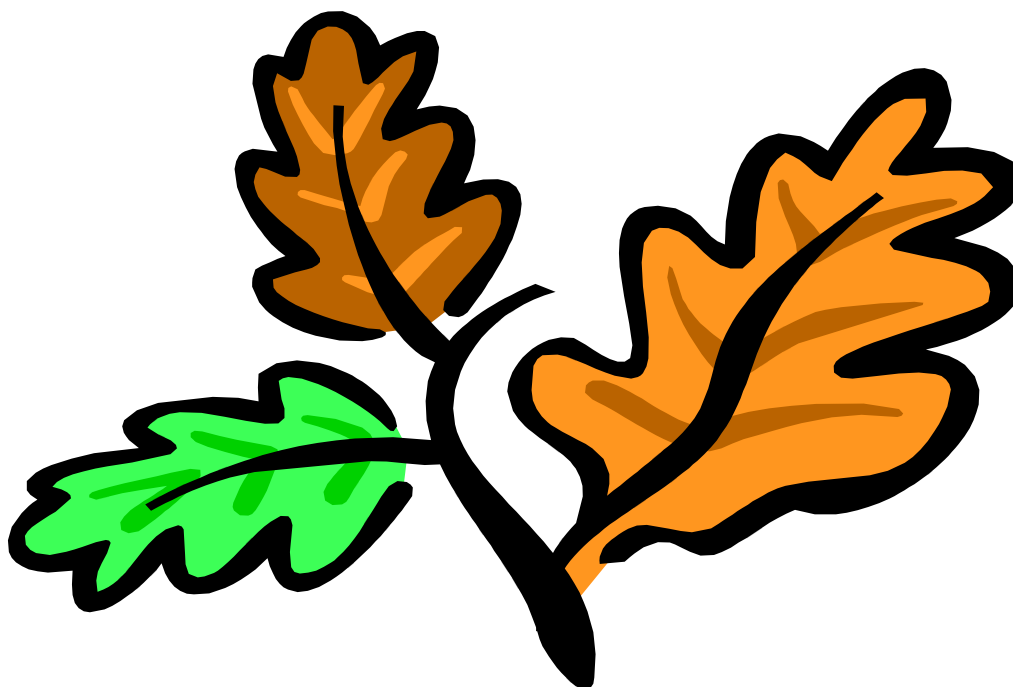


| | | | |
|---|--|---|--|
| Styringsdel: Pleie og omsorgstenesta | B.10.03/ 01 Medisinsk undersøking og behandling | Prosedyrar for å dekke brukaranes grunnleggande behov i Øygarden kommune. OMSORGSTRAPPE: Dementomsorgen / hukommelsesteamet | |
| Utarbeida av: Prosjektgruppe Sider: 12 Vedlegg: | Godkjent av: hukommelsesteamet v/ Bjørg Fjeldstad Marianne W. Berland | Godkjent av: Kv.utv Dato: august 2009 BJ. Landro Einingsleiar | Versjon: 1/09 Neste revisjon: April 2013 Ansvar for neste revisjon: B.J. Landro |



Tiltak for personer med demenssjukdom.

Omsorgstrappen

Referanse : ulike hukommelsesteam .

Innhold :

| | |
|---|------|
| Om omsorgstrappa i Øygarden..... | s. 2 |
| Definisjoner..... | s. 3 |
| Prosedyre for demensomsorgen i heimesjukepleien | s. 4 |
| Prosedyre for utredning/diagnostisering i Hukommelsesteamet.... | s. 5 |
| Prosedyre for dagtilbud for personer med demens..... | s. 9 |
| Prosedyre for korttidsopphold for personer med demens..... | s.10 |
| Prosedyre for demensomsorg i sjukeheim..... | s.11 |
| Kompetanseheving innen demensomsorg | s.12 |

Tiltakskjeden for personer med demens :

Kommunen har ca. 50 personer med demenssjukdom og statistisk vil det koma nye tilfelle på ca 5 .personar kvart år. Demenssjukdom kan ikkje kurerast, men om det blir satt inn riktige tiltak i tidleg fase av sjukdomen kan det oppretthaldast eit bedre funksjonsnivå over lengre tid.

