

# Tiltakspakke demens Østfold

Januar 2025



# INNHold

|   |    |
|---|----|
| Innholdsfortegnelse .....                     | 2  |
| TILTAKSPAKKE DEMENS .....                     | 3  |
| Bakgrunn .....                                | 3  |
| Min Livshistorie .....                        | 6  |
| Medbestemmelse/ Personsentrert omsorg .....   | 6  |
| Informere om demens .....                     | 6  |
| Kognitiv funksjon .....                       | 7  |
| Verktøy .....                                 | 7  |
| Samtykkekompetanse .....                      | 7  |
| Når skal du vurdere samtykkekompetanse? ..... | 8  |
| Forhåndsamtale .....                          | 8  |
| Psykisk funksjon .....                        | 9  |
| Rus .....                                     | 10 |
| Væske og ernæring .....                       | 10 |
| Tannhelse/munnhygiene .....                   | 11 |
| Gangfunksjon, falltendens og bevegelse .....  | 12 |
| Søvn døgnrytme .....                          | 12 |
| Personlig Hygiene .....                       | 13 |
| Eliminasjon .....                             | 14 |
| Medisinsk oppfølging/ infeksjon .....         | 14 |
| Legemidler .....                              | 16 |
| Smerter .....                                 | 16 |
| Sanser .....                                  | 17 |
| Boforhold/ sikkerhet i hjemmet .....          | 18 |
| Pårørende .....                               | 18 |
| Hverdag med mening .....                      | 19 |
| Økonomi .....                                 | 19 |
| Velferdsteknologi/ hjelpemidler .....         | 20 |
| Kontaktpersoner .....                         | 22 |
| Tilbud i kommunen: .....                      | 23 |
| Sjekkliste .....                              | 24 |
| KILDER .....                                  | 27 |

# TILTAKSPAKKE DEMENS

## Bakgrunn

Tiltakspakke demens er i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for demens. Behovet for en strukturert arbeidsmetode for deg som jobber med personer med demens er lagt til grunn for tiltakspakke demens Østfold. Personer med demens tilhører en sårbar gruppe, når sykdommen utvikler seg vil personen ha økende behov for hjelp til å mestre egen helse og hverdag. God medisinsk og helsefaglig oppfølging kan forebygge trusler mot pasientsikkerheten og forverring av symptomer ved demenssykdommen. Personsentrert omsorg er en rett personer med demens har ifølge FN konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Ved å strukturere arbeidsoppgavene for systematisk oppfølging av personen med demens vil medbestemmelse kunne sikres ved å oppnå forutsigbarhet i en uforutsigbar hverdag.

## Hva er?

Tiltakspakke demens er en arbeidsmetode for deg som arbeider med personer med demens og deres pårørende. Metoden beskriver arbeidsoppgavene som du skal følge opp og den bidrar til en etablert, faglig og systematisk oppfølging av personer med demenssykdom og deres pårørende. Tiltakspakke demens er forankret i kommunehelsetjenesten og tilbys aktuelle pasienter. Tiltakspakke demens kan starte når det er mistanke om at personen har demens eller når pasienten er utredet og har fått demens diagnose.

Etter en demensutredning blir aktuelle hjelpetiltak vurdert og eventuelt igangsatt med oppfølging av demensteamet.

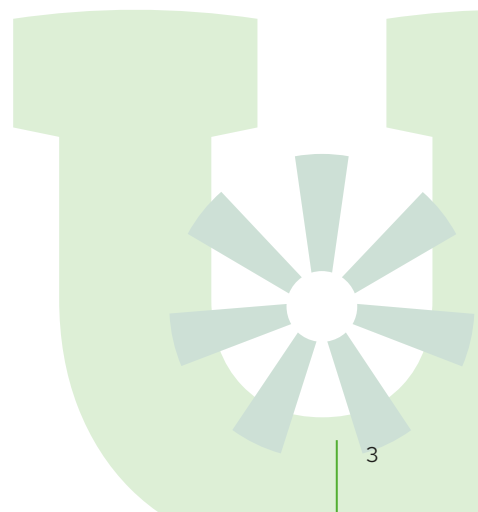
## Målsetning

At personer med demens opplever trygghet, verdighet og mestring

At riktige tiltak fattes til rett tid

Sikrer samarbeid med pårørende

Styrke pasientsikkerheten ved systematisk oppfølging



## Hva innebærer tiltakspakke demens:

- **Ressursperson/Kontaktperson** personer med demens som har fått tilbudet om tiltakspakke demens, og har fått primærkontakt/kontaktperson.
- **Dokumentasjon** – Kartlegging, bli kjent, hva er viktig for meg.
- **Medbestemmelse** – Personen med demens skal gis mulighet for å planlegge for fremtidig omsorg
- **Samarbeid** – Kartlegg og dokumenter, hvilke som er de vanligste aktørene rundt pasienten
- **Verktøy** – Hvilke verktøy er tilgjengelige som, guide til forhåndssamtale, sjekklister, ADL verktøy
- **Informere** – Personen med demens trenger informasjon, råd og veiledning. Hvordan systematisere informasjonen og dele den opp.
- **Sjekkliste** – systematisert liste over oppgaver og prioritering av oppgavene.
- **Min livshistorie** – ment som hjelp for personer som har fått en demensdiagnose eller kognitiv svikt.

I første del av sykdomsforløpet vil Tiltakspakke demens ofte være pasientens og pårørendes eneste kontakt med kommunens hjelpeapparat. Etter hvert som sykdommen utvikler seg og hjelpebehovet øker, vil Tiltakspakke demens komme i tillegg til andre kommunale tjenester.

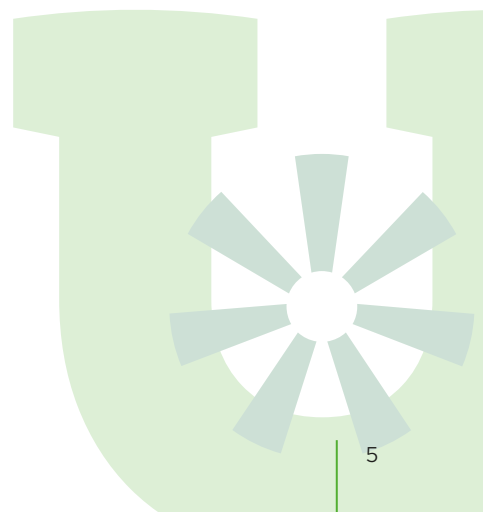
Tiltakspakke demens er aktuell for personer med demens når pasienten bor hjemme og når pasienten ikke lenger kan bo hjemme.

