

Demensplan 2023-2030



INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning	4
2.0 Bakgrunn for planen	4
2.1 Utforming av planen	4
2.2 Demenstrappa	5
2.3 Demens og demenssykdom	5
2.4 Demografi	5
3.0 Innsatsområder	6
3.1 Medbestemmelse og deltakelse	7
3.1.1 Dagaktivitet	7
3.1.2 Pårørende	7
3.2 Forebygging og folkehelse	8
3.2.1 Demensvennlig samfunn	9
3.3 Gode og sammenhengende tjenester	9
3.3.2 Velferdsteknologi	11
3.4 Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling	11
4.0 Oppfølging av planen	12
5.0 Referanser	13
6.0 Vedlegg	14
6.1 Samarbeid mellom fastleger, sykepleierkontoret, tildelingskontor og hjemmetjenesten/hukommelsesteam i Ringebu kommune.....	14
6.2 Oversikt over oppgave- og ansvarsfordeling.....	16

Forord

*Du pakker trillekofferten
og spør om jeg kan kjøre deg hjem
Men hjem er her, sier jeg
og ser at svaret jager deg
langt inn i et innelåst rom
jeg trenger en stor nøkkel
for å hente deg fram igjen*

Hentet fra boka Hvordan visste du at jeg var her?
Av Åse Ombustvedt

1.0 Innledning

Kvalitets- og utviklingsplanen *Helse og omsorg på vei mot 2032* er den overordnede planen for helse- og omsorg som har målsetting og retning for bærekraftige tjenester de neste årene.

Demensplan 2023-2030 er en temaplan i helse- og omsorgstjenesten for Ringebu kommune og er utarbeidet med bakgrunn i den tredje nasjonale demensplan, Demensplan 2025. Det overordnede målet er å bidra til et mer demensvennlig samfunn. Et demensvennlig samfunn er et bedre samfunn for alle, et samfunn som bidrar til inkludering, likeverd og forståelse. I tillegg er det en tydelig målsetting om at personer med demens og deres pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester.

Demensplan 2023-2030 er en plan som viser retningen for å videreføre og forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende for Ringebu kommune.

2.0 Bakgrunn for planen

Planen skal vise mål, strategi og gi en oversikt over oppgaver ulike samarbeidspartnere har, i oppfølgingen til personer med demens og deres pårørende. En oversikt over oppgaver og ansvarsfordeling ligger som vedlegg i denne temaplanen.

Demensplan 2023-2030 er basert på den nasjonale Demensplan 2025, som har som mål å oppnå følgende:

- Tidlig identifisering og sikre gode og tilpassede tjenester til personer med demens og deres pårørende
- Medbestemmelse og deltakelse for personer med demens og deres pårørende i et demensvennlig samfunn. Målet er å gi muligheten for å leve aktive og meningsfulle liv gjennom fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov.
- Mer forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens.

Helsedirektoratet (2021)

Målene i Demensplan 2025 kommer til uttrykk gjennom fire satsningsområder:

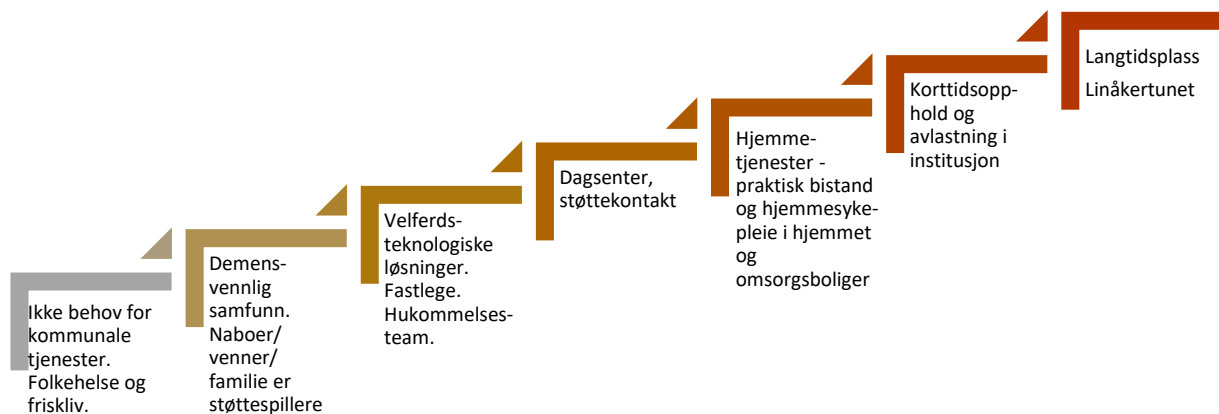
- Medbestemmelse og deltakelse
- Forebygging og folkehelse
- Gode og sammenhengende tjenester
- Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling. Nederst i skjemaet