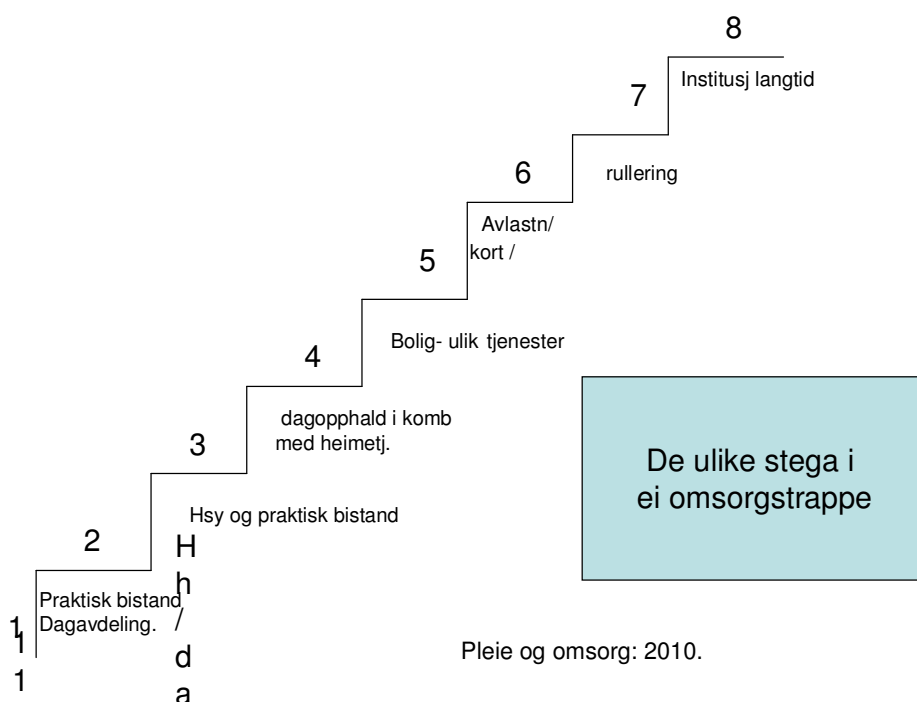
Pasienten kan bu lengre i heimen med bedre livskvalitet .

Ved å arbeida målrettet i hele omsorgskjeden vil vi kunne gi pasient og pårørende eit målrettet og forutsigbart tjenestetilbud.

Dette forutset eit fleksibelt tjenestetilbud og personale med kompetanse i demensomsorg.

Omsorgstrappen for demente er :

1. Utredning /diagnostisering .
2. Heimehjelp
- 3.Heimesjukepleie
4. Dagtilbud
5. Korttidsplass / avlastning i sjukeheim
6. Fast plass i sjukeheim –avdeling for demente



Pleie og omsorg: 2010.

13

Definisjoner

Primærkontakt :

Primærkontakten er ein pleiar som har hovudansvaret for brukar og den som har kontakt med pårørende. Primærkontakten bør vere en person i høg stillingsprosent.

Sekundærkontakt :

Har hovedansvar når primærkontakt ikkje er tilstede. Der primærkontakt er hjelpepleier eller omsorgsarbeider, må sekundærkontakten vere sykepleier.

Bakgrunnsopplysningsskjema/anamneseskjema :

Det er et dokument med opplysninger som pårørende, eller andre som kjenner brukar/beboer godt, fyller ut. Dokumentet skal vere ei hjelp til å ivareta brukar/beboer på ein best mogleg måte ut frå interesser, religiøs tilknytning, familie, vaner og bakgrunn.

Omsorgsplan :

Er et verktøy for alle som yter tjenester til brukar/beboer. I omsorgsplanen går det fram kva brukar mestrer sjølv, kva den enkelte trenger hjelp til, og korleis hjelpen skal utførast.

Omsorgsplanen skal sikre god kvalitet og forutsigbarhet i tjenestene.

Kommunikasjonsperm :

En perm som ligger hjemme hos brukar der hjelper og pårørende kan kommunisere beskjeder og avtaler. Boken kan også brukast til å skrive ned hendinger eller ting som brukar er opptatt av.

| | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------|-------------|
| Demensomsorg i Øygarden kommune | Utgave 1 : Dato : 10.10.2009 | Ersatter utgave /dato : | Side 1 av 2 |
| Heimesjukepleie | Godkjent m.tittel : | Utarbeidet av m/tittel : | Fil : |

Formål :

- Sikra at brukarane med demens opplever trygghet og forutsigbarhet, og at det er kvalitet over tjenesta som blir tildelt.
- Sikre at fysiske, psykiske, sosiale og åndelige forhold blir ivaretatt.
- Sikre et godt samarbeid med pårørende.