## Sjekklisten:

- Ernæringsstatus
- ADL-funksjoner (Activities of Daily Living)
- Sikkerhet i hjemmet
- Behov for hjelp til personlig hygiene
- Behov for hjelp til medikamenthåndtering
- Pårørendes situasjon
- Vurdering av behov for økte tjenester
- Ergonomi/digitale hjelpemidler

## Innhold i tiltakspakke demens

- Overordnet kontaktperson/ressursperson
- Sjekkliste, systematisk prioriteringsliste
- Samtale/samvær med pasienten etter individuelt behov. Det anbefales en fast samtale ca hver 10 uke. Hyppigere frekvens avtales etter individuelt behov. Ved første samvær bør pårørende være til stede.
- Faste kontaktpunkter med pårørende
- Fylle ut «Min historie».
- Informasjon til pårørende om hvem som er pasientens primære kontakt.
- Avklare hvem som er pasientens nærmeste pårørende og hvilken type informasjon de ulike pårørende kan få.
- Vurdere behov for andre tjenester, eks. dagsenter, avlastning og institusjon.
- Kontakt med fastlege ved behov.
- Forebygge underernæring, og infeksjoner. Ha tilgjengelig utstyr i hver spl. bil (urin stix, vekt osv)
- Dokumentere i journal.
- Personalet med demenskompetanse er primærkontakt og har oppfølgingen.
- Hukommelsesteamet som har disse pasientene i sitt team.
- Forhåndssamtale, avklare tidspunkt
- RESSURSER
- [VEIVISER DEMENS](#)
- [DEMENSKARTET](#)
- [DEMENSPLAN 2025](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje om demens](#), Helsedirektoratet. Demens. 2017.
- [Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018](#), Oslo: Helsedirektoratet, 2019.
- Pårørendeavtalen. Helsedirektoratet, 2024.



# MIN LIVSHISTORIE

## Hvordan

Kartlegg livshistorien og oppdater kartleggingen ved overgang mellom tjenestenivåer.

Bruk min livshistorie som bakgrunnsinformasjon, finnes i Gerica.

## Hvorfor

Min livshistorie er ment som hjelp til personer som har fått en kognitiv svikt/demens sykdom. Den enkelte bør selv bestemme hva det skal opplyses om og tillatelse til at personalet gjør seg kjent med opplysningene. Hensikten er at personalet skal få nok informasjon for å hjelpe personene til å opprettholde identiteten og selvbylde og at gode opplevelser fra livshistorien bevares. Opplysningene kan være en hjelp for å tilpasse aktiviteter og samtaler for å gi opplevelse av mestring og glede, samt forbygge angst og uro. Ved hjelp av opplysningene kan personalet tilrettelegge for en bedre hverdag.

## Medbestemmelse/ Personsentrert omsorg

### Hvordan

Personen med demens skal gis mulighet til å planlegge fremtidig omsorg, uttrykke mål, ønsker og verdier. Mål og ønsker kan endre seg i sykdomsforløpet og bør sjekkes jevnlig, slik at du hele tiden har grunnlag for å ta avgjørelser om helsehjelp.

Personer med demens og deres pårørende skal involveres i beslutninger som angår dem. Utgangspunktet er at personen med demens sine ønsker og behov, blir tatt med i beslutninger.

### Hvordan

En samtale ved oppstart av tiltakspakke og en samtale om fremtiden, min Livshistorie (forhånds-samtale) kan handle om planlegging og tilpassing av tiltak. Da er opplysninger om personens liv og preferanser nødvendig.

Pårørende kan delta i samtaler, dersom personen ønsker og samtykker til det. Personer som ønsker det, skal tilbys individuell plan IP.

## Informere om demens

### Hvorfor

Personen med demens trenger informasjon, råd og veiledning om:

- demenssykdommen og symptomene
- hvordan ivareta egen helse gjennom kosthold, fysisk- og sosial aktivitet
- kommunale, private og ideelle tjenester og tilbud og hvordan ta i bruk disse

### Hvordan

Du må systematisere informasjonen og gi litt av gangen. Tilpass mengden informasjon til personens kognitive funksjonsnivå og snakk om innholdet for å sikre at personen forstår.

Pårørende kan være en støtte for personen i å tilegne seg informasjon.

Vurder hvilken informasjon som bør gis skriftlig.

## Kognitiv funksjon

### Hvorfor

Demenssykdom gir forandringer i kognitive evner, det vil si at personen kan ha problemer med å forstå og forklare. Symptomene kan ofte forstås som uro eller utagerende adferd. Personen kan også få problemer med å orientere seg, for eksempel å finne toalettet i et hus man har bodd i lenge. Den kognitive funksjonen vil endre seg i løpet av sykdomsforløpet.

- Vanlige utfordringer er:
- Orientering for tid og sted
- Ord og gjenstandsforståelse (agnosi)
- Kortids og langtidshukommelse
- Oppmerksomhet (neglekt)
- Språk
- Planlegging
- Endret adferd
- Selvinnsikt (forstå egen tilstand)

### Hvordan

Observer personens kognitive funksjon, ressurser og svikt. Ha en samtale med praktiske gjøremål, der man kartlegger funksjoner, hva klarer personen å utføre, hvilken svikt opplever personen. Se etter funn på tidligere kartlegginger, dokumenter hva som er endret.

## Verktøy

Fagveileder kognitiv funksjon, manual

ABCDE, lommerkort, ta alltid en vurdering av personens helsetilstand ved nytt tilsyn

Kartlegging ved delirium ,4AT skjema

Samtykkekompetanse vurdering, manual

Pårørendeavtalen, Helsedirektoratet

Forhåndssamtalen

## Samtykkekompetanse

All helsehjelp skal være basert på samtykke fra pasienten og pasienten har en grunnleggende rett til å si nei eller ja til behandlingen.

Samtykkekompetanse handler om pasientens evne til å forstå hva hen sier ja eller nei til. Den som har ansvaret for pasientens helsehjelp er den som er ansvarlig for å vurdere om pasienten har samtykkekompetanse.

Dersom personer med demens uten samtykkekompetanse motsetter seg nødvendig helsehjelp, kan tvang brukes under gitte forutsetninger for å sikre helsehjelpen. Dette beskrives i pasient og brukerrettighetsloven § 4A. Obs: tiltsskape tiltak skal være forsøkt, før det iverksettes tiltak om tvang.

## Når skal du vurdere samtykkekompetanse?

- Ved motstand mot nødvendig helsehjelp
- Ved endring av pasientens tilstand og holdning til helsehjelpen
- Når tiltsskape tiltak ikke har effekt

## Forhåndssamtale

### Hvorfor

En planlagt forhåndssamtale innebære at pasient og/eller pårørende inviteres til å snakke om pasientens nære fremtid, fremtidig helsehjelp og livets slutfase. Forhåndssamtalen kan gi verdifull informasjon til de ansatte rundt pasienten, men er først og fremst en anledning for pasient og pårørende til å fortelle hva som er viktig i pasientens liv og hva som er pasientens behov når livet går mot slutten.

