

GODEDEMENSFORLØP

USHT Viken (Akershus og Buskerud)



INNHold

| | |
|---|----|
| Kort sammendrag av arbeidet | 3 |
| Bakgrunnsinformasjon | 5 |
| Utviklingscenterets arbeid sammen med kommunene | 10 |
| Forankring og rekruttering av kommuner | 11 |
| Kartlegging av kommunenes behov | 14 |
| Utviklingscenterets samarbeid med kommunene | 15 |
| Resultater | 18 |
| Kommunenes arbeid | 18 |
| Case - Kongsberg kommune | 19 |
| Demensforløp | 23 |
| USHT Viken (Akershus) | 23 |
| USHT Viken (Buskerud) | 32 |
| Bruker- og pårørendemedvirkning | 40 |
| Drøfting av Suksessfaktorer | 41 |
| Prosjektledernetverk – USHT øst | 42 |
| Veiviser demens | 44 |
| Annet | 45 |

KORT SAMMENDRAG AV ARBEIDET

Våren 2022 etablerte USHT Viken (Akershus og Buskerud) et samarbeid om læringsnettverket «Rett tiltak til rett tid». Prosjektledere fra Nes kommune, i Akershus, og Drammen kommune, i Buskerud, var rekruttert inn i 50% stilling hver. Det var påmeldt seks kommuner fra Akershus og åtte kommuner fra Buskerud, samt deltakere fra geriatrisk klinikk på Ahus og Drammen sykehus. Læringsnettverket pågikk i ni måneder fra 07.09.2022 til 07.06 2023.

Læringsnettverket brukte modell for kvalitetsforbedring som metode. Kommunene hadde ulike problemstillinger ut fra utfordringsbilde i sin kommune i tråd med Demensplan 2025 for å etablere gode demensforløp. Det var dermed ulikt hvor langt forbedringsteamene hadde kommet med etablering av gode demensforløp i sine kommuner. Målet med forbedringsarbeidet var å sette kommunene i stand til å kunne drive med systematisk utvikling og implementering for å nå forventningene i demensplanen 2025, men også lære metodikken.

Suksessfaktorene med å delta i læringsnettverket var samarbeid på tvers i egen kommune og med andre kommuner med økt fokus og kunnskapsdeling om ulike tiltak for å etablere gode demensforløp. Læringsnettverket har hatt faste oppsatte tidspunkt for samlingene, både fysiske og digitale. Det har bidratt til at flere deltakere fra kommunene har kunne vært med, og fått «drahjelp» og inspirasjon til eget arbeide i sine forbedringsteam. Det ble sendt ut invitasjon med et kompendium som beskrev læringsnettverket og informasjon til blant annet kommunaldirektør/kommunalsjef i helse og omsorg, avdelingsledere, virksomhetsledere og til demenskontakter /demenskoordinator i god tid før oppstart. Vi som prosjektledere hadde i tillegg en intensiv informasjons -og inspirasjons spredning i forkant av første samling.

Ved at vi fikk rekruttert deltakere fra de to store sykehusene i regionene, bidro det til tettere kontakt mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og deling av fagkunnskap og erfaringsdeling ble en viktig gevinst.

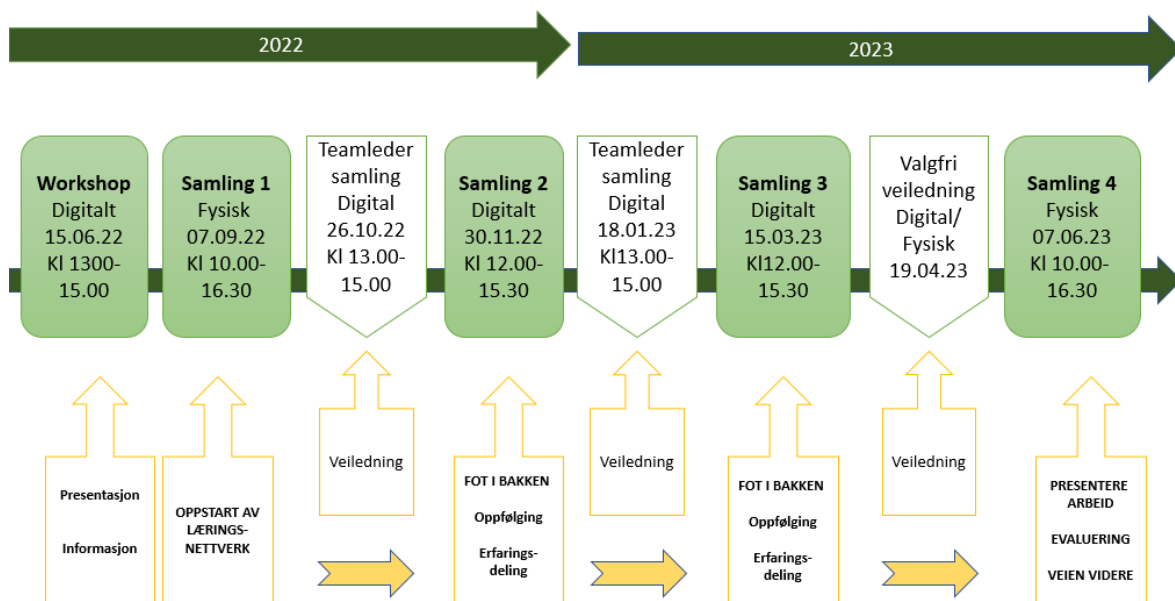
På første og siste samling i læringsnettverket svarte deltakerne fra forbedringsteamene på evaluering av læringsnettverket, læringsutbytte og USHT Viken (Akershus og Buskerud) sin bistand til kommunene. Totalt 50 av 70 svarte på siste evalueringen, som viser at deltakerne har fått tydelig økt kunnskap og forståelse for systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid. I denne rapporten vil vi ta med noen utklipp fra evalueringen for å understøtte resultater. Det ble også brukt [Menti](#) som er en digital plattform der deltagerne vurderte innhold på samlinger, bruk av verktøy som [demenskartet.no](#), Veiviser demens og [Nasjonal faglig retningslinje](#) for demens.

BAKGRUNNSINFORMASJON

Prosjektet ble planlagt som et samarbeidsprosjekt mellom USHT Viken (Akershus, Buskerud og Østfold), USHT Oslo og USHT Innlandet (Hedmark og Oppland).

Læringsnettverket "Rett tiltak til rett tid" er knyttet opp til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester sitt nasjonale samfunnsoppdrag: «Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester sitt overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av ny kunnskap, nye løsninger og nasjonale føringer» ([Utviklingssenter.no](https://www.utviklingssenter.no)). Dette er forankret i modell for aktiv implementering for å sikre systematisk arbeid som pådriver for at kommuner fornyer og forbedrer seg, jamnfør kommunens ansvar. Samarbeide skal skape et rom for erfaringsdeling, læring og støtte rundt metoder og verktøy.

Læringsnettverket tar utgangspunkt i kommunens egne behov for utvikling eller styrking av den systematiske oppfølgingen av personer med demens. Dette for å utvikle trygge og forutsigbare tjenester og bedre ressursutnyttelse for kommunene. Tiltakene vil være fundamentert i [Nasjonal faglig retningslinje](#) om demens og [Veiviser demens](#). I tillegg til læringsnettverk ble det brukt prosessveiledning som metode for å utvikle og sette kommunen i stand til å implementere tiltakene. Innhold og organisering av faglig innhold i læringsnettverk-samlingene er planlagt med utgangspunkt av Demensplanen 2025 og [Nasjonal faglig retningslinjer](#).



Tabell hentet fra læringsnettverkets kompendium

Dette arbeidet hadde som formål å bidra til at kommunene jobber systematisk for at personer med mistanke om demens, fanges opp og får en diagnose tidligst mulig, slik at de og deres pårørende kan få informasjon, få økt kunnskap, støtte og hjelp tidligst mulig etter at diagnosen er satt. Dette skal bidra til at de får tilbud om systematisk oppfølging med tilbud om «rett» tiltak eller tjeneste til «rett» tid.