Bruksområde :

- Brukast av hjelpepleiar ,omsorgsarbeidar,sjukepleiar og andre som gjer helsetjenester i heimen.
-

Ansvar :

- Fagansvarlig på tjenestestaden har ansvar for å halda prosedyren oppdatert.
- Primærkontakt og sekundærkontakt har ansvar for oppfølging av bruker og pårørende.

Definisjoner :

- Se felles definisjoner :
- Primærkontakt, sekundærkontakt, bakgrunnsopplysninger, omsorgsplan, kommunikasjonsperm.

Handling :

- Den som fordeler arbeidsoppgaver må tilstreve at brukar med demenssjukdom i størst mulig grad mottar hjelp fra dei samme hjelpearane. Vi må se til at hjelpen blir gitt på ein mest mulig lik måte, alle må følgja ein plan. Dette er viktig for å oppnå god kvalitet med mest mulig forutsigbarhet og trygghet for bruker og pårørende.
- Primærkontakt bør være en person i høg stillingsprosent med kompetanse innen demensomsorg.

Primærkontakten sine oppgaver :

- Innhenta bakgrunnsopplysninger
- Lage omsorgsplan for bruker
- Sjå på sikkerhet i heimen ,ev.formidla søknad om hjelpemidler
- Kontakt med pårørende. Kalle inn til møter med pårørende.
- Kontakt med andre faggrupper
- Orienterer om andre hjelpetilbud og hjelpe med søknad til disse.
- Registrere/oppdatere IPLOS.
- Skrive/oppdatere sjukepleierapport (ev. i samarbeid m.sjukepleier)
- Kontakt med lege (ev. isamarbeid m.sjukepleier)
- Registrere/ oppdatere diagnoser i fagsystemet (sykepleier)
- Kontakt med sjukehus (sykepleier)

Alle hjelpere :

- Alle har ansvar for å skrive i kommunikasjonsboken.
- Alle har dokumentasjonsplikt i fagsystemet
- Alle har ansvar for å halde seg oppdatert om den enkelte bruker.

Samarbeid :

Heimesjukepleien har eit tverrfaglig samarbeid med dagavdelingen institusjonen, fysio/ergoterapiavd, psykiatritjenesten, fastlegen hukommelsesteamet,frivillighetssentralen m.m.

Referanse :

Kommunehelsetjenesteloven
Pasientrettighetsloven
Handlingsplan for demensomsorgen
Kvalitetssikringsstandard i bydelen.

Sjå definisjoner !

| | | | |
|---|--|---------------------------------|------------------------|
| Omsorgstrappa for demente Øygarden pleie og omsorg | Utgave /dato : 1/09. 10.10.2009 | Erstatter utgave/dato | Side 1 av 1 |
| Hukommelsesteamet | Godkjent av/ tittel : | Utarbeidet av m.tittel : | Fil : |

Formål :

Formålet med arbeidet i hukommelsesteamet er å få utrede og diagnostisere personer med demens i eit så tidlig stadie av sjukdommen som mulig, for å kunne iverksetja rette tiltak for brukar og pårørande.

Bruksområde :

- Dei som arbeider i hukommelsesteamet.
- Samarbeidspartnara i kommunen.

Ansvar :

- Leiar for Hukommelsesteamet har ansvar for oppfølging og vedlikehold av denne prosedyren.
- Fagleiar for kvart enkelt tjenestested har ansvar for at dei ansatte kjenner til Hukommelsesteamet og dets funksjon.

Handling :

Arbeidet i hukommelsesteamet er beskrevet i et eget dokument ----- sjå vedlegg.

Samarbeid :

Hukommelsesteamet samarbeider med heimesjukepleien, institusjonen dagavdelingene og fastlegene.

Referanse :

Denne prosedyren er ein av flere prosedyrer som er knytta til demensomsorgen i kommunen-.

Vedlegg :

Folder om hukommelsesteamet i kommunen.

HUKOMMELSESTEAMET I Øygarden kommune

Hukommelsesteamet i Øygarden kommune blei opprettet tidlig rundt 2000 men blei pusta liv i igjen i 2007. Den er organisert under pleie og omsorgstjenesten og er arbeidsplassert på Tednabakkane omsorgssenter

Teamet er tverrfaglig sammensatt .Teamet består av leiar i teamet: sjukepleiar med spesialkompetanse i geriatri, sjukepleiar med spesialutdanning i marte-meo metode, ergoterapeut og nær tilknytning til legetjenesta.