Pasientens svar skal dokumenteres og skal inngå som grunnlag for beslutninger knyttet til behandling og omsorg i fremtiden og i livets slutfase. Det er frivillig å delta i samtalen. Samtykkekompetente pasienter må samtykke til at pårørende deltar i samtalen. Hvis pasienten ikke er smatykkekompetent bør det tas en vurdering på om pårørende skal være med på samtalen. Det er i hovesak ønskelig at pårørende er med.

Det er viktig at timingen for forhåndssamtale vurderes. Det anbefales at samtalen gjennomføres innen 3 mnd etter innkomst på sykehjem. Ved hjemmeboende pasienter bør denne tidrammen vurderes.

### Hvordan

Helsepersonell som skal gjennomføre forhåndssamtaler med pasienter, bør ha relevant kompetanse. Relevant kompetanse kan være:

- empatisk, klinisk kommunikasjon
- pasientmedvirkning og pårørendesamarbeid
- beslutninger om behandlingsintensitet og omsorgsnivå
- etikk ved livets slutt og prioriteringer
- kommunikasjon om døden og det å dø, herunder åndelige og eksistensielle aspekter
- kulturelle aspekter som kan påvirke forholdet til sykdom og død
- ulike palliative diagnoser og forløp, inkludert typiske vendepunkter
- sykdomsrettet og lindrende behandling, pleie og omsorg



- vurdering av samtykkekompetanse og beslutningsstøtte
- lokale tjenester, tilbud og muligheter
- relevant helselovgivning

Oppplæring og veiledning bør være rettet mot de aktuelle tjenestene, og kan skje i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse og omsorgstjeneste.

### **Modell -ved bruk av de fire trinnene i empatisk kommunikasjon**

- 1) Fortell – personen sin historie (opplevelse, tanke og bekymring)
- 2) Følelser – Du hjelper personen med å sette ord på følelser
- 3) Tanker og refleksjoner – Du hjelper personen å reflektere over sin situasjon
- 4) Oppsummering – Sikre en felles forståelse av det som har blitt snakket om, evt dele dine egne tanker og refleksjoner

Forhåndsamtalen bør gjennomføres tidlig i forløpet.

Det er viktig å avklare samtykkekompetanse før samtalen

Pårørende har ikke avgjørelsesmyndighet. Ved manglende samtykkekompetanse skal man spørre; hva ville din mor/far/ektefelle ønsket?

Vær bevisst på at beslutningskompetansen varierer ved ulike spørsmål og med dagsform.

Samtalen skal i hovedsak dreie seg om, verdier og livssituasjon og ikke behandlingen.

## Psykisk funksjon

### **Hvorfor**

Symptomer på angst og depresjon forekommer oftere hos personer med demens, enn hos personer uten demens. Angst og depresjon kan forveksles med kognitive symptomer som demenssykdommen gir, derfor må du samarbeide med demens- teamet om riktige tiltak.

### **Samarbeidsaktør**

*Fastlege – medisinskfaglig ansvar, legemiddel*

*Demenskoordinator/team – kartlegging og test*

*Psykiatrisk sykepleier og/eller Psykolog*

### **Hvordan**

Snakk med personen om psykiske helse. Observer endringer som adferd, stemningsleie, humør og livskvalitet. Vurder sammen med andre aktører test av depresjonssymptomer. Pårørende kan gi viktige opplysninger til kartleggingen din.

Verktøy Fagveileder psykisk funksjon/adferd – manual

Cornell skala for depresjon ved demens – skjema

## Tips

**Meningsfull aktivitet gir økt livskvalitet**

## Rus

### Hvorfor

Personer med rusavhengighet og demens har gjerne flere medisinske utfordringer som krever hyppigere oppfølging. Bruk av rusmidler som alkohol, piller og eventuelt en kombinasjon, fører til høyere risiko for fall, ensomhet og redusert helsetilstand.

### Samarbeidsaktør

*Fastlege – medisinskfaglig ansvar, legemiddel Ruskonsulent/NAV*

*Demenskoordinator/team*

*Fysioterapeut*

## Tips

**Hjelp til å holde orden i hjemmet**

## Væske og ernæring

### Hvorfor

Ernæringsutfordringer hos personer med demens, kan være sammensatte og særlig utfordrende hos de som bor alene.

Vektnedgang kan skyldes at personen ikke klarer å spise og drikke på egenhånd, har bivirkninger av medisiner, dårlig munn- hygiene og munntørrehet, tygge- og svelgefunksjon, smerter/kvalme, psykisk velvære (uro, angst, depresjon) eller praktiske utfordringer.

Vektnedgang er ikke en normal del av det å bli gammel. Dårlig ernæringsstatus kan føre til forverring av kognitiv funksjon, selvstendighet i daglige aktiviteter og økt falltendens.

Årsaken til hvorfor en person er i risiko for underernæring, må finnes for å kunne iverksette målrettede tiltak.

### Hvordan

Du skal måle vekt x 1 pr. måned og registrere i labmodul. Fyll deretter ut MST (Malnutrition screening tool, anbefalt verktøy for vurdering av risiko for underernæring i norsk helse og omsorgstjeneste) og utføre tiltak etter skår.

Ved avvik i skår, vekt eller andre observasjoner knyttet til ernæring, bør fastlege informeres og henvise videre til klinisk ernæringsfysiolog eller andre aktører.

Tiltakene skal evalueres etter kort tid for å se om det hjelper. Observer og kartlegg om personen:

- kan handle matvarer og evne til å lage måltider
- spiser og drikker regelmessig
- har endringer i lukt og smaksans og tannstatus har redusert appetitt eller sultfølelse.

### Tips

**Bruk gjerne miljøtiltak, mellommåltider og berikning.**

**Næringsdrikker kan kjøpes uten resept på apoteket. Teknologiske løsninger kan påminne personen om mat og måltider.**

### Verktøy

Vekt og målebånd

MST – ernæringsvurdering – skjema

*Trå lekkert* – manual for ernæringsarbeid

*Appetitus.no* – en app om riktig mat

Helsedirektoratet anbefaler bruk av verktøyet MST (Malnutrition Screening Tool) for vurdering av risiko for underernæring i norsk helse- og omsorgstjeneste. Verktøyet MST består av to spørsmål, ett om endring i vekt og ett om endring i matinntak.

[Forebygging og behandling av underernæring – Helsedirektoratet](#)

## Tannhelse/munnhygiene

### Hvorfor

Ernæringsutfordringer knyttet til demens kan være sammensatte, og kan handle om dårlig tannstatus, sår i munnen som kan gjøre det vanskelig eller smertefullt å spise. Munntørrehet kan være en legemiddelbivirkning.

