



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

Østfold

Tiltakspakke demens Østfold

Et prosjekt i samarbeid med USHT Østfold, Fredrikstad,
Indre Østfold og Moss kommune

22/1-25 Rebecca Krogh

Bakgrunn

- En henvendelse fra Fredrikstad kommune
- Inspirert av tiltakspakke demens Oslo, 2021
- Aust-Agder, 2018
- Basert på bo lengst mulig i eget hjem
- Systematisere og kvalitetssikre oppfølgingen av hjemmesykepleien
- Hva er da behovet?



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

Østfold

Tiltakspakke demens

Veileder for systematisk oppfølging av hjemmeboende personer med demens



Tiltakspakke demens Oslo

Tiltakspakke demens:

4

- › Metode for systematisk oppfølging
- › En kontaktperson
- › Dokumentere
- › Verktøy
- › Samarbeidsaktører

Medbestemmelse og deltagelse

6

Informere om demens

7

Observere og vurdere:

- › Kognitiv funksjon 8
- › Psykisk funksjon 10
- › Rus 10
- › Væske og ernæring 11
- › Tannhelse/munnhygiene 12
- › Bevegelse og fysisk funksjon 13
- › Søvn og hvile 14
- › Personlig hygiene 15
- › Medisinsk oppfølging 16
- › Boforhold 21
- › Pårørende 22
- › Medicin og behandling 23

Prosjektmål

- Utarbeide en veileder for systematisk oppfølging av personer med demens
- Tiltakspakken skal være en arbeidsmetode for alle som arbeider med personer med demens og deres pårørende
- Tiltakspakken skal beskrive arbeidsoppgavene som skal følges opp i sykdomsforløpet
- Skal følge personen og kunne brukes for å skape forutsigbarhet også mellom tjenestene
- Anbefalingene skal være i tråd med Nasjonal faglig retningslinje demens



**Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

Østfold

Metode

- Ressursgruppe på tvers
- Prosjektleder USHT
- Workshop 12.05.24
- Nye Grindvold omsorgsboliger (Moss)
- 24 deltagere, ledere, ansatte, flere yrkesgrupper
- spørsmål laget av ressursgruppen

Hvordan ser tjenesten ut om 3 år når alt i prosjektet er på plass?	Hvilk <u>e</u> punkter/opg ønsker du at T.P. bør inneholde?	Hvordan bør opg. beskrives?	Hvor ofte tenker du at opg. bør følges opp	Hva blir hindringene for å nå drømmen	Hvordan kan T.P. sikre at pårørende blir involvert	Hva bør man gjøre for å sikre at denne T.P blir brukt i alle t <u>j</u> .
Spes. leger underviser fastleger	Overordnet koordinator	Konkretiseres	Hensiktsmessig at kartleggingen som er gjort følger med	Fastlegene er ikke med	Vurdere tilbud og behov, hva ønsker de selv	Prioritering
Team tidlig inn Informasjonsflyt	Min livshistorie	Forenklet	Revideres hvert halvår	Manglende ledelses forankring	Sett inn hvem pas vil ha som kontaktperson	Den bør være i kompetaseplan i alle t <u>j</u>
Flere ansatte i egne demensteam	Info. Om grunnleggende sykdom innsikt	Evaluering/oppfølging	Individuelt basert på utviklingen av sykdommen	Manglende prioritering i ledelse	Punkt om lovverk i forhold til dette	En del av normal opplæring
Demenskoordinator automatisk inn ved diagnose	Helse og omsorgsforvaltning/tildeling, involvering av tjenestene tidlig	Tiltakspakke basert på hvem du er: pasient, pårørende, ansatt	Basert på tjenestene man mottar	Personavhengig	Pårørende informasjon	Felles digital plattform
Integrert demensteam i ledelsen med ressurspersoner i	Fastlege involvering	Uten fremmedord Flere språk	Individuelt etter samtaler med pas og pårørende	Rigide systemer	Faste telefon og treffpunkter for pårørende	Tas opp og diskuteres jevnlig i avdeling, for eksempel på

Fremdriftsplan

Arbeider med levende dokument, kladd

Alle har tilgang og kan legge inn kommentarer

Kunnskapsbasert praksis

Hvor er det vi glipper, kunnskapshull?

Kunnskapsbasert praksis, hvor glipper vi?



Tidlig oppdagelse av endret somatisk tilstand



Samarbeid med pårørende

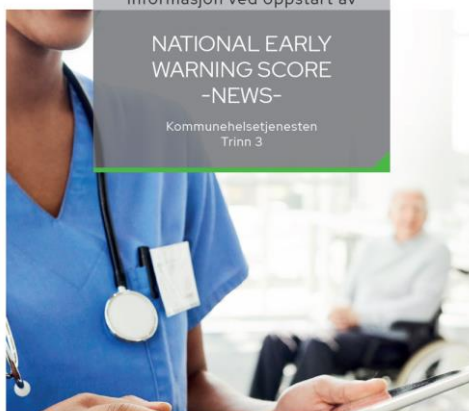


Psykisk helse ivaretagelse av pasient



Utrygghet og uforutsigbarhet

Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten



Informasjon ved oppstart av

NATIONAL EARLY WARNING SCORE -NEWS-

Kommunehelsetjenesten
Trinn 3

KlinObsKommune | En trinnvis modell for å styrke klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten

Fagkompendium

GRUNNLEGGENDE FERDIGHETER

Vitale målinger og handlingsberedskap
i ABCDE observasjoner
Trinn 1



UiO : Det medisinske fakultet



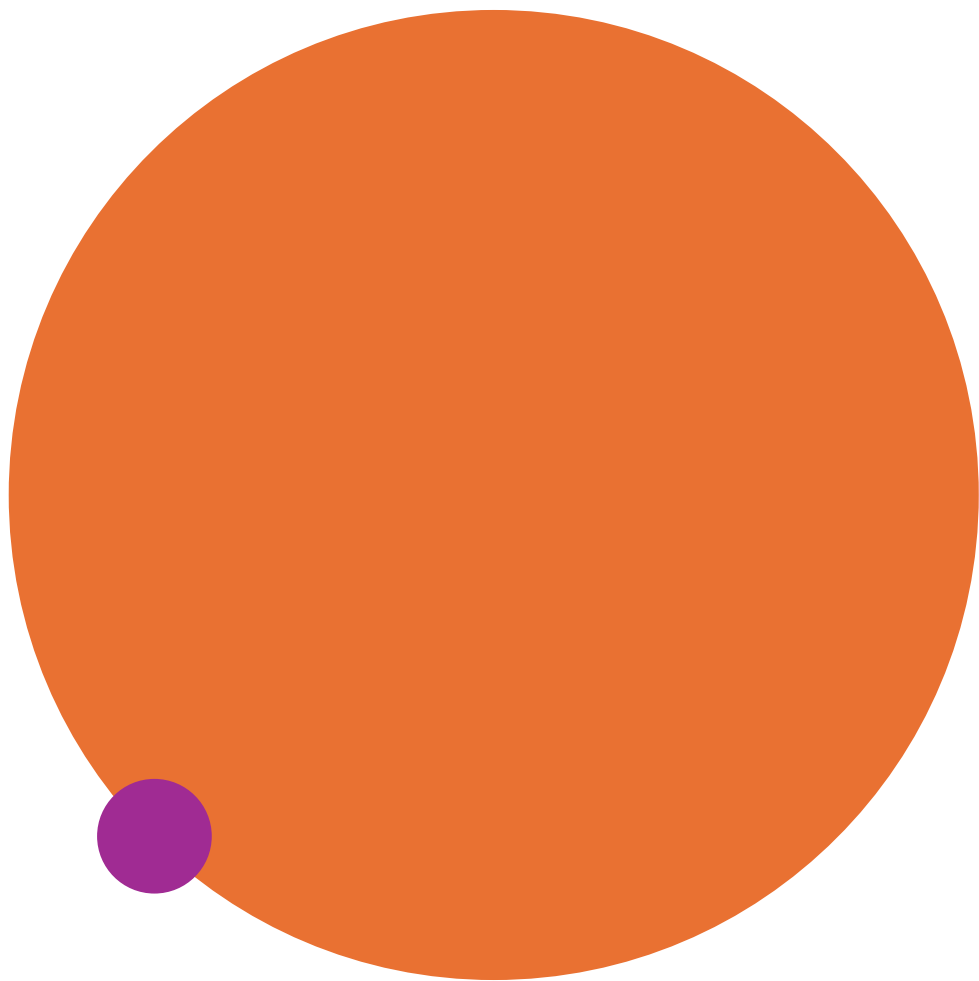
Veileder

Forhåndsamtaler; felles planlegging av
tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt
for pasienter på sykehjem



Hva innebærer tiltaksplan demens?

- 
- Medbestemmelse/ Personsentrert omsorg
 - Min livshistorie
 - Kognitiv funksjon
 - Samtykkekompetanse
 - Forhåndssamtale
 - Psykisk funksjon
 - Væske og ernæring
 - Tannhelse/munnhygiene
 - Bevegelse og fysisk funksjon
 - Søvn og hvile
 - Personlig hygiene



- **Eliminasjon**
- **Medisinsk oppfølging**
- **Smerter**
- **Syn og hørsel**
- **Boforhold**
- **Pårørende**
- **Hverdag med mening**
- **Økonomi**
- **Velferdsteknologi**
- **Kontaktpersoner**
- **Legemidler**



Sjekkliste

Hvem (gjør tiltaket)	Hva (beskrivelse av oppgavene)	Hvordan (tips)
Helsepersonell	Vurdering av endret helsetilstand	Ta en systematisk ABCDE vurdering av pasienten og gjør tiltak. Trinn 1: Grunnleggende ferdigheter (utviklingssenter.no)
Kontaktperson	Vurdere hva som er viktig for deg nå	La pasienten få være med å påvirke hverdagen sin
Kontaktperson	Administrering av medisiner	Kan pasienten ta ansvar for medisiner selv? Vurder behov for multidose, dosett, elektronisk medisin dispenser. Ikke glem å vurdere inhalasjons medisin
helsepersonell	Væske/ernæring	Ta vekt/BMI, dokumenteres i journal. Vurder risiko for underernæring med verktøyet MST Iverksett tiltak etter funn på MST Ved risiko for underernæring ta kontakt med fastlege. Sjekk kjøleskap se etter nok frisk mat. Vurder om pasienten trenger hjelp med å handle, lage mat eller smøre mat.



Ressurser

- [VEIVISER DEMENS](#)
- [DEMENSKARTET](#)
- [DEMENSPLAN 2025](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje om demens](#)
Helsedirektoratet. Demens. 2017.
- [Nasjonal kartlegging av kommunenes
tilrettelagte tjenestetilbud til personer med
demens 2018](#) Oslo: Helsedirektoratet, 2019.
- Pårørendeavtalen. Helsedirektoratet, 2024
- Nordisk rammeverk for pasientsikkerhet, 2024

Spørsmål?

Rebecca.krogh@io.kommune.no