NAVN PÅ USHT

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Viken (Akershus og Buskerud)

NAVN PÅ KONTAKTPERSON I USHT VIKEN (AKERSHUS OG BUSKERUD), E-POST OG TELEFONNUMMER

| Navn | Epost | Telefonnummer |
|---------------------|--|---------------|
| Eva Elisabeth Szüts | Eva.elisabeth.szuts@drammen.kommune.no | 46942980 |

| | | |
|--|--|------------|
| (Prosjektleder USHT Viken (Buskerud) | | |
| Camilla Schøyen (Prosjektleder USHT Viken (Akershus) | cascho@lorenskog.kommune.no | 45416285 |
| Synnøve Sæther (Leder av USHT Viken (Buskerud) | Synnove.saether@drammen.kommune.no | 40921195 |
| Hilde Marit Mobråthen (Leder av USHT Viken (Akershus) | hilmob@lorenskog.kommune.no | 400 21 964 |

HVILKE KOMMUNER VAR MED?

| Navn på kommune | Antall innbyggere | Antall personer med demens (demenskartet 2020) | Antall innbyggere i 2020 |
|-----------------|------------------------------|--|--------------------------|
| Drammen | 103 482 (1. kvartal 2023) | 1899 (1.87 % av befolkningen) | 101 386 |

| | | | |
|---------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------|
| Flesberg | 2 751 (1. kvartal 2023) | 65 (2.42% av befolkningen) | 2 688 |
| Flå | 1100 (1. kvartal 2023) | 33 (3.14 % av befolkningen) | 1 050 |
| Gol | 4 784 (1. kvartal 2023) | 122 (2.65% av befolkningen) | 4 608 |
| Kongsberg | 28 764 (1. kvartal 2023) | 562 (2.03% av befolkningen) | 27 723 |
| Lillestrøm | 91 515 (1. kvartal 2023) | 1 404 / 1 653 | 87 500 |
| Lier | 28 282 (1. kvartal 2023) | 449 (1.67 % av befolkningen) | 26 811 |
| Nes | 24 283 (1. kvartal 2023) | 371 / 448 | 23 422 |
| Nittedal | 25 440 (1. kvartal 2023) | 352 / 438 | 24 252 |
| Nordre Follo | 62 245 (1. kvartal 2023) | 1 084 / 1 283 | 58 000 |

| | | | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------|
| Nore og Uvdal | 2 496 (1. kvartal 2023) | 72 (2.95% av befolkningen) | 2 439 |
| Rollag | 1 375 (1. kvartal 2023) | 44 (3.17 % av befolkningen) | 1 390 |
| Rælingen | 19 618 (1. kvartal 2023) | 241 / 311 | 18 530 |
| Ås | 21 350 (1. kvartal 2023) | 322 / 376 | 20 439 |

Hentet fra Statistisk sentralbyrå ([SSB.no](https://www.ssb.no)) og Demenskartet ([demenskartet.no](https://www.demenskartet.no))

Geriatrisk avdeling på sykehuset i Drammen og geriatrisk avdeling på Akershus universitetssykehus (Ahus) deltok som ressurspersoner i læringsnettverket. Det har resultert i tettere samarbeid om integrerte helsetjenester (IHT) av skrøpelig eldre med sammensatte og komplekse behov ([Kompetansebroen.no](https://www.kompetansebroen.no)). Dette prosjektet er pilotert og gjennomført på Ahus og det er allerede etablert kontakt sykehusene imellom.

Ahus, avdeling geriatrisk poliklinikk og hukommelsesklinikken som er to avdelinger som følger opp og utreder personer med demens. Begge avdelingene ble kontaktet i starten av læringsnettverket for å kunne bidra som observatører gjennom læringsnettverket. Målet var å skape et nettverk som kunne bidra til økt og bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

UTVIKLINGSSENTERETS ARBEID SAMMEN MED KOMMUNENE

USHT Viken (Buskerud) har etablert en organisasjonsform med fag- og gjennomføringskoordinatorer som har ansvar for å følge opp kommuner i hvert sitt geografisk område. Det er etablert ulike fagnettverk, blant annet demensnettverk. Det er også årlige dialogmøter med kommuneledelsen i samarbeid med Statsforvalteren i Oslo og Viken der samfunnsoppdraget blir presentert, informasjon om hva USHT Viken (Buskerud) kan bistå med og en dialog om hva kommunene trenger av bistand. Det har vært gjennomført ulike læringsnettverk med kontinuerlig forbedring som tema i flere omganger, så flere kommuner er kjent med forbedringsmodell metodikken Modell for kvalitetsforbedring ([Helsebiblioteket.no](https://www.helsebiblioteket.no)) for å jobbe systematisk med forbedringsarbeid.

USHT Viken (Akershus) har ansatte med sine ansvarsområder der de følger opp med årlige møter og oppfølging. Det er et godt etablert demensnettverk som samles to ganger i året der demenskoordinator/hukommelseskoordinatorer deltar. Dette arrangeres sammen med USHT og Statsforvalteren i Oslo og Viken. Vi har et samarbeidsråd som består av representanter fra ansatt- og brukersiden, hver region, Senter for omsorgsforskning Øst, Statsforvalteren i Oslo og Viken, KS, OsloMet, AHUS, Vestre Viken og Kompetansebroen. Plattformene ble brukt for å presentere samfunnsoppdraget til Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester nasjonalt, hva vi kan bistå med og har dialoger om ulike tilbud som kan passe kommuner og dens prosesser. Læringsnettverket «Rett tiltak til rett tid» ble presentert her med god respons. Dette skapte videre dialog med direktører og hukommelseskoordinatorer, som bidro til deltakelse.

Det gode samarbeidet bygget vi videre på da prosjektet "Gode demensforløp" skulle tilbys i de ulike kommunene. USHT Viken (Akershus og Buskerud) valgte å samkjøre sitt prosjekt og startet et læringsnettverk der alle kommunene i begge regioner ble invitert inn og fikk mulighet til å være med. Det ble etablert en styringsgruppe med USHT ledere fra begge

regioner (Akershus og Buskerud) for å sikre at mandatet ble gjennomført som planlagt i henhold til tilskudds kravene.

Forankring og rekruttering av kommuner

Prosjektlederne lagde en informasjonsside som ble sendt ut på e-post både til kommunalsjefer og ledere i helse og mestring, og deltakerne i demensnettverket. I tillegg laget vi en kort informasjonsvideo som ble vist på ulike nettverksmøter og sendt ut på e-post. Alt informasjonsmaterialet ble også lagt ut på USHT Viken (Akershus og Buskerud) sine nettsider og Facebooksider. Det ble også holdt en informasjonsworkshop i juni 2022, før oppstarten av læringsnettverket hvor vi inviterte demenskoordinatorer, virksomhetsledere og avdelingsledere i helse og omsorgssektoren og medarbeidere i omsorgstjenesten som jobber med fagtema demens i kommunen og på tilhørende sykehus.

Alle kommunene fikk informasjon om prosjektets innhold og metode, og det ble gitt anmodning om at forankring i ledelsen var et viktig punkt i prosessen for å kunne få gjennomført og starte implementeringsarbeidet for videre oppfølging etter læringsnettverkets slutt.

Forankring på ulike ledernivå er et viktig steg i et implementeringsarbeid, men vel så viktig er forankringen hos ansatte som jobber i tjenestene for å få til endring og forbedring. Dette var også tema på veiledningene og flere av kommunene hadde dette som et tiltak for gjennomføring av arbeidet.

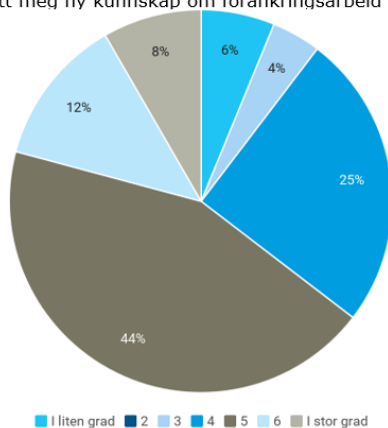
Det har vært ulikt hvordan og på hvilke nivå forbedringsarbeidet har blitt forankret, alt fra bestilling fra kommuneledelsen og det politiske nivå til virksomhets- og avdelingsnivå.

Det ble avholdt flere informasjonsmøter der læringsnettverket ble presentert, i tillegg til direkte kontakt med kommunaldirektører for helse- og omsorgssektoren og virksomhetsledere i kommuner gjennom e-post eller telefon. Dette har bidratt til en bedre

forståelse av arbeidet som gjør forankringen lettere for teamene. Det har vært ulike nivå av forankring i kommunene.

Vi ser at forankringen har vært viktig både for å få de riktige personene med i forbedringsteamene og hvor store muligheter de har i forbedringsarbeidet. Flere har møter med ledelsen og politikere, med god informasjon om arbeidet, og progresjonen. For de teamene som har hatt lite forankring er det snakket om i prosessveiledning på hvilke måte de kan gå frem og få en god forankring. Det er tydelig at forankringen og engasjementet avhenger av hvor mye ledelsen er informert og ser behovet i sin egen kommune.

8. Nettverkssamlingen har gitt meg ny kunnskap om forankringsarbeid



Evaluering fra siste samling viser i stor grad at deltakerne har fått ny kunnskap om betydningen av riktig forankring og viktigheten at dette skjer i tidlig fase av forbedringsarbeidet.

God informasjon i flere ledd/nivå i virksomheter om forbedringsarbeidet var helt klart en av grunnene til at flere kommuner ble med. Vi ser at de kommunene vi ikke fikk kontakt med vet lite eller ingenting om forbedringsarbeidet. I tillegg til møter var det flere i

kommuneledelsen i helse, sosial og omsorg sektoren som ble direkte kontaktet og fikk mer utfyllende informasjon som ga mer interesse og motivasjon for deltakelse. Noen kommuner har hatt demensomsorgen i fokus som gjorde at dette ble en god start på et godt forbedringsarbeid.

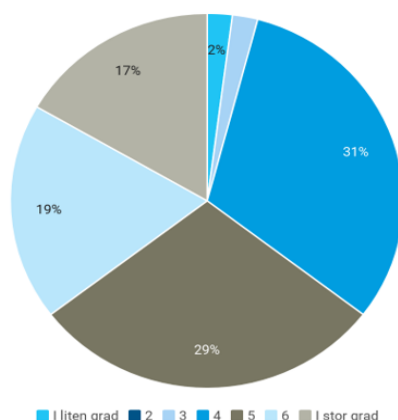
Det er ulikt hvordan ledelsen i de ulike kommunene vil følge opp arbeidet videre. Som nevnt tidligere i rapporten har det vært ulik forankring og bestilling fra ledelsen, dette vil gjenspeiles i oppfølgingen og implementeringsprosessen. Alle forbedringsteamene har beskrevet veien videre i sin statusrapport der det kommer frem at de skal fortsette forankringsarbeidet med sin ledelse, i håp om at arbeidet videreføres og fører til en forbedring og ny praksis. USHT Viken (Akershus og Buskerud) har gitt informasjon og tilbud om oppfølging videre etter endt læringsnettverksperiode, om noen av kommunene ønsker det.