### Hvordan

Undersøk personens tannstatus: sår, tannråte/betennelse, eller munntørrehet og om de bruker tannproteser. Observer i en matsituasjon eller ved å lyse inn i munnen ved morgen eller kveldsstell. Start med tiltak når personen trenger hjelp eller tilrettelegging i tannstell. Kartlegg og dokumenter tidspunkt for siste tannlegebesøk.

### Verktøy

Tannhelse og tannstatus dokumentasjon – manual

Tannpuss med personer med demens – video

## Tips

Personer som mottar hjemme- sykepleie i mer enn tre måneder, får gratis behandling av den offentlige tannhelsetjenesten.

Reseptfrie legemidler for munnhygiene finnes.

Tannlege/pleie hjemmebehandling – søk på nett

## Gangfunksjon, falltendens og bevegelse

### Hvordan

Kartlegg om vedkommende har falt eller har risiko for fall.

Vurder andre årsaker enn kognitiv svikt? Er personen svimmel, har høyt eller lavt blodtrykk, egnet skotøy?

Kartlegg og vurder snublefarer og belysning. Du kan snakke om rydding, bedre lys og hva som kan senke risiko for fall. Vurder en søknad om hjemme- rehabilitering eller trening.

### Samarbeidsaktør

*Fastlege* utredning ved fall og akutt funksjonssvikt

*Fysioterapeut* fysisk funksjon og trening

*Demenskoordinator/team* – kognitiv funksjon

*Ergoterapeut/Almakontakt* – hjelpemidler

*Frivillighetssentral og andre* (se tips)

### Verktøy

Fallforebyggende hjemmebesøk- sjekkliste

Sikkerhet i hjemmet – sjekkliste

Aktivitet og trygg hverdag med demens -brosjyre

## Søvn døgnrhythme

### Hvorfor

Når vi blir eldre, endres søvnmønsteret og søvnen blir mer oppstykket og mindre dyp. Søvnforstyrrelser er vanlig hos personer med demens og de kan få problemer med å skille mellom dag og natt.

Årsaken til søvnforstyrrelser kan skyldes smerter og somatisk sykdom som personen med demens ikke klarer å fortelle om. Fysisk aktivitet om dagen påvirker nattesøvnen og lysets farge (naturlig eller kunstig) kan bidra til lettere innsovning.

## Samarbeidsaktør

*Fastlege medisinskfaglige ansvaret, legemiddel*

*Demenskoordinator/team*

*Ergoterapeut/Almakontakt* – kartlegging og tiltak med hjelpemidler

Snakk med personen og eventuelt pårørende:

- Har søvnmønsteret forandret seg?
- Klarer bruker å skille mellom dag og natt?
  - Er bruker urolig, vandrer?
  - Bruker personen sovemidler?

## Verktøy

Døgnregistrering-skjema

### Tips

Elektroniske kalendere, klokker som leser opp tiden, veggur med tydelige visere kan hjelpe personen å skille mellom dag og natt.

## Personlig Hygiene

### Hvorfor

Personer med demens kan få problemer med å ivareta egen hygiene. Den kognitive evnen til å planlegge, forstå og utføre aktiviteter påvirker personlig stell.

### Hvordan

Kartlegg personens vaner for personlig hygiene. Bistå og tilrettelegg der personen har behov, slik at personen opprettholder sine rutiner og opplever mestring. Dersom personen protesterer – vurder om du har

### Tips

Ved å observere og dokumentere endringer i personens daglige rutiner kan man iverksette tiltak på et tidlig stadium. Bruk relevante opplysninger fra min livshistorie.

## Samarbeidsaktør

*Pårørende*

*Demenskoordinator*

## Eliminasjon

### Hvorfor

Blære og tarmfunksjon endrer seg når vi blir eldre. Blæren har mindre kapasitet og bruker lengre tid på å gi beskjed til hjernen om at den er full.

Legemidler kan gi hyppig vannlatning eller treg fordøyelse. Redusert orienteringsevne og mulighet for å uttrykke seg, kan gjøre det vanskelig for personer med demens å orientere seg i egne bolig, eller å gi uttrykk for ubehag.

Resturin, urinveisinfeksjon eller obstipasjon (forstoppelse) kan gi uro, endret atferd eller akutt delirium (akutt forvirring).

### Hvordan

Observer endringer i atferd, mestring ved toalettbesøk og om personen finner frem til bad og toalett.

Har personen nedsatt orienteringsevne kan skilting av baderomsdør være en løsning. Farget toalettsete kan gjøre det lettere å finne WC når syn og oppmerksomhet er svekket.

### Samarbeidsaktør

*Fastlege- medisinsk faglig ansvarlig, legemidler*

*Demenskoordinator/team, kognitiv evne*

### Verktøy

Kartlegging ved mistanke om delirium 4AT skjema, kartlegg/ vurder forverring av tilstand. ABC-DE vurdering, KlinObskommune, ProACT.

### Tips

**Sjekk for urinveisinfeksjon (UVI).**

**Finn tips og råd om å «finne veien til WC» i Brosjyren Aktiv og trygg hverdag med demens.**

## Medisinsk oppfølging/infeksjon

### Hvorfor

Sykdomstilstander, bivirkninger av legemidler og infeksjoner viser seg hos eldre som ikke typiske og diffuse symptomer; fall, nylig oppstått urinlekkasje, økt hjelpebehov eller delirium (forvirring). Det kan derfor være vanskelig å oppdage hovedproblemet. En god regel er derfor å gå bredt ut i observasjon og kartlegging, fordi personer med demens kan ha underliggende eller forverring av annen kronisk sykdom.

## Samarbeidsaktør

Fastlege – medisinskfaglig ansvar

Tjenesteansvarlig sykepleier, TA

## Hvordan

- Se etter små endringer/avvik fra den vanlige tilstanden: utfør systematiske observasjoner etter ABCDE prinsippet og sett i gang tiltak. Vær spesifikk og konkret når du beskriver og dokumenterer funksjon.
- Gi beskjed om endring og ABCDE observasjonene raskt til sykepleier/ lege/ansvarsvakt for å bli enige om tiltak.

Beskriv dine observasjoner i tverrfaglig samarbeid med ergoterapeut/fysioterapeut/praktisk bi-stand for en helhetlig vurdering.