2.1 Utforming av planen

Demensplan 2023-2030 er utarbeidet gjennom deltagelse i forbedringsnettverket «Rett tiltak til rett tid»- demensforløp som er initiert av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Innlandet, på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Forbedringsnettverket har bestått av representanter fra Tildelingskontoret, Ergoterapitjenesten, Hjemmetjenesten, Sykepleierkontoret ved legekantoret og tjenesteledere. Underveis i arbeidet har kommunen jobbet i arbeidsgrupper knyttet til dagsentertilbud, institusjonstilbud og hjemmetjeneste.

2.2 Demenstrappa



2.3 Demens og demenssykdom

Demens omtales som en fellesbetegnelse på kroniske sykdommer som rammer hjernen. Det er en sykdom som utvikler seg over tid og påvirker hukommelse, språk og væremåte. Demenssykdom kan gjøre hverdagslige aktiviteter mer krevende og føre til at man mister tilhørighet til sine vante aktiviteter og fellesskap. Dette får ofte konsekvenser for opplevelse av mestring av eget liv, og påvirker helse og livskvalitet. Demens gir store og alvorlige konsekvenser ikke bare for de som rammes av sykdommen, men også for deres pårørende og for samfunnet for øvrig (Helsedirektoratet 2021).

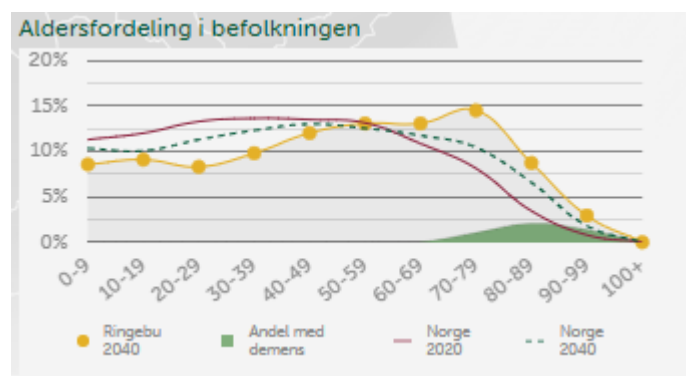
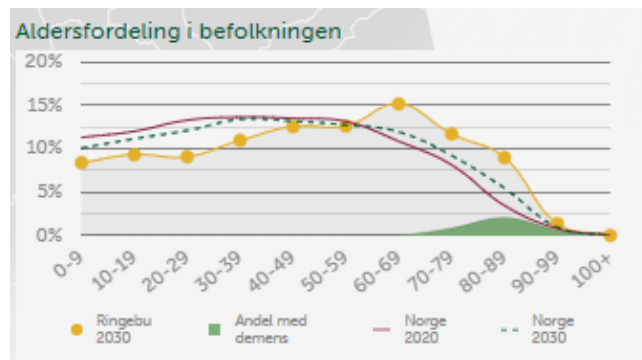
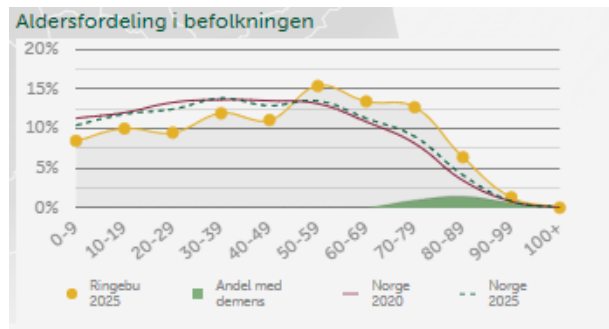
Det er godt dokumentert at meningsfull aktivitet, både fysisk og sosialt, har positive effekter på den fysiske og den psykiske helsen. Det er derfor viktig at personer med demens tilbys meningsfulle aktiviteter, tilpasset den enkeltes behov og interesser (Helsedirektoratet 2021).

Demens rammer flere pasientgrupper og både yngre og eldre. Gjennom denne temaplanen vil ikke ulike pasientgrupper bli omtalt spesifikt, men vi vet at personer med psykisk utviklingshemming i utgangspunktet har svekket funksjon og kan oppleve symptomer på demens tidligere enn andre. I tillegg vet vi at det er behov for å komme tidligere inn til personer med minoritetsbakgrunn ved mistanke om kognitiv svikt.