Kartlegging av kommunenes behov

Kommunene har ulike behov ut fra hvordan de har jobbet systematisk med demensomsorgen i sin kommune relatert til Demensplanen 2025. I læringsnettverkets oppstart ble det formidlet viktigheten av at kommunene gjorde en kartlegging av hva som var deres behov knyttet opp mot demensomsorgen i egen kommune for å finne ut hva /hvilke områder forbedringsteam kunne starte med.

De fleste forbedringsteamene gjennomførte en kartlegging i forbindelse med oppstart av sitt arbeid og de brukte ulike metoder som var tilpasset det de skulle undersøke.

6. Nettverkssamlingen har gitt meg ny kunnskap om å kartlegge - for å identifisere behov for forbedring i egen kommune



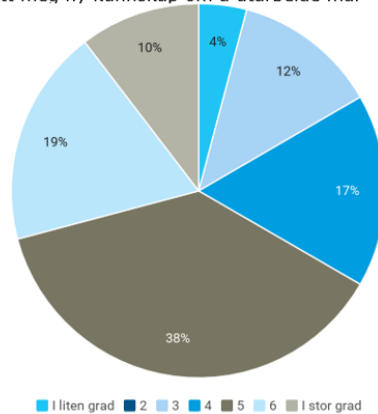
Kartleggingen førte til konkrete tiltak til kvalitetsforbedring i alle de deltagende kommunene. Forbedringsarbeidet til kommunene beskrives nærmere under kapittel Demensforløp.

Utviklingscenterets samarbeid med kommunene

Vi valgte læringsnettverk som metode for forbedringsarbeidet "rett tiltak til rett tid". Læringsnettverket går over ett år med oppstart 07.09.22 og er ferdig 07.06.23. Det ble avholdt en Workshop medio juni 2022 for å starte forankring og fokus på hva de ulike kommunene ønsket å forbedre.

Forbedringsteamene fikk tidlig i forbedringsarbeidet informasjon og kunnskap om modell for kvalitetsforbedring, og hvordan lage mål og målintikatorer, samt viktigheten av implementering. Imellom samlingene var det tett oppfølging av teamene og det ble gitt prosessveiledning der det er ønskelig og behov. På første samling 7. september 2022 fikk kommunen mulighet til å starte med problemstillinger og kunnskap om hvordan måle sitt forbedringsarbeid.

7. Nettverkssamlingen har gitt meg ny kunnskap om å utarbeide mål



Det var 84% som svarte at de hadde fått ny kunnskap om å utarbeide mål. Dette bekrefter at systematisk kvalitetsarbeid og utarbeidelse av mål og måleindikatorer er viktig kunnskap å dele i et læringsnettverk.

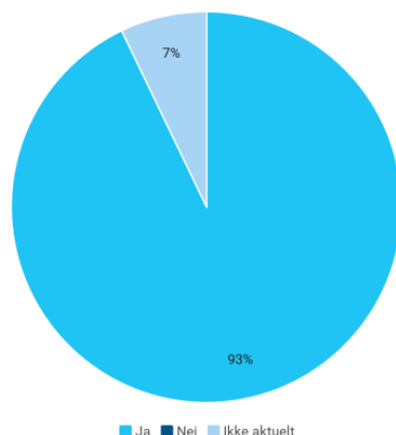
Vi som prosjektledere så fremdrift mellom samlingene. Noen team hadde kommet lengre enn andre og startet med målinger og testing av tiltak, mens andre hadde en prosess på kartlegging dette året. Forbedringsteamene er forberedt på å fortsette arbeidet etter siste samling 7. juni 2023.

I dette forbedringsarbeidet har vi brukt metoden læringsnettverk der modellen for kvalitetsforbedring er brukt. Mellom samlingene har vi hatt teamledersamlinger for å støtte teamleder til å holde i prosessen i egen kommune og for å gi mer kunnskap om målarbeid og forankring. Det er brukt prosessveiledning etter ønske fra teamene, både fysisk og digitalt. Det er også opprettet et tilbud om lunsjwebinar med ulike temaer innenfor demensplanen 2025 for å gi mer kunnskap. Dette har vært åpent slik at hele landet kan delta. På lunsjwebinarene har det vært varierende deltagelse, mellom 20 og 100 stykker der flere har sittet sammen å sett på, derfor vil det være vanskelig å si noen eksakte tall.

Prosessveiledning har vært et viktig element for å bidra i prosessen til forbedringsteamene. Vi startet tidlig etter første samling med prosessveiledning, og hadde tilbudt om dette flere ganger igjennom læringsnettverket. Det har vært opptil hvert enkelt team for veiledning, men alle har vært igjennom en eller flere timer med prosessveiledning.

På evalueringen viser 93% av svarene at prosessveiledning gav forbedringsteamene støtte i deres arbeid.

12. Prosessveiledning fra USHT Viken (Buskerud) og (Akershus) støtter meg i arbeidet med eget fag- og kvalitetsarbeid



Det har vært fokus på modellen for kvalitetsforbedring. I starten var det søkelys på forankring, kartlegge og målet med forbedringsarbeidet. Teamene ble tidlig bevisstgjort rundt det med å måle sitt arbeid da dette er tidkrevende. Det er brukt ulike metoder for å kartlegge og blitt veileder både på spørreskjema, intervju og fokusgruppeintervju.

USHT Viken (Akershus og Buskerud) har brukt tilskuddsmidler til en 50% prosjektlederstilling fra februar 2022 til juni 2023. Det har kun vært knyttet en person per region (prosjektleder) til prosjektets drift. Prosjektleder har samarbeidet med kolleger fra USHT Viken (Akershus og Buskerud) for å hente ut kunnskap og erfaringsdeling på tvers. Dette har fungert godt.

RESULTATER

Kommunenes arbeid

I dette avsnittet vises en tabell med problemstillingene de enkelte kommunene har hatt som sitt forbedringsarbeid og en case - beskrivelse fra en av kommunene som et eksempel på hvordan arbeidet er planlagt og gjennomført.

USHT VIKEN (AKERSHUS)

| Navn på kommune | Hva har vært arbeidet med |
|-----------------|--|
| Lillestrøm | Heve kompetansen hos alle ansatte primært i hjemmetjenesten i bruk av tillitsskapende tiltak til personer med demens, der det er utfordrende å gi helse og omsorgstjenester. |
| Nes | Tidlig oppdagelse - Øke kunnskapen til innbyggere gjennom god informasjon. |
| Nittedal | Pårørende i fokus - Avlastning for pårørende som gir tid til ærender og støttekontakter til personer med demens som trenger støtte og veiledning og som ikke ønsker dagsentertilbudet. |
| Nordre Follo | Mandat: Kartlegge hele demensforløpet. Deretter blir det satt opp prosjektgrupper på de forbedringspunktene som kommer frem. |
| Rælingen | "Første møte med tjenesten". Tidlig oppdagelse gjennom økt kunnskap hos innbyggere. |
| Ås | Mandat: Pårørendearbeid i alle tjenester. Kartlegge pårørendesamarbeidet og se hvor det er forbedringsmuligheter. |

USHT VIKEN (BUSKERUD)

| | |
|---------------------------|--|
| Drammen | «En dør inn» Lage informasjonsmateriell for å skape oversikt og forutsigbarhet for personer med demens og deres pårørende |
| Flesberg og Rollag | Systematisk oppfølging etter diagnose. Ønsker å jobbe med forankring av tiltakspakke demens i kommunestyret og økonomiplanen i kommunen |
| Flå | Oppfølging etter diagnose. Etablere et tettere samarbeid mellom fastlege og hukommelsesteamet |
| Gol | Oppfølging etter diagnose. Avklare roller og oppgaver og lage rutine for oppfølging etter diagnose og oppfølging av pårørende |
| Kongsberg | Fase 1.Oppfølging etter diagnose. Lage en rutine som skal innføres i hjemmetjenestene. Fase 2. Lage et strategisk dokument – Demenstrappen |
| Lier | Lage rutine for teambasert utredning i samarbeid med fastlege og hukommelsesteam. Oppdatere hjemmesiden på internett og ha en informasjonskampanje til både innbyggere og ansatte. |
| Nore og Uvdal | Etablere samarbeidsplattform mellom fastlege og hukommelsesteamet. Evaluere arbeide med pårørendeskolen |

Case - Kongsberg kommune

Kongsberg kommune har gjennom prosjektet «Rett tiltak til rett tid» utarbeidet en prosedyre for systematisk oppfølging av personer med demens. Prosedyren iverksettes

når tjenesten får kjennskap til en person som har fått diagnosen demens. Det kan være ved at demensteamet har bistått fastlege i utredning, saksbehandler har vært på kartlegging i forbindelse med søknad om tjenester og får kjennskap til diagnosen, via e-melding fra spesialisthelsetjeneste eller fastlege til tildelingskontoret, eller ved at noen selv direkte tar kontakt. Primærkontakter i hjemmesykepleien eller demenskontakt i demensteam for de som ikke har hjemmesykepleie, får ifølge prosedyren ansvar for å følge opp personen med demens med et strukturert hjemmebesøk hver 3. måned. Sammen med prosedyren er det utarbeidet en sjekkliste med områder som skal følges opp og en veileder til sjekklisten. Prosedyren skal prøves ut i to soner i hjemmesykepleien og et døgnbemannet bofellesskap høsten 2023 før evaluering og justering, etter dette implementering i drift.