Benytt Tiltaksplan – legg inn plan for observasjoner av legemidler og vitale parameter. Er det noe spesielt legen ønsker skal observeres?

| © KlinObsKommune |  | Systematisk pasientobservasjon |   |  |  | Observer | Se | Lytt | Kjenn | Lukt  | Vurder tiltak som: |
|------------------|--|--------------------------------|---|--|--|----------|----|------|-------|---|--------------------|
| <b>A</b>         | <b>Airways</b><br>Luftveier  |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Frie luftveier?</li> <li>• Snakker pasienten ubesværet</li> <li>• Kjennes luftstrøm</li> <li>• Lyder fra luftveiene (høres heshet/"snorkelyder")</li> <li>• Fremmedlegeme</li> </ul>   |  |  |          |    |      |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hakeløft/kjevetak</li> <li>▶ Munnrens/sug i munnhule</li> <li>▶ Sideleie</li> <li>▶ Fjerne fremmedlegeme - Heimlich;<br/>▶ Hoste ▶ Ryggslag/bukstøt ▶ HLR ▶ Sideleie</li> </ul>  |                    |
| <b>B</b>         | <b>Breathing</b><br>Respirasjon                                      |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det pustebesvær/taledyspne? Vurder;</li> <li>• Respirasjonsfrekvens (RF)<br/>▶ Rytme, dybde, symmetri/sidelikhet<br/>▶ Bruk av hjelpemuskulatur (utslett)</li> <li>• Respirasjonslyder</li> <li>• Blålig på lepper, ører (sentral cyanose)</li> <li>• Oksygenmetning (SpO2)</li> </ul>  |  |  |          |    |      |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kroppsleie/løse på tøy/frisk luft</li> <li>▶ Pusteveiledning</li> <li>▶ Forstøver-/medikamentell behandling (etter forordning)</li> <li>▶ Oksygen (etter forordning/lokale retningslinjer)</li> <li>▶ Assistert ventilasjon<br/>▶ Munn til munn/munn til maske ved lav RF</li> </ul> |                    |
| <b>C</b>         | <b>Circulation</b><br>Sirkulasjon                                    |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hud ▶ blek, kald, klam?</li> <li>• Blålige negler på fingre/tær (perifer cyanose)</li> <li>• Kapillær fyllingstid ▶ Puls (reg/ureg) ▶ Blodtrykk (BT)</li> <li>• Væskeinntak/væsketap (diurese, oppkast/diare o.l.)</li> <li>• Indre/ytre blødninger (tap av blodvolum)</li> </ul>  |  |  |          |    |      |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Heve bena (kortvarig effekt)</li> <li>▶ Væsketilførsel<br/>▶ Væske pr. os (v/dehydrering)<br/>▶ Væske iv/væsketap (v/sirkulasjonssvikt)</li> <li>▶ Vurdere urinkateter (etter lokale retningslinjer)</li> </ul>  |                    |
| <b>D</b>         | <b>Disability</b><br>Bevissthet                                      |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vurder bevissthetsnivå (v/for eksempel ACVPU-skjema)<br/>▶ Ny forvirring? Forgifting? Endret adferd/uro? Krampor?</li> <li>• Tegn på hjerreslag (PrateSmileLøfte, andre symptomer)</li> <li>• Pupiller (størrelse, symmetri, reaksjon på lys)</li> <li>• Blodsukker (måles alltid ved endret bevissthet)</li> </ul>  |  |  |          |    |      |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sikre luftveier (hake-/kjevetak, sideleie)</li> <li>▶ Ring 113 ved tegn på hjerreslag</li> <li>▶ Ring Giftinformasjonen ved forgiftninger eller intox (tlf. 22591300)</li> <li>▶ Regulere blodsukker</li> </ul>  |                    |
| <b>E</b>         | <b>Environment/<br/>Exposure</b><br>Omgivelser/<br>Kroppundersøkelse |                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undersøk hele pasienten<br/>▶ Se etter hudforandringer; farge, sår, temperatur, hevelse/odemer, utslett</li> <li>▶ Vurder ernæring (nedsatt matlyst) og eliminasjon (urin/avf.)</li> <li>▶ Sjekk kateter og dren (PVK, VAP, peg, stomi etc.)</li> <li>• Temperatur, feilstillinger/traume, smerter (VAS/NRS)</li> </ul> <p>Vær obs på endringer i funksjonsnivå og hjemmeforhold</p> |  |  |          |    |      |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tiltak avhenger av funn</li> <li>▶ Ta evt. urinprøve, CRP etc. etter lokale retningslinjer/forordninger</li> <li>▶ Regulere temperatur, smertelindring</li> </ul> <p>Rapporter endringer, og/eller tilkall hjelp</p>   |                    |

Sykdomsstilling kan endre seg raskt! Husk å revurdere ABCDE og tiltakenes effekt. Tilkall mer hjelp ved behov.  
Kontakt ansvarlig sykepleier/lege (følg lokale rutiner), legevakt (116 117) eller AMK (113) ved alvorlige funn og/eller bekymring for pasienten.

## Verktøy

ABCDE – lommekort

NEWS og ISBAR for observasjon og tydelig kommunikasjon mellom behandlingsnivå – lommekort og skjema

SAFE dersom bydelen har valgt å bruke det

## Legemidler

### Hvorfor

Eldre bruker flere legemidler og det kan ofte være årsaken til funksjonssvikt som tretthet, forvirring, svimmelhet, fall, obstipasjon, vannlatingsproblemer og ernæringssvikt. Legemidler mot demens kan ha bivirkninger som kvalme og brekninger, diaré, hodepine, svimmelhet og synkope. Se egen veileder.

Kognitiv svikt påvirker personens evne til rett legemiddel, til rett tid og på riktig måte.

### Samarbeidsaktør

*Fastlege* – medisinskfaglig ansvar

*Tverrfaglig team* – for legemiddelgjennomgang

*Farmasøyt* i bydelen, dersom det er tilgjengelig

### Hvordan

Kartlegg om personen klarer å ta ansvar for medisinene sine. Du må observere svelging og inhalasjonsteknikk.

Undersøk om legemiddellisten er korrekt og når personen sist var hos fastlege eller på sykehus.

Utfør anbefaling fra fastlege. Ved lege- middelsamestemning er dråper, plaster eller naturpreparater en del av kartleggingen av legemidler personen bruker. Legemiddelgjennomgang (LMG) skal vurderes årlig og ved endringer i personens legemiddelliste.

### Verktøy

Legemiddelgjennomgang (LMG) – manual

### Tips

Kan personen ha nytte av en elektronisk medisindispenser?

## Smerter

### Hvorfor

Smerter hos eldre er vanskelig å vurdere, fordi kroniske smerter påvirker toleransen for akutte smerter. Personer med demens kan stå i fare for å ikke få vurdert og behandlet sine smerteplager. De kan ikke alltid si at de har smerter, men de viser smerte gjennom endring i ansiktsuttrykk, uro, vandring, atferdsendring eller delirium (forvirring). Smerte kan påvirke vitale målinger, hvor blodtrykk, puls og respirasjon vil ha høyere verdi.

### Samarbeidsaktør

*Fastlege* – medisinskfaglig ansvar, vurdering av smerteproblematikk, smertelindring og legemiddelgjennomgang

*Farmasøyt* i bydelen, om det finnes



## Hvordan

Observer om personen har smerter eller gir andre uttrykk for smerte. Er det endret atferd?

Tilby lindring og evaluer effekt og eventuelle bivirkninger av legemidler.