2.4 Demografi

I følge demenskartet.no vil Ringebu i årene fremover få et økt antall personer med demens. Befolkningen i Ringebu er eldre enn gjennomsnittet i landet, og har derfor også en høyere andel forekomst av demens. For å sikre en bærekraftig og effektiv helsetjeneste, er det avgjørende å planlegge tjenestene i henhold til utfordring som er kommer knyttet til demensomsorgen (<https://demenskartet.no/>).

I følge demenskartet vil Ringebu ha 136 personer med demens i 2025. Dette tilsvarer en økning på 12, eller 9,68 % fra 2020 til 2025. Tabellene under viser utviklingen frem til 2040 og er hentet ut fra framskrivningene til Ringebu kommune gjennom [Demenskartet – Aldring og helse](#).



3.0 Innsatsområder

Det overordnede målet med demensplan 2023-2030 er at kommunen skal gi forutsigbare og individuelt tilpassede tjenester til alle innbyggere med demens og deres pårørende gjennom hele sykdomsforløpet. Tjenestene skal oppleves som koordinerte og preges av kvalitet og kompetanse.

For å nå målsettingen vil Ringebu kommune forbedre og videreutvikle eksisterende tjenester og tilbud, i tillegg til å iverksette nye tiltak. Ringebu kommune ønsker gjennom utarbeidelse og oppfølging av denne

temaplanen å benytte samme overskrifter på innsatsområder som den nasjonale demensplanen, Demensplan 2025:

- Medbestemmelse og deltakelse
- Forebygging og folkehelse
- Gode og sammenhengende tjenester
- Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling. Nederst i skjemaet

3.1 Medbestemmelse og deltakelse

I Ringeby kommune skal personer med demens leve trygge og aktive liv, uansett hvor i sykdomsforløpet de er. Uavhengig av om de bor hjemme, omsorgsbolig eller i institusjon. Når et menneske rammes av en demenssykdom, påvirker dette ikke bare den enkelte, men også familie og omgangskrets.

Regjeringen har som mål at pasientene og brukerne skal tas mer med på råd. Demens er en sykdom som gradvis endrer menneskers evne til å fungere i hverdagslivet. Det er derfor viktig at muligheten for medvirkning tilpasses den enkeltes evne til å ta imot informasjon og ikke minst gi tilbakemeldinger (Helsedirektoratet 2021).

3.1.1 Dagaktivitet

Fra 1. januar 2020 er det innført en plikt for kommunene til å tilby dagaktivitetstilbud til hjemmeboende med demens. I Ringeby organiseres tilbudet en dag i uken ved Linåkertunet med mulighet for to etter behov.

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Pårørende til personer med demens opplever at de mestrer situasjonen og har overskudd til å ivareta sine nærmeste	Utrede utvidede åpningstider og tilbud ved dagsenteret ved Linåkertunet
	Utrede etablering av avlastningstilbud på natt
	Benytte avlastning i hjemmet som tjeneste til pårørende
	Sikre brukermedvirkning gjennom systematiske oppfølgingssamtaler, og tilbud om forhåndssamtale
	Utrede etablering av aktivitetstilbud i tjenestemottakers hjem
	Utrede etablering av tiltaket «Inn på tunet»

3.1.2 Pårørende

Gjennom den nasjonale Demensplan 2025 ønsker regjeringen å anerkjenne pårørende som en viktig ressurs innen helse- og omsorgstjenesten. Pårørende skal ha mulighet for innflytelse på hjelpetilbudet når brukeren ikke selv er i stand til å ivareta sitt behandlingsløp. De har også behov for informasjon og støtte, både for sin egen del og for best mulig å kunne bidra til å ivareta interessene til personer med demens etter hvert som sykdommen utvikler seg (Helsedirektoratet 2021).