Hvorfor det ble valgt:

Kongsberg kommune merker som andre kommuner en økning i antall personer som får demens. Kongsberg kommune har et demensteam og har hatt en prosedyre for hvordan demensteamet skal følge opp personer med demens. Prosedyren er gammel og gir ingen tydelig beskrivelse av hvilken oppfølging personen med demens får foruten hjelp med utredning og kontakt 6.-12.måned. Demensteamet har erfart at dette ikke er bra nok. For den som er ny i rollen som demenskontakt mangler det tydelig beskrivelse av hva man skal gjøre. For den som har fått en demensdiagnose blir det for lite forutsigbarhet over oppfølging. «Ta kontakt hvis det er noe» kan være vanskelig for en person med demens å forholde seg til. Personer med demens er en sårbar gruppe og ofte ikke de som aktivt etterspør tjenester, eller ser at de kan ha nytte av tjenester. I tillegg har ressursene til å jobbe systematisk med oppfølging av personer med demens stått stille de siste 10 årene. Økningen av personer med demens i årene som kommer har blitt satt på agendaen med hjelp fra både «[Demenskartet](#)» og «Leve hele livet reformen» Når USHT Viken (Akershus og Buskerud) skulle starte opp læringsnettverket «Rett tiltak til rett tid» ble det besluttet at Kongsberg kommune skulle delta i dette læringsnettverket nettopp for å jobbe systematisk med gode pasientforløp for disse pasientene og deres pårørende. Deltakelse

ble forankret i seksjonsledergruppa i helse- og omsorg og med et prosjektmandat der kommunalsjef var prosjekteier.

Hvordan det ble gjennomført:

Det er etablert et prosjektstyre med kommunalsjef, tillitsvalgt for Norske Sykepleieforbund, seksjonsledere for hjemmesykepleie, institusjonstjeneste, forvaltningsavdeling og demenskoordinator. Kommunalsjef har vært prosjekteier og demenskoordinator prosjektleder og sekretær. Prosjektstyret har hatt fem styringsgruppemøter.

Videre ble det etablert en prosjektgruppe som har vært deltakende i læringsnettverket. Prosjektgruppen har bestått av demenskoordinator, seksjonsleder for forvaltningsavdelingen, avdelingsleder fra en base i hjemmesykepleien, fagsykepleier ved et døgnbemannet bofellesskap, og to demenskontakter. Prosjektgruppa har hatt syv møter. Demenskoordinator har hatt teamlederrollen og vært måleansvarlig i læringsnettverket.

Målinger: I uke 44 – 2022 ble det gjort en baseline måling i alle soner i hjemmesykepleien og ved ett døgnbemannet bofellesskap på hvor lang tid det var siden sist systematiske oppfølging fra demensteam. Snitt for hjemmesykepleien ble 18,9 uker og for bofellesskapet 27,6 uker. Måling viste stor variasjon for når brukere sist var fulgt opp. Noe er nok naturlig da brukere kartlegges til ulike tider av året første gang og ved en baseline måling i en bestemt uke vil dette gi utslag. Samtidig mistenker man også at noe er en kombinasjon av at man har manglet gode rutiner for systematisk oppfølging, hva som skal inngå og pressede ressurser i demensteamet med økende antall brukere slik at det prioriteres utredningsbesøk, de som ber om det/ der pårørende tar kontakt eller der det er store endringer. Det planlegges nye målinger i avdelingene som prøver ut ny praksis for å se om tallene nærmer seg 12 uker. I tillegg til baseline måling planlegges det at man teller bruk av sjekklister i utprøvningsfasen og ser dette opp mot antall brukere som har fått oppfølging.

Intervju: Det skal gjennomføres et gruppeintervju av seks ansatte i forkant av at prosedyre prøves ut. I dette intervjuet ønsker man å innhente ansattes erfaringer i å jobbe med

personer med demens, deres pårørende, kunnskap om sykdommen og tanker rundt oppfølging av personer med demens i forkant av prosjektet. Nytt gruppeintervju planlegges også i etterkant av utprøvningsfase. Data skal brukes både når man skal planlegge opplæring i prosedyren samt ved evaluering og videre arbeids med prosedyren.

Forankring: Det er gjennomført ett informasjonsmøte med avdelingsledere i hjemmesykepleien og ett informasjonsmøte med avdelingsledere og fagrådgiver i institusjonstjenesten samt et samarbeidsmøte med fagrådgiver, leder, fagsansvarlig og demenskontakt ved avdelingene som skal prøve ut prosjektet. Det er satt opp møtepunkter utover høsten. Det er informert om prosjektet og status til politikere i utvalg for helse og omsorg 28.02.23.

Bruker- og pårørendemedvirkning:

Kongsberg demensforening har vært referansegruppe i prosjektet. De er et lokallag tilsluttet Nasjonalforeningen for folkehelse og en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Demenskoordinator er kommunekontakt og med i styret i lokallaget og har hatt jevnlig informasjon om prosjektet i styret. Styret har kommet med innspill til prosedyre veileder og sjekklister og bistår i intervju av brukere.

Det har vært gjennomført dybdeintervju av noen brukere og pårørende om deres erfaring med og tanker om oppfølging fra kommunen som ledd i arbeidet. Data er ikke ferdig behandlet ennå men noen punkter som har kommet frem er:

Fra brukere: Føler seg godt ivaretatt, opplevde det fint å bli kontaktet også før fikk diagnose, at bruker kunne kontakte demensteamet når man lurte på noe ble formidlet tydelig og gav trygghet, neste avtale ble skrevet ned i almanakk ble trygt for den som glemte, passe hyppighet på avtaler, fornøyd med de fleste tjenestene, førsteinntrykk på dagtilbud setter seg. Refleksjon: noe vanskelig å finne gode respondenter. Opplevde å måtte se til brukere i tidlig fase. Da har man ofte ikke så stort hjelpebehov så det kan ha påvirket svarene. Må trolig også se til svarene som de pårørende gir.

Fra pårørende: Gjennomgående at alle pårørende syntes jevnlig oppfølging er bra, og at de på den måten føler endringer blir fanget opp og at pårørende kan få veiledning etter

behov. Noen mente at oppfølgingen var sporadisk, mens noen andre sa at oppfølging var jevnlig og avtalt fra gang til gang. Det kan være med å bekrefte mistanke man har hatt om at manglende prosedyre og pressede ressurser fører til ulikhet. Videre er det flere pårørende som trekker frem dette med aktivitetstilbud til de med demens, at det kunne vært bedre og da avlastning til pårørende. Viktig å ha et bra innhold i tilbudene, slik at pasient/bruker trives. Oppstarts samtale er også nevnt i tanke på oppstart av tjenestene.

DEMENSFORLØP

Kommunene har som beskrevet tidligere jobbet ulikt i tilnærmingen av gode demensforløp i henhold til hva behovet for utvikling og etablering har vært i den enkelte kommune. Vi velger under dette punktet å beskrive kort forbedringsteamenes arbeid fra hver kommune for å belyse hvordan de har jobbet og planen de har for videre arbeid. Dette vil derfor fremstilles ulikt for hver kommune.

USHT Viken (Akershus)

LILLESTRØM KOMMUNE:

Forbedringsteamet besto av seksjonsledere, hjelpepleier på demensrute i hjemmesykepleien, demenskoordinator og rådgiver.

Lillestrøm kommune hadde som mål å *«heve kompetansen hos alle ansatte i bruk av tillitsskapende tiltak til personer med demens, der det er utfordrende å gi helse og omsorgstjenester»*. De har hatt fokus på tre ulike tiltak som kan bidra til dette, undervisning, veiledning og refleksjonsgrupper for ansatte. Den største endringen som er oppnådd er at ansatte i tjenesten snakket mer om utfordringene i møte med personer med demens, og balansen mellom unnlattelse av tjenester og det å bruke makt positivt ved bistand.

Før tiltakene ble iverksatt ble det gjennomført en spørreundersøkelse i tre seksjoner hos hjemmesykepleien. Spørreundersøkelsen hadde fokus på verbal og nonverbal kommunikasjon og tillitsskapende tiltak. Deretter ble det holdt undervisning med veiledning og refleksjoner i gruppe to ganger per seksjons for å nå flest mulig ansatte. Etter tiltaket ble det sendt ut ny spørreundersøkelse.

Det kom frem at undervisning skapte mer bevissthet i møte med den sårbare; personer med demens, men også hvilke tiltak er viktig under dette møte for å skape tillit:

- Kroppsspråk, toneleie og folkeskikk
- Tydelig og rolig kommunikasjon
- Smile, hilse og introdusere seg selv, snakke med en lav tone
- Tillit
- Tålmodighet, trygghet og høflighet
- Kjenne personenes historie
- Starte samtale med et emne som er kjent og nært, slik skape en god relasjon i forkant av den hjelpen som jeg skal forsøke å tilby.
- Ha kunnskap og trygghet i meg selv
- Vennlighet, interesse og imøtekommenhet
- Tilstedeværelse
- Ta seg god tid og vise dette i ord og kroppsspråk.