## Tips

**Pårørende kan mulig gi utfyllende informasjon**

## Verktøy

MOBID-2 smerteskala ved alvorlig grad av demens og uten språk for å uttrykke smerte – skjema

Kartlegging av akutt og langvarig smerte i EQS – prosedyre

NEWS Observasjon av personens tilstand – skjema

Kartlegging ved delirium 4 AT – skjema

## Sanser

### Hvorfor

Redusert syn og hørsel er vanlig blant de fleste eldre og gjør daglige aktiviteter vanskelig. 90 % av alle over 80 år har nedsatt hørsel. 80 åringer trenger fem ganger så mye lys for å se omgivelsene som en person på 20 år.

Nedsatt syn kan gi dårligere balanse og at personen har større risiko for å falle. Nedsatt hørsel kan føre til forverring av kognitiv funksjon og demenssykdommen.

*Rådgivningskontoret for syn og hørsel i Helseetaten*

### Hvordan

Observer syn og hørsel i daglige gjøremål og samtale. Akutte endringer kan være tegn på akutt sykdom. Personer som har nedsatt syn bør ha ryddige omgivelser, kontraster ved kjøkkenutstyr, servise eller annen farge på håndkle i badet eller farge på dør i hjemmet. Hvordan ser brillene ut, er det behov for vask?

Ved nedsatt hørsel er det viktig å sørge for ro når dere snakker sammen. Er det behov for høreapparat? Klarer hen å sette på høreapparat og lade det opp?

### Samarbeidsaktør

*Fastlege – medisinsk faglig ansvar*

*Demenskoordinator/team*

*Ergoterapeut/Almakontakt – kartlegging og behov for hjelpemidler*

## Tips

**Briller må være rene, ha rett styrke og høreapparatet må være i orden og brukes.**

## Boforhold/ sikkerhet i hjemmet

### Hvorfor

Et godt tilrettelagt bomiljø kan bidra til at det blir lettere å finne frem, se, gjenkjenne og forstå hva gjenstander brukes til. Personen med demens vil da oppleve mindre forvirring og stress.

Økt mestring, trygghet og velvære vil kunne gjøre at personen kan fungere bedre i hverdagen. En demensvennlig bolig gjør mestring mulig.

### Hvordan

Tilrettelegging i hjemmet kan bidra positivt. Det kan være lurt å gjøre enkelte endringer av gangen, velg det som er viktig for pasienten.

Du bør fokusere på: Sikkerheten i hjemmet

- Muligheten for å tilkalle hjelp, telefon, trygghetsalarm mm
- Røykvarsler, digitalt tilsyn, komfyrvakt
- Unngå åpne flamme, stearinlys og sigaretter
- Reduser fallfare med godt lys, bevegelsessensor på lys, fjerne teppekanter mm
- Håndtak, på wc, trapp
- Sensor på ytterdøren, forhindre at personen går ut uten tilsyn
- Klær for rett årstid lett tilgjengelig
- Vurdere hjelpemidler/velferdsteknologi- trengs oppgradering, utskiftning og opplæring

## Pårørende

### Hvorfor

Pårørende er en viktig ressurs og samarbeidspartner for personen med demens og tjenesten. Pårørende bør inviteres til et samarbeid, anerkjennes, lyttes til og tas med i beslutningsprosesser om pasienten har godkjent dette. Pårørende har behov for opplæring og individuell veiledning, dette kan bidra til å forebygge pårørendes belastning.

### Hvordan

La pårørende få en fast kontaktperson med stedfortreder og la denne gi individuell veiledning, råd og støtte om demenssykdommen, forhåndssamtale og aktuelle problemstillinger. La aktuell helsekompetanse være førende for hva slags informasjon, veiledning og coaching det er behov for. Dersom kommunen der du bor har pårørendeskole vil det gis kontaktinformasjon dit.

### Pårørendeavtale

Der kommunen er kjent med at pårørende har tyngende omsorgsoppgaver, bør det vurderes å tilby en pårørendeavtale. Dette kan være ved henvendelse fra pårørende eller ved oppstart av tjenester til pasient eller bruker. Avtalen bør oppdateres ved endring av tjenestenivå eller tjenesteomfang, eller hvis omsorgsbyrden øker eller reduseres. Avtalen avsluttes hvis pasienten eller brukerens omsorgsbehov opphører eller andre endringer inntreffer slik at den pårørende ikke lenger har særlig tyngende omsorgsoppgaver.

### **Formål med pårørendeavtale er å:**

- opprette dialog mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten
- ivareta den pårørendes behov for å bli sett og ivaretatt
- sikre pårørendes eventuelle rett til informasjon, og til medvirkning sammen med pasienten eller brukeren
- sikre nødvendig informasjonsutveksling mellom partene
- avklare roller og forventninger
- legge til rette for et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud, større forutsigbarhet og økt trygghet for pårørende og for pasient eller bruker

## Hverdag med mening

### **Hvorfor**

Personer med demens kan fortsatt ha et meningsfylt liv med meningsfulle opplevelser. Et tilpasset dagtilbud vil støtte personen om funksjoner er redusert. Det bør vurderes å starte med dagtilbudet tidlig for å skape trygghet. Kommunen er lovpålagt å ha dagaktivitetstilbud for personer med demens.

## Økonomi

### **Hvorfor**

Demenssykdommen kan gjøre det vanskelig å håndtere økonomi og handle varer, Kognitiv svikt gjør at det kan være vanskelig å forstå verdien av penger, planlegge innkjøp eller bruken av bankkort.

### **Hvordan**

Se etter uåpnede brev, inkassovarsel, mangel på bankkort og penger. Når kjøleskapet er tomt, kan dette være et tegn på vanskeligheter med å handle.

En verge kan bistå med personlige og økonomiske spørsmål. Hjelp fra verge er frivillig og skal være tilpasset personens ønsker og behov. Det er statsforvalteren som har ansvaret for å oppnevne verge. Vergemålsloven har to alternativer til offentlig oppnevnt verge: fremtidsfullmakt og legalfullmakt.

### **Samarbeidsaktør**

Fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret og søker om verge.

Sosionom/NAV kan bidra med økonomiske spørsmål og støtteordninger

## Velferdsteknologi/ hjelpemidler

Velferdsteknologi handler om teknologisk assistanse der velferd leveres gjennom teknologi som brukes av og understøtter brukeren, i samspill med kommune eller pårørende. Ulike typer teknologi kan understøtte og forsterke for eksempel trygghet, sikkerhet, daglige gjøremål og mobilitet i nærområdet. (Velferdsteknologiens ABC s. 57)

### Bruken av velferdsteknologi kan:

- Bidra til at enkeltindividet gis muligheter til å mestre eget liv og helse bedre, basert på egne premisser.
- Bidra til at personer med behov for helse og omsorgstjenester kan bo lengre hjemme og dermed utsette tidspunktet de ellers ville måtte flytte til sykehjem for kortere eller lengre tid.
- Bygge opp under målsetningen om et universelt utformet samfunn innen 2025
- Bedre kvaliteten på tjenester, øke fleksibiliteten og bidra til bedre arbeidsmiljø
- Bidra til innovasjon i helse- og omsorgstjenestene og skape nye arenaer for samvirke med nærmiljø, pårørende, frivillige og ideelle aktører, academia og næringslivet
- Gi en positiv samfunnsøkonomisk effekt.”