I Øygarden er det ikkje fristilt tid til hukommelsesteamet - det inngår i ordinær drift – men etter avtale med leiar blir fortløpande oppdrag behandla.

Formål :

Formålet med arbeidet i Hukommelsesteamet er å få utrede og diagnostisera personer med demens,slik at rett tiltak blir satt i verk for bruker og pårørende.

Teamet er et lavterskeltilbud for innbyggjara i kommunen som har behov for å søkja råd ,og som mistenker at dei sjølv eller pårørende har ein demenssykdom.

Kvifor er utredning av demens viktig ?

- Tidlig diagnostisering , sikrar rett diagnose.
- Kan gje mulighet for medikamentell behandling.
- Kan gi tilpasset miljøbehandling. I heimen eller dagavdeling.
- Medfører tilretteleggjing og sikring i heimen.
- Gje grunnlag for iverksettjing av tiltak som praktisk hjelp i heimen heimesjukepleie og korttidsopphold / avlastning i institusjon .

Arbeidet i teamet :

Hukommelsesteamet benytter kartleggingsverktøyet :

Demensutredning i kommunehelsetjenesta, Nasjonalt kompetansesenter.

Hukommelsesteamet får henvisning fra pasientens fastlege,heimesjukepleien, fra pårørane og noen ganger fra pasienten sjølv. For samarbeidspartnarane skal det brukas eigne skjema (utarbeids eigen brosjyre i kommunen) for henvisning til teamet som skal innehalda opplysninger som personalia, grunnen for henvisningen og nærmeste pårørende.

Teamet innhenter informasjon og tar kontakt med pårørende for å avtale heimebesøk. Heimebesøket har ein varighet på ca.to timer og det blir da kartlagt :

- Dagliglivets aktiviteter
- Mental funksjon og adferd
- Pårørendes situasjon
- Sikkerhet i bolig
- Nettverk og igangsatte tiltak.

Heimebesøket organiseres slik at fagpersonene samtaler og kartlegger med pårørane og bruker kvar for seg.

Informasjonsbehovet er ofte stort både om tjenestene om sjukdommen , -symptomer og forløp.Derfor er det viktig å gje seg tid ,og ha med ulikt informasjonsmateriell. Etter hjeimebesøket samlast all informasjon og det skrives ei journal/saksutgreiing, som sendes til brukars fastlege og ein kopi av MMSENR –test og Klokketest .Desse opplysningane skal danne grunnlag og være viktige suppleringsopplysninger for legen for å kunne diagnostisere pasienten. Legen kallar då inn til medisinske undersøkelser.

Legeundersøkelsen bør inneholde :

- Anamnese
- Somatisk undersøkelse
- Testing av mental funksjon
- Blodprøver
- CT- caput

Etter dette skal det konkluderes med eventuell diagnose. Det skal være fastlegen som informerer bruker og pårørende om resultatet.

Ut i fra utredningsverktøyet som brukes, anbefales det videre oppfølging i form av hjelpetiltak.

Dei som ikke får ein demensdiagnose etter første utredning, bør helst bli fulgt opp med en ny utredning etter ca.ett halvt års tid av hukommelsesteamet.

I tillegg til arbeid med utredning ,diagnostisering skal hukommelsesteamet gi informasjon om demenssjukdom til brukar og pårørane og være deltagende i opplæring av ansatte i arbeid innen demensomsorg.

Hukommelsesteamet er med i interkommunalt nettverk.

Disse lokale nettverkskontaktene skal være :

- Ressurspersoner på arbeidsplassen om demensomsorg.
- Skal være pådrivere på arbeidsplassen til at kvalitetsmålene i tiltakskjeden følges og utvikles.
- Skal være bindeledd mellom tjenestestedene og Hukommelsesteamet.

| | | | |
|---|---------------------------|-----------------------------|-------------|
| Omsorgskjeden for personer med demens Øygarden kommune | Utgave 1 August- 2009 | Erstatter utgave/dato: | Side 1 av 1 |
| Dagavdeling | Godkjent av m/tittel : | Utarbeidet av m/tittel : | |

Formål : Gje heimebuande personer med demens eit tilbud i eit miljø som er preget av trygghet og trivsel.