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Pårørende til personer med demens opplever at kommunen har tilbud for pårørendeoppfølging og har et etablert samarbeid med tilbud fra lag og foreninger.	Utrede muligheter for samtalegrupper for pårørende
	Videreføre tilbud om individuelle støttesamtaler for pårørende
	Etablering av pårørendekafe for pårørende til personer med demens sammen med lag og foreninger
	Utarbeide informasjon om økonomiske støtteordninger og tilby veiledning og rådgivning.
Pårørende til personer med demens opplever trygghet gjennom å ha tilstrekkelig kunnskap og informasjon, og at det er enkelt å komme i kontakt med de kommunale tjenestene	Videreføre pårørendeskole for pårørende til personer med demens
	Vurdere pårørendeskole for pårørende til personer med demens med spesielle tilleggsutfordringer
	Informasjon om demens tilpasset pårørende og kommunens tjenestetilbud, er tilgjengelig på kommunens nettsider, Helsesenteret, Linåkertunet, Ringebu omsorgssenter og Rådhuset
Barn og unge pårørende til personer med demens opplever mestring og trygghet i sin livssituasjon	Følge opp barn og unge som er pårørende til personer med demens, i samarbeid med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten

3.2 Forebygging og folkehelse

I forebygging av demens vil regjeringen bygge på de samme prinsippene som ligger til grunn for folkehelsepolitikken, ved å legge til rette for god helse for alle med flere gode leveår og livskvalitet, redusere uheldige miljø- og livsstilsfaktorer og redusere sosial ulikhet i helse. Ringebu kommune er opptatt av at kommunens innbyggere får informasjon til å kunne planlegge egen alderdom.

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Innbyggerne har kunnskap om livsstilsrelaterte faktorer som kan forebygge demens	Kommunen har en aktiv rolle i det forebyggende folkehelsearbeidet rundt livsstilsendring til alle aldersgrupper
	Oppdatert informasjon om tjenester og tiltak ligger på kommunens nettside
	Utrede etablering av helsestasjon for eldre og/eller helsefremmende samtaler
	Hukommelseskurs for personer med demens
	Arrangere temakurs/ innbyggermøte rundt planlegging av egen alderdom
	Utrede etablering av systematiske trening/aktivitetsprogram

3.2.1 Demensvennlig samfunn

Ringebu kommune har inngått avtale om å være et demensvennlig samfunn, og har et godt samarbeid med Demensforeningen i Midt-Gudbrandsdalen. Det arbeides med videreutvikling av tilbudet med frivillige, som deltar på aktiviteter til økt deltakelse og mangfold.

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Ringebu er et demensvennlig samfunn	Opprettholde opplæring til servicenæringen, lag og foreninger
Personer med demens mestrer eget liv i størst mulig grad selv med utfordringer som sykdommen gir	Legge til rette for brukermedvirkning og informasjon om demens i tidlig fase

3.3 Gode og sammenhengende tjenester

Personer med demens skal oppleve trygghet og forutsigbarhet i møte med tjenestene. Dette fordrer at tjenestetilbudet tar utgangspunkt i den enkeltes behov og ønsker, og at involverte aktører samhandler til den enkeltes beste.

Det er behov for å øke samarbeidet med fastlegene, spesialisthelsetjenesten i alderspsykiatri SAM-AKS og andre kommunale tjenester. Det er også behov for å øke fokus og kunnskap om demens og på forebyggende tiltak generelt i befolkningen, samt øke fokus og kunnskap på faktorer og symptomer som kan påvirke eller forveksles med demens. Dette kan påvirke funksjonsnivå og redusere funksjonsfall.

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Personer med demens skal oppleve trygghet og forutsigbarhet i møte med tjenestene Personer med demens tilbys personsentrert omsorg	Videreføre tilbud om individuelle samtaler
	Videreføre hverdagsmestring som tilbud til personer med demens
	Videreføre kartlegging av alle tjenestemottakeres ressurser, somatisk- og psykisk helse samt vurdere sikkerhet i hjemmet
	Videreføre tiltak for å forebygge underernæring
	Ha fokus på aktivitetstilbudet rettet mot målgruppen
	Etablere system for oppfølging/opplæring av støttekontakter
	Utrede heldøgntilbud tilpasset yngre personer med demens

3.3.1 Hukommelsesteamet

I Demensplan 2025 legges det stor vekt på at kommunen skal tilby en fast kontaktperson i kommunen som følger opp den enkelte og pårørende etter diagnosen er stilt. Kontaktpersonen skal følge opp over tid og fange opp behov etter hvert som sykdommen utvikler seg og behov for mer hjelp oppstår.

Ringebu kommune har per i dag ingen øremerkede ressurser til demensoppfølging, men ivaretar dette med ressurspersoner fra alle enheter. Kommunen ser behovet for å organisere personalet slik at det oppnås høyere koordinering og kontinuitet, spesielt i hjemmetjenesten. I tillegg må det ses på hvordan eksisterende tjenester og ressurser kan benyttes bedre.