Gjennom hele prosjektet er det jobbet med forankring i ledergruppen. Et av suksesskriteriene har vært god informasjon fra ledelsen på ulike kanaler til ansatte, men også ha en hjelpepleier i forbedringsteamet. Det er planlagt å involvere resterende av seksjonene i hjemmesykepleien for videre implementering. Da vil demenskoordinator og hjelpepleier i forbedringsteamet fortsette med undervisningstilbudet. God informasjon ut til ledere og ansatte har skapt interesse og engasjement.

Veien videre vil forbedringsteamet dele erfaringer om forbedringsmetodikken, alle seksjoner skal gjennomføre undervisning med tema «Tillitsskapende tiltak», fast undervisning i året om «møte med personer med demens», men også

kommunikasjonsutfordringer. Slutten av 2023 vil forbedringsteamet gjøre en evaluering av forbedringsarbeidet som er gjort i kommunen.

NES KOMMUNE:

Forbedringsteamet besto av demenskoordinator, hjelpepleiere og pårørenderepresentant.

Målet for forbedringsarbeidet «*fange opp personer med demens i en tidlig fase, for tidlig utredning og tidlig oppfølging*». Hovedtiltaket var å spre kunnskap og informasjon om demens til innbyggere, fastleger, helsetjenesten og bedre samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Det ble satt i gang flere ulike tiltak for å nå målet:

- Delt ut informasjonsbrosjyrer om demens til utvalgte i Nes kommune (legekontor, bibliotek, servicetorget, eldresenter, sykehjem og apotek). Deltagere fra turgruppen for yngre personer med demens bisto med utdelingen og lokalavisen ble koblet på som resulterte i et innslag i avisen.
- Innlegg og dialog fra hukommelseskoordinator på møte med fastleger og kommuneoverlege i kommunen. Det ble også levert ut mapper med oppdaterte skjemaer.
- Organisert «Demenskveld» i samarbeid med lokalbiblioteket og Nasjonalforeningen for folkehelse. Politikere var invitert spesielt til denne kvelden. Lokalavisen ble brukt for å reklamere for tilbudet. Alle i forbedringsteamet bisto på stand hele kvelden.
- Innlegg om demenssykdom fra demenskoordinator på «Eldredagen» i kommunen. Lokalavisen var koblet på.
- Undervisning om demenssykdom hos ulike foreninger (pensjonsforeningen og sanitetsforeningen). Dette var etter etterspørsel.
- Økt aktivitet på hukommelseskoordinator i kommunen sin konto på Facebook. Mye informasjon om lokale aktiviteter, tilbud, bilder og ulike innlegg om demenssykdom.

Dette har resultert i økt fokus på demens i kommunen og i lokalavisen. Fått gode tilbakemeldinger fra fastlegene som har vært en viktig del av dette arbeidet. Det er prøvd ut et skjema for å måle antall henvendelser, klikk på Facebook. Ser ingen klar tendens, men fått flere følgere på Facebook siden.

Ledelsen og ansatte har fått informasjon fra forbedringsteamet. Teamleder er invitert til ledermøte for å gi status på forbedringsarbeidet. Det ble gitt ut skriftlig informasjon, brosjyrer og kunngjøringer gjennom forbedringsarbeidet. På samarbeidsmøter med hjemmetjenesten, sykehjem og demenskoordinator var det mer fokus på demens, kognitiv kartlegging for pasienter på avlastning og korttidsopphold der det var tilpasset til personer med kognitiv svikt. Fokus gjennom forbedringsarbeidet på opplæring om demens, herunder ABC-opplæring der ledere ble mer involvert.

Videre skal det utføres «demensuke» i hjemmesykepleien i kommunen for å øke kompetansen til ansatte, slik at de lettere kan oppdage symptomer på demenssykdom og henvise de til riktige instanser tidligere i forløpet. Brosjyre om demensomsorgen i Nes kommune vil bli delt ut til spesialisthelsetjenesten når den er oppdatert, slik at de lettere kan gi informasjon om tilbudet i kommunen til brukere de utreder for demenssykdom. Det vil forøkes å hospitere i spesialisthelsetjenesten. Det er planlagt oppstart av demenskor i kommunen. Motivasjonen er stor for å fortsette forbedringsarbeidet og tiltakene. Vil fortsette med jevnlig møter og nevnte tiltak. Vil prøve å få flere deltagere i forbedringsteamet for mer tverrfaglig samarbeid.

NITTEDAL:

Forbedringsteamet besto av hukommelseskoordinator, spesialhjelpepleier på dagsenter, tildeling, konsulent for fritidskontakter og to fra hjemmesykepleien.

Målet for forbedringsarbeidet var å "gi et annet tilbud til de som ikke kan/ønsker å ta imot ordinært dagaktivitetstilbud samt hjelpe de pårørende som trenger avlastning hjemme. Gi et tilbud til yngre pasienter med demens sykdom. Fritidskontaktene (støttekontaktene) kan tilby personlig og individuell kontakt, avlastning når det passer". For å nå målet er det gjort flere tiltak.

- Etablert og prøvd ut fritidskontaktordning
- Opplæring og oppfølging av fritidskontakt
- Innhentet tilbakemeldinger fra bruker og pårørende
- Artikkel i lokalavisen for informasjon til innbyggere og et tiltak for å rekruttere nye fritidskontakter
- Lage et kartleggings-/tilbakemeldingsskjema til brukere og pårørende

Ved jennomføringen av disse tiltakene har endre tankegangen til kommuneansatte, og skapt et kreativt miljø for å se på ulike måter å bruke kommunale tilbud som allerede finnes og utvidet disse. Se på andre måter å gi et godt tilbud til personer med demenssykdom og deres pårørende slik at alle blir ivaretatt og hørt. Dette har ført til at et nytt tilbud er skapt for yngre personer med demenssykdom, som gir en individuell og personlig oppfølging. Et slikt samarbeid i læringsnettverk har skapt tettere og bedre samarbeid på tvers av enhetene i helse- og omsorgssektoren. Tilbudet om fritidskontaktordning har blitt tatt imot positivt og fått gode tilbakemeldinger.

For å involvere ledelsen og ansatte i forbedringsarbeidet ble det holdt et seminar før oppstart av læringsnettverket. Der ble det diskutert hvilke tilbud personer med demenssykdom hadde i kommunen. Denne prosessen ga et klart bilde av forbedringsområdet, som var bedre tilbud til yngre personer med demenssykdom, som var manglende i kommunen på det tidspunktet. Dette gjorde at alle var med å velge målet for arbeidet i læringsnettverket. Videre fikk ledere og ansatte ansvar for å videreføre informasjon om forbedringsarbeidet i jevne mellomrom.

I prosessen var det jevnlig kontakt med brukere og pårørende. Vi vil også bruke en av brukerne til å være brukerrepresentant og intervjues på senere tidspunkt i arbeidet. Videre

skal det innhentes flere tilbakemeldinger fra brukere, pårørende og fritidskontakter når kartlegging-/tilbakemeldingsskjema er ferdig utviklet.

Det vil komme en artikkel i lokalavisen om demenssykdom, informasjon om arbeidet i læringsnettverket «rett tiltak til rett tid» og om fritidsordningen. Det vil være et økt fokus på rekruttering av nye fritidskontakter fremover, for å kunne fortsette med ordningen og gi yngre personer med demenssykdom godt og tilpasset tilbud.

NORDRE FOLLO:

Forbedringsteamet besto av spesialrådgiver i fagsjef og utviklingsteam, rådgiver og sykepleier, saksbehandler, demenskoordinator, fagsykepleier hjemmetjenesten, fagarbeider dagsenter, ergoterapeut og lege.

Nordre Follo hadde mål om å *“Kartlegge og få oversikt over tjenestetilbudet til personer med demens i Nordre Follo kommune”*. Delmål var å identifisere utfordringer og muligheter og foreslå videre tiltak for tjenesteutviklingen, med kostnad og gevinstanalyse.

Mandatet fra toppledelsen var tydelig, og de skulle bruke dette læringsnettverket til å starte kartleggingsprosessen. Dette er en viktig og stor prosess, derfor kom de frem til å bruke ulike medvirkningsprosesser for å få et oversiktsbilde. Det ble gjort dybdeintervjuer av pårørende til personer med demens som var i ulike deler av demensforløpet. Ble lagd en spørreundersøkelse som var rettet mot fastelegene og en workshop med ansatte. I tillegg til dette ble det satt opp treffpunkt for ledelsen. Dette bidro til å få et bedre oversiktsbilde, og fått en prioriteringsmatrise som består av forbedringstiltak, og de mest omfattende tiltakene er beskrevet med kostnader, gevinster og handlingsoppfordringer. Satt temaet demens på dagsorden, både politisk og i den administrative ledelsen, som har skap god forankring og etterspørsel av resultater. Vært god involvering av de ansatte da forbedringsteamet er besått av ansatte fra ulike deler av tjenesteforløpet som nevnt tidligere. Kommunalsjefen for helse og mestring la inn bestillingen for arbeidet, og blitt oppdatert forløpende. For å få med politikere har arbeidet blitt presentert i Formannskap, men også utvalg og råd.

Veien videre skal pårørende fortsatt involveres. Rapporten om forbedringsarbeidet er utarbeidet og skal presenteres for ledergruppen, som igjen skal prioritere hvilke forbedringsforslag og tiltak som skal prioriteres videre. Når dette er blitt gjort vil det settes ned utviklingsprosjekter ut fra valgte forbedringstiltak, og fortsette forbedringsprosessen. Samtidig som dette skjer skal det utarbeides en demensstrategi som er politisk bestilt.

