkonference i Sagsnotat med TAG BBK.</b> Se evt. lokal instruks <i>Beboerkonferencer</i></li> </ul> <p><b>Forløbskoordinator er ansvarlig for at kontakte Demenskonsulenten og sygeplejerske hvis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beboeren udviser uhensigtsmæssig adfærd, og <u>altid</u> før kontakt til Ældrepsykiatrisk team</li> <li>Se <b>Instruks Samarbejde mellem ældrecentrene og Ældrepsykiatrisk Team.</b> Der skal anvendes forberedelseskema før tilsyn</li> <li>○ Der skønnes behov for alarm- eller pejlesystemer</li> <li>○ Tilstanden forværres / ændres væsentligt</li> <li>○ Det overvejes at søge anden bolig til beboeren</li> </ul>
<p><b>Demenskonsulent og pårørende</b></p>	<p><b>Demenskonsulenten er opmærksom på de pårørendes behov fx:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Undervisning for bedre at kunne forstå sygdommen og hjælpe den demente</li> <li>○ Rådgivning og aflastning i dagligdagen</li> <li>○ Fællesskab med andre pårørende i en lignende situation</li> <li>○ Beboer og pårørende informeres om, hvem der varetager Tovholder og Forløbskoordinatorfunktionen</li> </ul>
<p><b>Samarbejdet med Tovholder og Pårørende</b></p>	<p><b>Samarbejdet med Tovholder og pårørende</b>, om den sundhedsfaglige opfølgning. Lægen indkalder beboeren til kontrol 3-6 mdr., efter afslutning fra hukommelsesklinikken. Opfølgning tilbydes herefter minimum 1 gang årligt. I takt med at sygdommen udvikler sig, bør informationsbehovet og dialogen kontinuerligt vurderes. Det kan være væsentlig at inddrage de pårørende.</p>

	<p>Lægen sender Medcom til afdelingen og der oprettes et referat af samtalen der gemmes fortløbende i ”Referat af Opsøgende/Opfølgende hjemmebesøg med egen læge” og relateres til Tilstanden</p> <p>”Lægens proaktive sundhedsfaglige opfølgning”, skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Status for sygdommens forløb</li> <li>○ Evaluering og revurdering af den fælles målsætning med indsatsen</li> <li>○ Kontrol af medicinsk behandling</li> <li>○ Vurdering af behov for social støtte</li> <li>○ Rådgivning af beboer og pårørende</li> </ul>
<p><b>Lovgrundlag</b> <b>Referencer</b> <b>Kilder</b></p>	<p>Forløbsprogram for demens, Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden- revideret 25. juni 2021 Instruks F1.4.5 Etablering af værgemål i Brøndby Instruks F1.4.6 Indberetning og ansøgning om Magtanvendelse</p>