Gjennom «Rett tiltak til rett tid» har kommunen i samarbeid med fastlegekontoret og tjenestene innen helse- og omsorg utviklet en samarbeidsavtale innen utredning og diagnostisering. Denne avtalen kan leses som vedlegg 2 i denne planen.

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Ringebu kommune har avsatte ressurser til demenskoordinator	Ressurser blir prioritert til demenskoordinator
	Demenskoordinatoren følger opp brukere med diagnose uten tjenester i kommunen
Ha et aktivt og samordna hukommelsesteam	Komme tidlig inn med tiltak for personer med demens for å utsette behovet for økte tjenester
	Utrede mulighet for ressurser til hukommelsesteam
Diagnosen settes til rett tid og det gis systematisk oppfølging etter diagnosen.	Etablere et tverrfaglig team som bistår i utviklingen av tjenestene til personer med demens
Innbyggerne opplever at informasjon er tilgjengelig, og at det trygt og enkelt å komme i kontakt med de kommunale tjenestene	Personer med demens som har fått innvilget tjenesten får oppnevnt en demenskontakt som gjennomfører systematisk oppfølging
	Oppdatert informasjon til personer med demens over ulike tilbud og støttetiltak er tilgjengelig på kommunens nettsider
	Informasjon om demens og kommunens tjenestetilbud er tilgjengelig ved helseinstitusjoner og Rådhus. Informasjonen er tilgjengelig på flere språk
	Informasjon om demens gis av fastlegen ved satt diagnose

3.3.2 Velferdsteknologi

Regjeringen setter som mål gjennom Demensplan 2025 at digitalisering skal være en integrert del av utviklingen av helse- og omsorgstjenesten og blant annet gi personer med kognitiv svikt en bedre, mer effektiv og sikker behandling og oppfølging.

Ringebu kommune jobber med å gi kompetanseheving innen velferdsteknologi til alle ansatte slik at velferdsteknologi skal gis som en naturlig del av tjenesteytingen.

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Velferdsteknologi skal benyttes i større grad som tiltak i kommunen	Velferdsteknologi gis som en naturlig del av tjenesteytingen

3.4 Planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling

Det er behov for å øke kunnskapen om og forståelsen av demens i befolkningen. Oppdatert kunnskap hos helsepersonell om demens og kognitiv svikt, er nødvendig for å sikre utredning, diagnostisering og forsvarlige tjenester. Det viktig å forstå utfordringene personer med demens og deres pårørende har som følge av demenssykdommen.

For å møte dagens og fremtidens utfordringer må helse- og omsorgssektoren ha kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot forbedring og utvikling av tjenestene i Ringebu kommune. Gode helse- og omsorgstjenester skapes når pasienten og brukeren møter personell med høy faglig kompetanse og faglig bredde, og når det er et godt samspill mellom pasienten/brukeren og personellet, der pasienten/brukeren føler trygghet og verdighet. Dette krever kontinuerlig oppmerksomhet på kompetanse og kompetanseutvikling. Tverrfaglig samarbeid bør derfor være en grunnleggende metodikk også i oppfølgingen av personer med demens.

Slik vil vi ha det	Slik gjør vi det
Kompetanse og faglig utvikling	Ringebu deltar i interkommunalt demensnettverk og i demensnettverk Innlandet. Demensomsorgens ABC
	Helse og omsorg har Strategisk Kompetanseplan som følges.
	Samarbeid med SAM-AKS (samhandling mellom alderspsykiatrisk avdeling Sannerud og kommunale sykehjem) De bistår med utredning, veiledning, undervisning og behandlingsråd.

4.0 Oppfølging av planen

Ringebu kommune skal gi forutsigbare og individuelt tilpassede tjenester til alle innbyggere med demens og deres pårørende gjennom hele sykdomsforløpet. Tjenestene skal oppleves som koordinerte og preges av kvalitet og kompetanse.

Tall fra demenskartet.no viser at Ringebu får flere eldre, noe som stiller krav til hvordan vi innretter og planlegger tjenestene fremover. Det er allerede i dag mangel på kvalifisert personell, og selv med økt satsing på å rekruttere og beholde personell, vil det ikke være tilstrekkelig å møte den demografiske utviklingen. Det er behov for innovasjon og nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten, gjennom bruk av teknologi, tjenesteutvikling og kompetansen hos de ansatte.