RÆLINGEN KOMMUNE:

Forbedringsteamet består av fagledere, vernepleier fra dagsenter, ergoterapeut fra vurdering og mestringsteam, spesialsykepleier fra hukommelsesteam, Sykepleier fra tjenestekontoret hels eog omsorg, helsefagarbeider og leder fra avdeling for personer med demens og spesialsykepleier fra hjemmesykepleien.

Hovedmålet til teamet er *“innbyggere skal finne informasjon som gjør det lettere å ta kontakt med riktig tjeneste”*. Kartlegging av behovet i kommunen ble gjort ved dybdeintervju av ti pårørende til en person med demenssykdom i ulike deler av pasientforløpet. For å forbedre dette satt de inn tre tiltak.

- Skriftlig brosjyre: med informasjon om hver enkelt tjeneste. Trykke opp og distribuere ut til aktuelle steder i kommunen
- Nettside: oppdatere informasjon om tjenestene på kommunen hjemmeside
- Skjermer: legge inn informasjon om tjenestekontoret på ulike digitale skjermer rundt i kommunen

Dette har gjort at gammelt og utdatert materiell er oppdatert. Interne telefonnumre i kommunens bedriftsnett er riktige slik at de ansatte kan komme i kontakt med riktig personer og gir bruker og pårørende riktige numre. Forbedret informasjonen om tjenestene og gjort den mer tilgjengelig for innbyggere og ansatte. Kontakt informasjon til tjenestekontoret er på digitale skjermer som ruller hele døgnet på servicekontoret, legekantorene og andre viktige møtepunkter i kommunen. Dette gjelder også de

oppdaterte brosjyrene. For å måle effektene av disse tiltakene er det lagd et måleskjema som tas i bruk av saksbehandlere der telefonsamtalene ender med spørsmål om helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Hvert tiltak ble målt med to måneders mellomrom slik at man kunne se at tiltakene hver for seg ga den ønsket effekten.

For å involvere ansatte og ledere har alle deltagerne hatt ansvar for å bringe tilbake informasjon om arbeidet i sine avdelinger, og det har vært stor fordel å hatt en tverrfaglig sammensatt team. Det har blitt brukt fagmøter, avdelingsmøter og skriftelig på e-post slik at ledere kan videresende til sine ansatte. Flere kollegaer bidro med utarbeidelsen med brosjyren og innhold på nettside. Saksbehandlere er med i målearbeidet og ble godt informert ved oppstart. Enhetsledere i helse- og omsorg har hatt tilgang til alle dokumenter i egen teamsgruppe, som inneholder referat, veiledninger og ulike dokumenter som er utarbeidet gjennom året. Kommuneoverlege har vært koblet på i forbindelse med digitale skjermene på legekantorene i kommunen. Gjennom læringsnettverket har rådgivere fra avdeling for digitalisering vært koblet på ved ulike anledninger. I starten av læringsnettverket ble pårørenderepresentant med i forbedringsteamet.

Videre vil innsikten og tiltakene bli brukt inn i arbeidet til ny demensplan. Måleperioden vil bli utvidet og videre arbeid i teamet er planlagt etter siste samling i læringsnettverket med USHT Viken (Akershus og Buskerud). Planlagt erfaringsdeling og kompetansepåfyll internt i kommunen, i tillegg til informasjon og arbeidet som er gjort avdelingsvis. Det vil også gis tilbakemelding og informasjon til pårørende som var en del av kartleggingsprosessen.

ÅS KOMMUNE:

Forbedringsteamet har bestått av medarbeidere fra forvaltningen, hukommelsesteam, hjemmetjenesten, dagsenter, korttidsavdeling for personer med demens, langtidsavdeling

for personer med demens, pårørenderepresentant og hverdagekspert (dvs person med demens).

Ås kommune hadde som mål *"Ivaretagelse av pårørende i hele pasientforløpet"*. Ut fra dette har de valgt å bruke fokusgruppe intervjuet for å kartlegge hvilke tiltak som må iverksettes. Først måtte alle virksomheter som bistår og gir pleie til personer med demens se på hvilke titlak/rutiner for oppfølging gjennom pasientforløpet i sin virksomheter, og hvilke måte pårørende blir ivaretatt utover det som har med pasienten å gjøre.

Fokus gruppeintervjuene ble holdt av pårørende i arbeidsgruppen. Det var pårørende til personer med demens som var i ulike deler av pasientforløpet i kommunen som deltok. De ble delt inn i to grupper;

- Én gruppe for pårørende med fokus på forvaltningen, hukommelsesteamet og dagsenter
- Én gruppe for pårørende med fokus på korttid og langtid sykehjem.

I gruppene gjennomgikk og drøftet pårørende eksisterende rutiner og kom med innspill om hva de var fornøyd med og hva de savner. Det kom opp flere punkter de var fornøyd med, men også innspill på forbedringstiltak.

Utdrag av funn:

- **Sykehjemsavdelingene** har noe ulikheter når det gjelder rutiner for oppfølging.
 - Tiltak: samordning av sjekklister og lage eget punkt om ivaretagelse av pårørende. Gjennomgang av sjekklister og rutiner på den enkelte avdeling for å sikre lik oppfølging.
- **Hjemmetjenesten** har ikke systematisk oppfølging av pårørende pr i dag.
 - Tiltak: En av sonene vil prøve ut sjekklister for hjemmetjenesten
- **Dagsenter** små justeringer av nåværende rutiner
- **Hukommelsesteamet** – det ble ønsket en sjekklister for hele pasientforløpet.
Profilering av eksisterende nettsider
- **Forvaltningen** – mer profilering av eksisterende nettsider. Informere (mer) om demenskoordinator og andre tilbud som f eks pårørendeskole og samtalegrupper

I forbedringsarbeidet har det blitt mer fokus på pårørende og dems behov. Etter kartleggingsarbeidet har det blitt utarbeidet nye og revidering av gamle sjekklister. Gjennom arbeidet har forbedringsteamet blitt bedre kjent med hverandres oppgaver på tvers av tjenestenivåene som kan bidra til økt forståelse for hverandres hverdagsoppgaver. Det har vært god involvering av ansatte da alle tjenestene var involvert i forbedringsteamet og gitt informasjon ut. En av suksessfaktorene har vært god forankring i toppledelsen i kommunen, og de valgte fokusområdet til forbedringsarbeidet. Ledelsen var også med på å se på tiltak ut fra resultatet fra fokusgruppeintervjuet. En annen suksessfaktor har vært å ha med pårørende representat i forbedringsteamet og utførte fokusgruppeintervjuene.

Veien videre vil teamet følge opp endringene i den enkelte tjeneste for å skape enda bedre ivaretagelse av pårørende. Det vil også bruke flere av tilbakemeldingene fra fokusgruppeintervjuene til å forbedre tjenestene.

USHT Viken (Buskerud)

DRAMMEN KOMMUNE:

Forbedringsteamet var tverrfaglig sammensatt av tidligere virksomhetsleder for område innen demensomsorg, fagrådgiver for saksbehandlere, hukommelsesteam, demenskoordinator, teamleder for aktivitetstilbud, forebyggende sykepleier til senior, frivillighetskoordinator, kommuneoverlege har vært med som ressursperson og en brukerrepresentant

De tre kommunene som i 2020 ble til storkommunen Drammen hadde alle ulike tilbud til personer med demens-sykdom og deres pårørende. Dette ble opplevd som uoversiktlig og

lite brukervennlig.

Mål: «En dør inn» tjenestetilbudet er systematisk og gir en helhetlig demensomsorg

Dette har vi gjort:

- Kartlegging av tilbud og måling av henvendelser fra publikum angående demens har gitt viktig informasjon.
- Fått oversikt for kunne lage tiltak for å forenkle tilgangen til tjenestene- «en dør inn»
- Brukere har vært involvert gjennom hele prosessen; brukere og pårørende har uttalt seg om behov for informasjon, brukerrepresentant har deltatt i planleggingsmøte og kommet med viktige innspill og utkast til brosjyre er vurdert av brukere og andre.

Veien videre:

- Vi så behovet for oversikt og enkel tilgang til tjenestene og startet arbeidet med å utarbeide informasjonsbrosjyre.
- informasjonsbrosjyren skal prøves ut en periode før den evalueres
- Vi ser behov for en demenskoordinator med tydelig mandat, utarbeidelse av pakkeforløp demens og egen demensplan.

FLESBERG OG ROLLAG KOMMUNE:

Forbedringsteamet har bestått av demenskoordinatorer fra begge kommunene, samt sykepleiere og hjelpepleiere fra hjemmetjenestene og sykehjemmene

Disse to kommunene har et interkommunalt samarbeid i demensomsorgen og har valgt å være ett forbedringsteam sammen i dette læringsnettverket. De har hatt noen

utfordringer i oppstarten av læringsnettverket med lederskifte på ulike nivåer i de to kommunene og måtte begynne forankringsarbeidet på nytt. Forbedringsarbeidet har derfor blitt noe forskjøvet og forsinket.

Mål for forbedringsarbeid: Systematisk oppfølging. Bedre samarbeide med legene.

Dette har vi gjort:

- Forankring og brukermedvirkning:
- Tiltakspakken er forankret i ledelsen i begge kommuner.
- Vi har utarbeidet informasjonsmateriell, oppdatert nettsidene våre og utarbeidet sjekklister og avtaleskjemaer.
- Vi har gjennomført møte med legene og blitt enige om rutiner for bedre samarbeide.
- Vi har gjennomført de første besøkene i tiltakspakken og begynt å utføre målingene.