Hovedvekten i tilbudet er miljøtiltak som fysisk og psykisk stimuleing, rett ernæring og observasjon av helsetilstanden og funksjonsnivået.

Bruksområdet :

Personalet på dagavdelingene, og dei som samarbeider med dagavdelingene .

Ansvar :

Fast personell på dagavdelingen i samarbeid med fagleiar i heimetjenestene
Alle som arbeider ved dagavdelingene har ansvar for å kjenne til ,og forholde seg til prosedyren.

Definisjoner :

Dagopphold er eit tidsavgrenset opphold i dagavdeling / sykehjem, hjemla som ein kommunal særordning. Oppholdet har ulike formål som skal være definert i målsettingen.

Dagopphold kan og hjemlast i sosialtjenesteloven som avlastning etter Lov om sosiale tjenester §4.3 - § 4.2 B.

Handling :

- Brukar skal ha demensdiagnose, eller være under utredning for dette.(andre diagnoser skal være utelukket)
- Brukar skal kunne ta del i behandlings – aktivitetstilbudet.
- Bruker skal kunne fungere i ein gruppe og ikke ha for store adferdsavvik.
- Egne inntaksrutiner
- Innholdet skal være variert,og faglig mest mulig tilpasset den enkeltes funksjonsnivå.

Samarbeid :

Hukommelsesteamet,hjemmesykepleien,forvaltningsenheten og korttidsavdelingene for personer med demens.

Referanse :

Aktuelt lovverk : Kommunal særordning , LOST

| | | | |
|--|---------------------------|-----------------------------|-------------|
| Omsorgskjeden for personer med demens i Øygarden kommune | Utgave 1 August 2009 | Erstatter utgave/dato : | Side 1 av 1 |
| Korttidsopphold /avlastningsopphald for personer med demens | Godkjent av m/tittel : | Utarbeidet av m/tittel : | : |

Formål :

Personer med demens skal oppleve trygghet og trivsel og få mulighet til avlastning fra sin heimesituasjon.

Bruksområde :

Personalet i korttidsavdelingen / avdeling for demente på Tednabakkane omsorgssenter
 Dei som samarbeider med korttidsavdelingen for demente.

Ansvar :

Einingsleiar har ansvar for oppfølging og oppdatering av prosedyren.
 Ansatte i dei andre avdelingane har ansvar for å kjenne til og bruke prosedyren.

Definisjoner :

Sjå felles definisjoner.

Handling :

- Legge til rette oppholdet slik at dei demente opplever trygghet, trivsel og mestring.
- Vurdering/utredning av kognitiv funksjon.
- Observasjon/vurdering av ADL-funksjoner.
- Vurdering av pleiebehov,behov for dagtilbud og behov for hjelp i heimen
- Vurdering/utredning av medisinske problemstillinger.
- Vedlikehold av funksjon.

Samarbeid :

Korttidsavdelingene samarbeider med heimesjukepleien dagavdelingen,hukommelsesteamet,lege ,fysio/ergoterapitjenesten.
 Det skal skrives rapporter i fagsystemet samt IPLOS registrering ved innkomst og utreise.

Referanse :

Aktuelt lovverk

| | | | |
|---|------------------------------|-------------------------|-------------|
| Omsorgskjeden for personer med demens Øygarden kommune | Utgave dato : August 2009 | Erstatter utgave/dato : | Side 1 av 1 |
| Langtidsopphald i sjukeheim Til personer med demens | Godkjent m.tittel : | Utarbeidet m.tittel : | Fil : |

Formål :

Gi personer med demens eit tilbud i institusjon som er preget av trygghet, god omsorg og eit personale som har god kunnskap om demens.

Bruksområde :

Gjelder for personale som arbeider på sjukeheimen

Ansvar :

Einingsleiar og fagleiar på institusjonen

Handling :

- Være ferdig utreda
- Ha fått stilt diagnosen demens ved tildelt plass i skjermet avdeling.
- Opprettholda funksjonsevnen til beboar så lenge som mulig.
- Gje eit tilbud preget av trygghet,forutsigbarhet,trivsel og rolige omgivelser.
- Tilpassa aktiviteter i forhold til mestringssevne.
- God individuell oppfølging,der kvar enkelt har sin primærkontakt.
- Ha personale med kunnskap om,og interesse for å jobbe med demens.