Noen av tiltakene for å imøtekomme dette ligger i denne temaplanen, demensplan 2023-2030 og andre må utvikles underveis. Tiltakene i planen besluttes i forbindelse med årlig behandling av styringsdokument med økonomiplan.

Ringebu kommunen har ansvar for å gi befolkningen tjenester, av best mulig kvalitet, innenfor de økonomiske rammene som stilles til rådighet.

5.0 Referanser

- Demensplan 2025
Helsedirektoratet (2021). *Demensplan 2025 – Fagutvikling og kompetansehevede tiltak* Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 07. oktober 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/demensplan-2025--fagutvikling-og-kompetansehevede-tiltak>
- Veiviser demens
[Veiviser demens - Veiviser demens \(aldringoghelse.no\)](http://veiviserdemens.aldringoghelse.no)
- Demenskartet.no
<https://demenskartet.no/>
- Pårørendeveilederen
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paerorendeveileder>
- Nasjonal retningslinje for demens:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

6.0 Vedlegg

6.1 Samarbeid mellom fastleger, sykepleierkontoret, tildelingskontor og hjemmetjenesten/hukommelsesteam i Ringebu kommune

Dokumentadministrator: Gyldig fra: 01.01.2023

Godkjent av:

Formål: Sikre et godt faglig samarbeid om kartlegging og utredning for personer med symptomer på demenssykdom slik at de mottar rett oppfølging til rett tid.

Omfang/virkeområde Prosedyren er en arbeidsbeskrivelse av samarbeidet mellom fastleger, sykepleierkontoret, tildelingskontoret og hjemmetjenesten/hukommelsesteamet i Ringebu kommune.

Hukommelsesteamet har ansvar for å holde prosedyren oppdatert.

Fase 1, Forarbeid (ved mistanke):

Når pasienten har helsetjenester	Hukommelsesteamet mottar skriftlig henvendelse fra fastlege via PLO-melding. Dersom tildelingskontoret/hukommelsesteamet får henvendelse om utredning fra pårørende, hjemmetjenesten el. l. -Be pasienten/pårørende bestille legetime, eventuelt tar tjenesten kontakt m/fastlegen med forespørsel om oppstart av kartlegging eller om kartlegging/diagnose allerede foreligger.
Når pasienten ikke har tjenester	Dersom tildelingskontoret får henvendelse, be pasienten/pårørende bestille legetime.

Fase 2, Utredning /Kartlegging: Utredning foregår hos fastlege og i samarbeid med sykepleierkontoret eller hukommelsesteamet. Alle under 65 år utredes i spesialisthelsetjenesten.

Benytt Nasjonalt Kartleggingsverktøy (Demensutredning i kommunehelsetjenesten). Hukommelsesteamet setter i verk/foreslår aktuelle tiltak i samarbeid med pasient, pårørende og fastlege.

Når pasienten har helsetjenester	Utredningen foregår i samarbeid med fastlege og hukommelsesteam. Må avtales med fastlege/ sykepleiekontor i hvert enkelt tilfelle.
Når pasienten ikke har tjenester	Fastlegen utreder og gir beskjed hvis det er ønskelig at hukommelseskoordinator skal delta.

Fase 3, Rapport: Sende rapport til fastlegen som skal inneholde sammendrag av samtale med bruker og pårørende og detaljert resultat av kartleggingen Nasjonalt Kartleggingsverktøy (Demensutredning i kommunehelsetjenesten). Samt viktige observasjoner under kartleggingen. Hukommelsesteamet informerer om igangsatte/foreslåtte tiltak.

Når pasienten har helsetjenester	Utredningen foregår i samarbeid med fastlege og hukommelsesteam. Må avtales med fastlege/ sykepleiekontor i hvert enkelt tilfelle.
Når pasienten ikke har tjenester	Fastlegen utreder og gir beskjed til kommunen når utredningen er igangsatt dersom det er ønskelig at hukommelseskoordinator skal delta.

Fase 4, Tilbakemelding: Fastlegen informerer hukommelsesteamet om eventuell diagnose og medisinske tiltak. Dersom diagnosen medfører spesielle hensyn, skal dette informeres om. Fastlegen innkaller hukommelsesteamet til møte dersom det er behov for drøfting av situasjonen.

Når pasienten har helsetjenester	Fastlegen informerer hukommelsesteamet om eventuell diagnose og medisinske tiltak.
Når pasienten ikke har tjenester	Fastlegen informerer kommunen dersom pasient godtar dette.