Veien videre:

- Vi trenger å involvere ansatte, for eksempel presentere på personalmøter.
- Fortsette med målinger for å dokumentere effekt.

FLÅ KOMMUNE:

Forbedringsteamet har bestått av demenskoordinator, avdelingsleder for sykehjemmet og kommuneoverlege

Bakgrunn: Lite kommunikasjon mellom tjenesten og fastlege etter gjennomført testing/utredning av demenssykdom

Dette har vi gjort:

- Opprettet hukommelsesteam
- Faste møter hver 6.uke

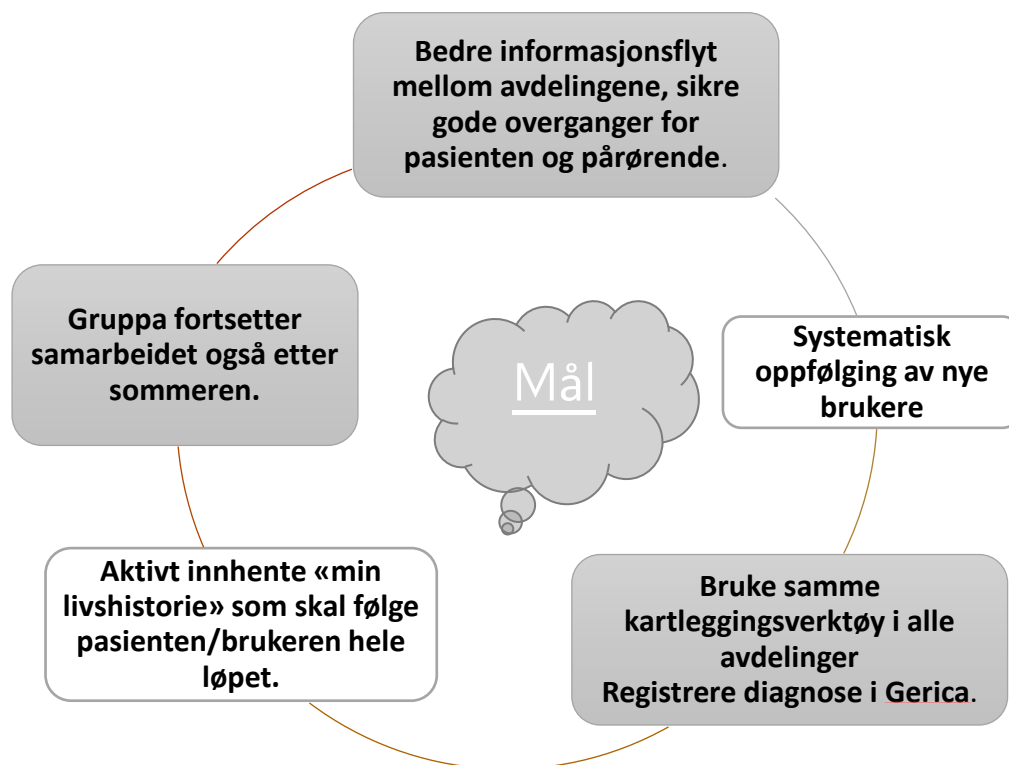
- Prosedyre på tiltakspakke demens
- Egen fane i journalsystemet Cos Doc
- Kontinuerlig kommunikasjon og samarbeid med hukommelsesteam, lege, pasient og pårørende

Veien videre:

- Lage prosedyre på henvisning til hukommelsesteamet fra lege
- At arbeidet blir videreført og forankret i ledelse, administrasjon og alle ansatte

GOL KOMMUNE:

Forbedringsteamet har bestått av avdelingsleder, deltaker fra hjemmetjenesten og sykehjemmet, demenskoordinator.



Dette har vi gjort:

- Bruke samme kartleggingsverktøy i alle avdelinger.
- Åpne for at journalen kan leses av både institusjon og hjemmetjenesten hos felles pasienter.
- Utvikle samarbeidet med fastlegene – riktig diagnose.
- Tiltakspakke demens – systematisk oppfølging.
- Innføre «min livshistorie» så tidlig som mulig.
- Velferdsteknologi på et tidlig stadium.
- God kommunikasjon med pårørende, samarbeidsmøter.

Veien videre

- Grappa fortsetter samarbeidet – møte en gang pr. måned.
- Samarbeid på tvers av avdelingene – sømløse tjenester.
- Systematisk samarbeid med fastlegene.
- Jobbe med personsentrert omsorg.
- Tiltakspakke demens.
- Vurdere velferdsteknologiske løsninger ved tildeling av tjenester tidlig i forløpet.

KONGSBERG KOMMUNE:

Forbedringsteam var tverrfaglig sammensatt med demenskoordinator, seksjonsleder for tjeneste og utviklingsavdelingen, avdelingsleder hjemmetjenester, fagsykepleier fra bofelleskap og demenskontakter i 2 ulike hjemmetjenestebaser.

Gode og sammenhengende tjenester er ett av innsatsområdene i demensplan 2025.

Kongsberg kommune mangler verktøy for å sikre gode pasientforløp for personer med demenssykdom. Involvering: det er etablert en styringsgruppe og prosjektgruppe.

Informert politikere i helseutvalg, på avdelingsledermøter og i demensteam.

Mål: Alle personer med demensdiagnose i Kongsberg kommune skal tilbys strukturert oppfølging hver 3. måned.

Dette har vi gjort:

- Tiltak: Utarbeidet prosedyre, sjekklister og veileder for systematisk oppfølging som skal prøves ut.
- Målinger: Baseline måling: snitt 18,9 uker siden sist oppfølging. Stor variasjon og ulikhet.
- Brukermedvirkning: Kongsberg demensforening, dybdeintervju av brukere og pårørende
- Endringer: Primærkontakter i hjemmesykepleien får ansvar for å følge opp pasienter med demenssykdom.

Veien videre:

- Forankring, implementering og opplæring ansatte.
- Utprøving i 3 avdelinger høst- 23
- Videre måling: Telle bruk av sjekklister i utprøving opp mot antall pasienter fulgt opp.

LIER KOMMUNE:

Forbedringsteamet har bestått av rådgiver (fra stab kommunalsjef), demensveileder og aktivitetskontakt

Mål: Tidlig diagnose, bedre/tettere samarbeid med fastlegene, øke kunnskap om demens

- Dette har vi gjort

- Implementert rutine for «Teambasert demensutredning»: fellesmøte med fastlege, hukommelsesteam, bruker, pårørende
- Etablert ny nettside om demensomsorg
- Ny Facebook-side (Leve hele livet 60+)
- Sanggruppe for personer med demens startet
- Aktivitetsvenn-program etablert, kurs avholdt
- Funksjonsbeskrivelser innen demensomsorg utviklet/revidert og implementert
- Flere demenskontakter lokalt på institusjonene (fra 8 til 14)
- Bedre samhandling internt
- Fra 6 (2022) til 9 opplæringsdager (2023)
- Støttet reetablering av Lier demensforening
- Demensplan påbegynt

Veien videre:

- Demensplan ferdigstilles 2023
- Sanggruppe må sikres langsiktig finansiering og faglighet
- Fokus på internopplæring
- Styrke politisk forankring
- Sikre implementering av rutinen "Teambasert demensutredning"
- Fortsette aktivitetsvennprogram
- Styrke samarbeid med eksterne aktører (Lier demensforening, frivillige organisasjoner)
- Fortsette kompetanseløft

NORE OG UVDAL KOMMUNE:

Forbedringsteamet har bestått av virksomhetsledere, teamleder og ansatte fra Hukommelsesteamet i kommunen. Leder av arbeidsgruppa rapporterer til kommunalsjef Helse og omsorg. Bestilling kom fra kommunalsjef om å være med i prosjektet «Rett tiltak til rett tid».

Mål: Innføre tiltakspakke demens

Dette har vi gjort

- Vi redigerer ny Demensplan i kommunen.
- Forbedre samarbeid med fastlegene i kommunen.
- Ut ifra dette har vi utarbeidet skjema for kartlegging og målinger av demensdiagnoser fra legene.
- Gjennomført kurs demensvennlig samfunn
- Bedre samarbeid med legene, avtalt møter 2 ganger pr. år.
- Opprettet 20 % demenskoordinator stilling
- Demensplan 2023-2027 er under redigering

Veien videre

- Koble videre med Tiltakspakke demens
- Involvere bruker, pårørende og kollegaer

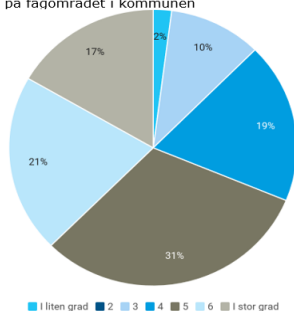
BRUKER- OG PÅRØRENDEMEDVIRKNING

En likeperson fra Nasjonalforening for folkehelsen har vært med og bidratt med innlegg i læringsnettverket. Det har også vært innlegg om pårørendefokus i demensomsorgen, med både egenerfaring og teori.