Les mer om velferdsteknologi på [Helsedirektoratet](#) og [KS](#) sine sider.

Det er hovedsakelig to områder hvor velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler kan være aktuelt i demensomsorgen:

1. For å muliggjøre mestring, slik at personen med demens fortsatt mestrer aktiviteter og gjøremål i hverdagen
2. For å kunne monitorenne (føre tilsyn med) brukeren og se at han/hun er trygg

Man kan derfor skille mellom aktiv og passiv bruk av teknologi. Ved aktiv bruk av teknologi tar personen med demens selv en aktiv del i bruk av teknologien og bruken av teknologien fører til økt mestring. Mens ved passiv bruk av teknologi er teknologien installert som en trygghet og personen med demens trenger ikke å forholde seg til den, men det er pårørende eller helsepersonell som styrer teknologien aktivt

I en tidlig fase av demensforløpet er aktiv bruk av teknologi mer aktuelt. Eksempler på aktiv bruk av teknologi kan være en digital kalender, en enkel mobil, elektronisk medisindispenser, lokaliseringsteknologi eller en tilpasset fjernkontroll. Senere i forløpet kan det være mer aktuelt med passiv bruk av teknologi. Eksempler på dette kan være bevegelsessensor, automatisk lys styring eller elektronisk dørlås, hvor det er pårørende eller helsepersonell som styrer bruk av teknologien. Lokaliseringsteknologi/GPS kan være et eksempel på teknologi som bør tas i bruk i tidlig fase av demens, men som kan være aktuell å fortsette med også i senere fase av demensforløpet.

Det er viktig å huske at innføring av velferdsteknologi og kognitive hjelpemidler ikke er målet i seg selv, men at det er et middel for at personen med kognitiv svikt og demens opplever økt trygghet, selvstendighet og mestring, og at det kan støtte pårørende og helsepersonell i omsorgsarbeidet.

Mange kjenner igjen velferdsteknologiske løsninger som hjelpemidler, men begrepet velferdsteknologi er et relativt nytt begrep og innbefatter mer enn tekniske hjelpemidler. Erfaringer fra praksis er at disse begrepene overlapper hverandre. Både kognitive hjelpemidler og velferdsteknologi har som mål å støtte eller kompensere for kognitiv svikt slik at personen mestrer hverdagen bedre.

### **hvakanhjelp.no**

Nettsiden [hvakanhjelp.no](http://hvakanhjelp.no) viser ulike hjelpemidler som kan være nyttige for personer med demens. Hjelpemidlene er et utvalg fra demonstrasjonsleiligheten [Almas hus](#) i Oslo kommune. På nettsiden kan du også få råd, tips og erfaringer som hjelp for å finne passende løsninger.

På hvakanhjelp.no finner du også en [Guide om teknologi og hjelpemidler](#) for helsepersonell som skal implementere teknologi hos hjemmeboende brukere med kognitiv svikt og demens. Guiden tar for seg:

**Hva er behovet?**

**Søke eller kjøpe?**

**Ta teknologien/ hjelpemiddelet i bruk**

Denne guiden er utviklet av Nasjonalt senter for aldring og helse i samarbeid med Senter for fagutvikling og forskning, Sykehjemsetaten, Oslo kommune.

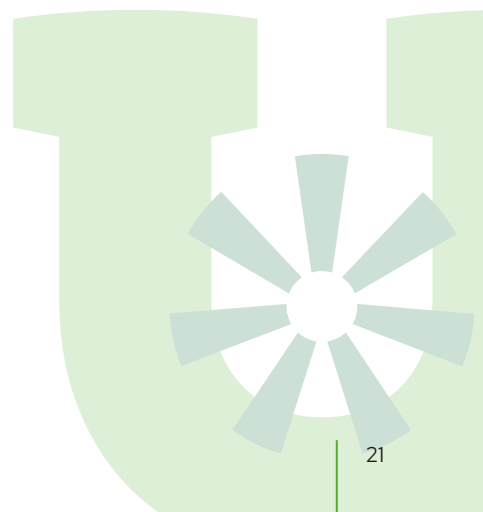
Velferdsteknologi – NAV Hjelpemidler og tilrettelegging

NAV Hjelpemidler og tilrettelegging tilbyr en portal om velferdsteknologi som tar for seg temaene:

- Velferdsteknologi – Definisjoner og begreper
- Aktører og roller og ansvar
- Teknologi, utstyr og løsninger
- Kunnskap og utdanning – Forskning og utvikling
- Velferdsteknologi i kommunen – organisering og arbeidsprosesser
- kilde til mer informasjon – Lovverk, anskaffelser, finansiering, nyttige linker og nettsider

**[Last ned Portal NAV – Velferdsteknologi \(PDF\)](#)**

**[Kilde: Velferdsteknologi og hjelpemidler til personer med kognitiv svikt og demens - Nasjonalt senter for aldring og helse](#)**



# KONTAKTPERSONER

## Her er de vanligste aktørene du samarbeider med og deres ansvarsområder.

**Fastlegen:** Når demensdiagnosen er formidlet vil fastlegen være en viktig kilde til informasjon og støtte, særlig i medisinske spørsmål. Fastlegen bør følge opp pasienten med demens sykdom minst hver 6-12 mnd. Dette gjelder også selv om pasienten er utredet av spesialisthelsetjenesten.

**Hukommelsesteam/demens koordinator:** Bidrar med kartlegging, testing, støtte og veiledning. De kan avklare hvem som gjør hva og følger opp teamets anbefalinger.

**Ressursperson/samhandlingssykepleier:** Fagperson i kommunehelsetjenesten som har kontakt med pasient og pårørende. Planlegger og oppretter tiltak med situasjon og mål basert på pasientens behov for bistand og tjenester. Ansvar for at Min historie gis ut og fylles ut av pasient og pårørende.

**Ergoterapeut:** Bidrar med behovs kartlegging eller andre kartlegginger i forhold til hjelpemidler velferdsteknologi og andre tiltak.

**Klinisk ernæringsfysiolog:** Bistår med å lage en ernæringsplan for pasienten ved behov for det. Kan se på hvilke tiltak som bør prioriteres. MNA og vekt må tas før henvisning.