Fase 5, Oppfølging etter diagnose: Ber hukommelsesteamet om oppfølging/retest. Dialog/gjensidig oppdatering via PLO-melding ved behov. Anbefale årlig legekonsultasjon.

Nyttig lenke i samarbeidet:

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=6496>

Når pasienten har helsetjenester	Fastlegen ber hukommelsesteamet om oppfølging/ retest
Når pasienten ikke har tjenester	Fastlegen har hovedansvaret og kobler på aktuell tjeneste ved behov.

6.2 Oversikt over oppgave- og ansvarsfordeling.

Det er noen generelle tjenester som kommunen skal sørge for, og enkelte oppgaver som spesialisthelsetjenesten har ansvar for. Fordeling av ulike oppgaver og ansvarlige er spesifisert under.

Oppgaver og ansvarsfordeling	
Primærkontaktens oppgaver:	<ul style="list-style-type: none"> • Skal være kontaktperson for bruker, pårørende og samarbeidspartnere. • Gjøre risiko/sikkerhetsvurdering i hjemmet, samt ernæringsstatus. • Sette seg inn i pasientens vedtak, epikriser, sluttrapporter etc. • Utarbeide individuelle tiltaksplaner i samarbeid med bruker og pårørende, og oppdatere disse etter behov. • Oppdatere diagnoser i Gerica. • Melde behov for endringer i vedtak ved endringsjournal til Tildelingskontoret. • Ansvar for at pasienter har nødvendige hjelpemidler og utstyr, og at dette bestilles. • Påse at nødvendige prosedyrer er innført og eventuelt oppdatere disse. • Sørge for at IPLOS er oppdatert. • Påse at alle relevante opplysninger er oppdatert i Gerica. • Ivareta koordinator-funksjonen ved sammensatte tjenester med evt. en individuell plan (IP)
Oppgaver for spesialisthelsetjenesten:	<ul style="list-style-type: none"> • Personer med kompliserte/atypiske tilfeller av kognitiv svikt. • Yngre personer under 65 år (kun veiledende aldersgrense). • Personer med utviklingshemming. • Personer med minoritetsbakgrunn der språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen. • Personer med samisk kulturbakgrunn der språk, utdanningsnivå og eventuelt kultur er en barriere i utredningen. • Personer med alvorlige atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. • Andre særlig kompliserte tilfeller (for eksempel ved kompliserte komorbide somatiske og/eller psykiske lidelser og/eller nettverksproblemer samt juridiske og/eller etiske konflikter). • Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å veilede primærhelsetjenesten i utredning og oppfølging av personer med mistanke om demens.
Kommunale tjenester som alle med demenslidelse skal kunne motta:	<ul style="list-style-type: none"> • Hjelp til diagnostisering når personene selv, pårørende eller hjelpeapparatet er bekymret for symptomer.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hjelp til å beskrive "Livshistorie" og hva som er viktig for dem. • Kontaktperson som sikrer kontinuitet og jevnlig oppfølging. • Tiltak og tjenester som opprettholder mestring, funksjonsnivå og deltakelse så lenge som mulig. • Medvirke ved utarbeidelse av tiltaksplan så lenge de kan, evt. via pårørende. • Oppdaterte vedtak om tjenester. • Opplæring/informasjon til personen selv og pårørende. • Møte kvalifiserte ansatte. • Møte få og fast personale så lenge de bor hjemme. • God overgang til institusjon med primærkontakter. • Tilbud i institusjon skal tilpasses brukerens behov. • IPLOS og ADL oppdatering minimum hvert halvår. • Frivillighetskoordinator • Avklaring vedrørende verge, fremtidsfullmakt, økonomi, testament, etc.
Oppgaver for fastleger eller Sykehjemslege:	<ul style="list-style-type: none"> • Informere bruker og pårørende om behov for utredning ved mistanke og starte utredning i forhold til demens. • Henvise til spesialisthelsetjenesten ved kompliserte/atypiske symptomer. • Henvise til spesialisthelsetjenesten når vedkommende er under 65 år. • Vurdere samtykkekompetanse. • I samråd med pasienten, send PLO til Tildelingskontoret ved behov for kartlegging. • Samarbeid med aktuelle tjenester om medisinsk oppfølging av den enkelte.
Oppgaver for Sykepleiekontoret:	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegging etter oppdrag fra fastlege. • Informasjon og oppfølging av pasient og pårørende. • Samarbeid med fastlege og evt. andre tjenester i forhold til videre oppfølging.
Oppgaver for Tildelingskontoret:	<ul style="list-style-type: none"> • Ta imot bekymringsmeldinger som kommer til kontoret jmf. rutine Bekymringsmeldinger i Compilo • Delta ved kartlegging av funksjonsnivå og hjelpebehov • Saksbehandle søknader og fatte vedtak. • Holde oversikt over tjenester den enkelte bruker har • Ansvar for å innvilge tjenester for nye brukere • Samarbeide med utøvende enheter ved behov for endring av tjenester. • Helhetsoversikt av kommunens tjenester innen demensomsorgen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vurdering og informasjon om tekniske hjelpemidler med tanke på sikkerhet og hjelp til oversikt og påminning, for eksempel trygghetsalarm, klokke, kalender, komfyrvakt etc. • Vurdere samtykkekompetanse knyttet til saksbehandling. • Vurdering av behov for tjenester: <ul style="list-style-type: none"> ○ Omsorgslønn ○ Dagsenter for demente ○ Praktisk bistand ○ Hjemmesykepleie ○ Korttidsplass ○ Avlastning (tiltak for pårørende i hjemmet/på dagsenter eller på Linåkertunet) ○ Omsorgsbolig ○ Personlig assistent ○ Støttekontakt
Oppgaver for Demenskoordinator:	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktperson for befolkningen, fastleger og spesialisthelsetjenesten ved bekymring og behov for utredning. Følge opp brukere og pårørende uten andre tjenester. • Holde oversikt over tilbud og vurdere hvilke tilbud som må utvikles videre. • Holde oversikt over brukere i målgruppa og deres behov. • Ansvar for saksbehandling av vedtak, lede demensnettverket og medansvar for bruker- og pårørendekurs.
Oppgaver for Hukommelsesteam:	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for kartlegging og utredning blant brukere og pårørende som allerede har tjenester fra hjemmetjenesten gjennom tiltakspakke demens • Ha et spesielt ansvar for veiledning/opplæring til pasient, pårørende og kollegaer, samt delta på bruker- og pårørendekurs og i demensnettverket • Oppdatering av relevante prosedyrer og rutiner relatert til fagområdet.
Oppgaver for Hjemmetjenesten:	<ul style="list-style-type: none"> • Sette seg inn i vedtaket, og sammen med bruker og pårørende lage en individuell tiltaksplan • Systematisk og målrettet arbeid for å komme i posisjon (god relasjon) til pasienten. • Hjemmebesøk med fokus på risikofaktorer, aktivitet, ernæring og medikamentbruk. • Helsefremmende aktiviteter som stimulerer og opprettholder kognitiv og fysisk funksjon. • Samarbeid med fastlege om utredning og kartlegging av diagnose.