Det har vært har vært poengtert viktigheten av brukermedvirkning under samlingene, både fra Nasjonalforeningen for folkehelsen og pårørende. Forbedringsteamene har helt fra oppstarten blitt oppfordret til å ha kontakt med og inkludere brukere og pårørende gjennom sitt forbedringsarbeid. Flere team har med seg en brukerrepresentant i sitt arbeid, på ulike måter. Flere forbedringsteam har også hatt med pårørende i sitt kartleggingsarbeid, eller intervjuet flere for å se på hvordan de kan bli bedre med pårørendesamarbeidet.

Temaer som pårørendesamarbeid og brukermedvirkning har vært en av mange temaer i lunsjwebinar -rekken som er opprettet i samarbeid med prosjektledere i USHT Viken (Akershus, Buskerud og Østfold), USHT Oslo og USHT Innlandet (Hedemark og Oppland)

10. Nettverkssamlingen har gitt meg ny kunnskap om hvordan ivareta eller involvere brukere/pårørende i arbeidet på fagområdet i kommunen



88% av de som har svart på evalueringen sier de har fått ny kunnskap om hvordan ivareta bruker - og pårørendemedvirkning i sitt forbedringsarbeid. Dette viser oss i USHT Viken (Akershus og Buskerud) at deling av kunnskap, innsikt og fokus på bruker- og pårørendemedvirkning har vært viktige tema både underveis og i læringsnettverkets samlinger.

personer som har en rolle inn mot demensomsorgen og kan avsette tid til slik arbeid. Det har også noe å si om hvor langt kommunene har kommet med sitt strategiske arbeid innen dette feltet, og om det er forankret i toppledelsen og det politisk nivå, og ikke minst i kommunenes handlings - og økonomiplanverket.

Forbedringsarbeidet har tilført ny praksis i kommunene som har gitt fordelere for alle berørte parter og innbyggere, blant annet:

- Bedre forståelse og tilrettelegging for å opprette samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- Bedre arbeidsprosesser og enhetlig tjenesteutøvelse innen demensomsorgen internt i kommunen
- Bedre systematisk oppfølging av personer med demenssykdom og deres pårørende
- Økt opplevelse av ivaretagelse, trygghet og mestring for personer med demenssykdom og deres pårørende
- Økt kunnskap og tilnærming til personer med demenssykdom.

Prosjektledernetverk – USHT øst

USHT Viken (Akershus, Buskerud og Østfold), USHT Innlandet (Hedmark og Oppland) og USHT Oslo inngikk et samarbeid tidlig i planleggingsfasen i læringsnettverket.

Utgangspunktet var en felles søknad om midler til å bidra til at kommunen jobber systematisk med Demensplanen 2025. Første fase av planlegging hadde vi fokus på hvordan bruke læringsnettverk som metode, og hva det bidrar til og hva som er utfordrende. Gjennom hele prosjektledernetverket har vi delt erfaringer på tvers og gitt tips og triks til hverandre. Vi har veiledet hverandre når det har oppstått utfordringer og usikkerhet. Vi har satt opp tre læringspunkter som har vært positivt for vårt samarbeid.

LÆRINGSPUNKT 1: Dannet et prosjektledernetverk

Suksessfaktorer:

- Ressursutnyttelse
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester nasjonalt ser mer samlet ut for kommunene
- Utnyttelse av prosjektmidler
- Nytenkende og innovative
- Åpne lunsjwebinar med tema fra Demensplanen 2025.

LÆRINGSPUNKT 2: Gjennomførte læringsnettverkssamlingene både fysisk og digitalt

Suksessfaktorer:

- Flere kan delta
- Kostnadseffektivt
- Effektiv kunnskapsdeling
- Erfaringsdeling på tvers
- Nettverksbygging
- Lavere terskel for deltagelse

LÆRINGSPUNKT 3: Tilby prosessveiledning underveis i hele læringsnettverkets periode

Suksessfaktorer:

- Strukturert veiledning etter modell for kvalitetsforbedring
- Veiledning tilpasses til prosessen forbedringsteamene er i og kan følges opp i læringsnettverket
- Prosjektleder/prosessveileder har mer oversikt over teamenes arbeid og innsikt i hva de trenger veiledning på
- Digitale og fysiske prosessveiledning, ga flere muligheter for flere møter
- Teamene får veiledning, «der de er», i forbedringsprosessen
- Fanger opp og kan korrigere underveis i forbedringsarbeidet
- Sikrer at metodikk for kvalitetsforbedring følges

VEIVISER DEMENS

Vi har laget en kort informasjonsvideo der [demenskartet](#), de [nasjonal faglige retningslinjene](#) for demens og [veiviser demens](#) er fremhevet. Den ble vist i workshopen, på demensnettverkssamling der forbedringsarbeidet ble presentert og sendt til alle team i etterkant.

Flere er kjent med [Veiviser demens](#), og vi har også hatt fokus på dette i samlingene. Det har kun kommet positive kommentarer til nettsiden, og er flere som bruker den. Flere team bruker veilederen og har introdusert den til flere i kommunen, også fastlegene.

Det ble brukt [Menti](#) for å undersøke om kommunene hadde innspill til forbedringer av [Veiviser demens](#). Over halvparten av deltagerende hadde ingen tilbakemeldinger. Kom inn fem forslag til videreutvikling, «lage tilhørende flytkart», «lenker til ulike fullmakter», «mer rettet mot pårørende», «gjentar seg- gjøre den kortere», «tips til forhåndssamtaler» og «Gjøre den mer synlig/publisering».

De Nasjonale faglige retningslinjene for demens har blitt brukt gjennom hele læringsnettverket og prosjektlederne ønsket å undersøke hva deltagerne brukte/bruker den til og hvordan. Resultatet viser at den blir hyppig brukt av fagpersoner innenfor helse og omsorg, og er en støtte til det arbeidet som blir gjort i kommunene.



ANNET

HVA UTVIKLINGSSENTER FOR SYKEHJEM OG HJEMMETJENESTER MÅ JOBBE VIDERE MED FOR Å VIDEREUTVIKLE GODE DEMENSFORLØP?

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester nasjonalt sine ansatte bør ha kompetanse som gode prosessveiledere og tilby bidrag inn i prosessene der kommune «er» i sitt arbeid. Være med i planprosesser før politiske planer og dokumenter skal vedtas. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester nasjonalt må også fortsette å være gode formidlere av demensplan 2025, [veiviser demens](#) og de ulike nasjonale retningslinjer og veiledere, samt forskning innen feltet gjennom flere kanaler som demensnettverk og andre fora for kunnskapsdeling.

HVA KOMMUNENE MÅ JOBBE VIDERE MED FOR Å ETABLERE GODE DEMENSFORLØP?

Den kommunale helse- og omsorgssektoren er et stort og komplekst felt som får stadig flere oppgaver. Det betyr at det blir mange retningslinjer og veiledere å forholde seg til i de ulike tjenestene. Etter at læringsnettverket er avsluttet anbefales det at kommunene fortsette å jobbe systematisk og med kontinuerlig forbedringsarbeid. Arbeidet bør forankres godt hos ledelsen, i organisasjonen hos ansatte, i det politiske nivået og i

handlings - og økonomiplaner i kommunene. Slik kan man sikre nok ressurser og forståelse til å etablere, følge opp, evaluere og forbedre arbeidet innen de ulike tjenestene

For at kommunen skal lykkes med implementering av nasjonale veiledere og retningslinjen er det viktig at de planlegger arbeidet godt og benytter en modell for systematisk forbedringsarbeid. De riktige nøkkelpersonene i kommunen må være en del av forbedringsarbeidet slik at man får en praksisnært og reel forbedring i kommunen.

Erfaringen fra et læringsnettverk er svært positiv da kommunene har fått gode og aktive metoder gjennom en periode og vil være mer rustet til å stå i implementeringen. Gjennom prosessen vil det være mulig for kommunen å ta kontakt med USHT som vil bistå med veiledning slik at de får den støtten de trenger da dette er en krevende prosess. Dette kommer også godt frem i [En oppsummering av kunnskap «hvordan kan retningslinjer og veiledere implementeres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?»](#).

BEHOV FOR SAMARBEID MELLOM UTVIKLINGSENTRENE?

Vi mener og tror at det er en stor gevinst at Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester nasjonalt samarbeider tettere og fremstår som mer enhetlig ut mot de ulike kommunene og regionene. Det har mye å si for omdømme og forståelsen om hva kommunene faktisk kan få hjelp til, sett opp mot samfunnsoppdraget og felles mål.

Vi som prosjektgruppe har benyttet ulike kanaler for å få ut informasjon om læringsnettverket, gode demensforløp og Demensplan 2025, bl. annet så har vi i Buskerud og Akershus har laget kort informasjonsfilm om prosjektet som ble sendt på e-post til ulike ledernivå og demensnettverk. Det ble laget en film av prosjektledernetverket for å vise hva og hvordan vi har jobbet sammen og det har blitt produsert lunsjwebinar som ble vist og var åpent for alle kommuner og fagfolk. Det planlegges nå å starte en podkast i regi av Akershus for å spre og dele kompetanse og kunnskap.



Følg oss på:

USHT Viken (Akershus):

www.facebook.com/utviklingscenter

for sykehjem og hjemmetjenester i Viken- Akershus

Kontakt oss på mail: usht@lorenskog.kommune.no,

www.lorenskog.kommune.no/usht eller www.utviklingscenter.no

USHT Viken (Buskerud):

www.facebook.com/usht Viken -Buskerud.

Kontakt oss på mail: usht@drammen.kommune.no,

www.drammen.kommune.no/usht eller www.utviklingscenter.no