	<ul style="list-style-type: none">• Tilby primærkontakt/kontaktperson (fra hukommelsesteamet) og individuell tiltaksplan for alle.• Vurdere og avklare eventuelle behov for velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler• Oppdatere IPLOS jevnlig og melde fra til tildelingskontoret ved behov for endringer av vedtak.• Vurdere samtykkekompetanse og behov for verge i samarbeid med bruker, pårørende og fastlege.• Samarbeide ved overgang til andre omsorgsnivå.• Organisere og utvikle personalets kompetanse knyttet til brukerens behov for tjenester.• Primærkontakter med videreutdanning i demensomsorg og jevnlig oppdatering av kunnskap.• Mest mulig stabilitet og kontinuitet for brukerne.
Oppgaver for dagsenter:	<ul style="list-style-type: none">• Dagsenter skal gi mening, mestring og gode opplevelser for den enkelte.• Aktivisering/sosialisering.• Avlaste pårørende.• Melde endringer til hjemmetjenesten og tildelingskontoret.
Oppgaver for Linåkertunet Heldøgns tjenester og korttidsavdelingen:	<ul style="list-style-type: none">• Tilby heldøgns tjenester tilrettelagt ut fra pasientens behov og funksjonsnivå (Korttidsopphold tilbys når det er behov for omfattende pleie og omsorg, rehabilitering, utredning, vurdering eller avlastning for pårørende. Langtidsopphold tilbys ut fra medisinske årsaker når behovet ikke kan ivaretas lavere i omsorgstrappen).• Samarbeide ved overgangen mellom tjenester• Vurdere samtykkekompetanse• Oppdatere tiltaksplan, medisiner, etc.• Gjennomføre funksjonskartlegginger, kognitive tester ved behov.• Vurdere og tilpasse behov for skjerming og tvang.