**Sosionom/ruskonsulent/NAV:** Bidrar med veiledning og råd for økonomi og støtteordninger. Har informasjon om tilbud for rusavhengige.

**Tolk:** Når personen med demens eller pårørende ikke snakker norsk.

**Kommunehelsetjenesten:** Dagtilbud, hjemmesykepleie, omsorgsbolig og sykehjem

# TILBUD I KOMMUNEN:

Ulike tilbud vil variere fra kommune til kommune, ta kontakt med din kommune for hvilke tilbud som er gjeldende der du bor. Det vil være forskjell på lavterskel tilbud som ikke trenger søknad og tjeneste som krever søknad og vedtak av kommunen.

**Kontakt:** Servicetorget, innbyggertorget, kommunens nettside og kommunens sentralbord.

**Aktiviteter:** **Inn på tunet**, et dagaktivitetstilbud for yngre personer med demens, fysisk spreke som kan gå 3 km i ulent terreng. Det er på en gård der aktivitetene er gårdsaktiviteter og/eller aktiviteter med dyr og natur opplevelser. Brukermedvirkning står sentralt, skal skape aktivitet, mestring og nytteopplevelser. Tilbudet fungerer fint som avlastning for pårørende.

**Dagsenter**, et tilbud for alle, ikke spesielt tilpasset personer med kognitiv svikt/demens med ulike aktiviteter der fokus er ernæring og aktivitet. Målet er å gi brukerne gode opplevelser en sosial arena og meningsfulle dager. Tilbudet fungerer fint som avlastning for pårørende. Tilbudet omfatter også transport til og fra dagsenter.

**Dagopphold**, kun for personer med kognitiv svikt/demens. Gruppen er mindre og det er ansatte med kompetanse på demens.

**Demenskor:** Et tilrettelagt kulturtilbud til personer med demens. Lavterskel tilbud, krever ikke søknad.

**Gå fotball**, tilbud for personer med demens, lavterskel tilbud krever ikke søknad.

**Turgruppe:** Et tilrettelagt turtilbud som arrangeres av kommunen for personer med demens og deres pårørende. Lavterskel tilbud, krever ikke søknad.

**Pårørendeskolen:** kurs som skal gi pårørende økt kunnskap og forståelse for demenssykdommen. Arrangeres av kommunen, en mulighet for å få informasjon og kunnskap om hjelp og rettigheter. Møte andre pårørende i samme situasjon, hvordan forholde seg til situasjon på en bedre måte.

**Samtalegrupper:** samtalegrupper finnes i flere kommuner som et tilbud til ektefelle/partner og pårørende til noen med demens. Lavterskeltilbud der man kan møte andre i samme situasjon, erfaringsdele, få informasjon og finne støtte.

**Velkommen til bords:** Tilbud for eldre hjemmeboende der de kan komme til middag rundt et bord i regi av kommunen.

**Demensforeningen:** Pårørende og personer med demens kan møte andre i samme situasjon.

[Demensforeninger](#)

# SJEKKLISTE

## Systematisk Oppfølging ca hver 10. uke

| HVEM (gjør tiltaket) | HVA (beskrivelse av opp-gavene)              | HVORDAN (tips)  |
|----------------------|--|---|
| Helse-personell      | <b>Vurdering av endret helsestilstand</b>    | Ta en systematisk ABCDE vurdering av pasienten og gjør tiltak.<br>Trinn 1: <a href="http://utviklingssenter.no">Grunnleggende ferdigheter (utviklingssenter.no)</a>   |
| Kontakt-person       | <b>Vurderer hva som er viktig for deg nå</b> | La pasienten få være med å påvirke hverdagen sin  |
| Kontakt-person       | <b>Administrering av medisiner</b>           | Kan pasienten ta ansvar for medisiner selv? Vurder behov for multidose, do-sett, elektronisk medisin dispenser. Ikke glem å vurdere inhalasjons medisin   |
| Helse-personell      | <b>Væske/ernæring</b>                        | Ta vekt/BMI, dokumenteres i journal.<br>Vurder risiko for underernæring med verktøyet MST<br>Iverksett tiltak etter funn på MST<br>Ved risiko for underernæring ta kontakt med fastlege.<br>Sjekk kjøleskap se etter nok frisk mat. Vurder om pasienten trenger hjelp med å handle, lage mat eller smøre mat.<br>Lag måltidsituasjonen naturlig sammen med pasienten slik at hen begynner å spise<br>Vurder pasientens behov for mellommåltid, berikning eller næringsdrikk<br>Vurder om pasienten uttrykker sult og tørst<br>Vurder rus og alkohol problematikk<br>Lukt eller søppel   |
| Helse-personell      | <b>Hygiene</b>                               | Vurder pasientens behov for hjelp i dusj situasjon<br>Vurder behovet for hjelp til å kle på og av seg.<br>Vurder behovet for hjelp til å vaske og legger frem rent tøy<br>Legg merke til om pasienten er velstelt, ustelt flekker.<br>Passer klærne pasienten har på seg til årstiden vi er i<br>Har pasienten behov for hjelp til å stelle hender og føtter  |
| Helse-personell      | <b>Gange/falltendens</b>                     | Har pasienten falt den siste måneden.<br>Hvorfor falt pasienten: Balanse, svimmel, ustø<br>Legemiddelgjennomgang<br>Vurder: Sko, tøfler, terskler og tepper som årsak<br>Sjekk sko til årstiden<br>Er det behov for å tilpasse miljøet, fjerne møbler i veien, mere lys inne/ute, fjerne tepper/ryer og ledinger.<br>Er det behov for håndtak, antisklimatte i dusjen, hoftebeskyttelse, do/dusjstol og brodder<br>Er pasienten aktiv eller passiv, trenger pasienten hjelp til å bevege seg<br>Vurder behov for hjelpemidler<br>Fysio/ergo<br>Syn: Bruker briller? Rett briller på? Behov for vask?<br>Hørsele: God eller dårlig? Ørevoks? Bruker høreapparat, fungerer det, sjekk batteri. Behov for hjelp? |
| Helse-personell      | <b>Smerter/ tilstrekkelig smertelindring</b> | Gir verbalt uttrykk for smerter, lokaliser dem<br>Obs obstipasjon<br>Rynker pannen, lager grimaser, stønner e.l.<br>MOBID 2 skala<br><a href="http://aldringoghelse.no">MOBID_2.pdf (aldringoghelse.no)</a><br>Tips: Uro og atferdsendring kan være uttrykk for smerter   |
| Helse-personell      | <b>Vurderer komplikasjon forverring</b>      | Lukt, uro, kroppstemperatur, forvirring, smerter, endret atferd, CRP<br>Delirium/akutt forvirring?  |



|   |   |  |
|---|---|--|
| Alle  | <b>Sirkulasjon</b>  | Obs ødemer vurdere behov for kompresjonsstrømper.<br>Hevelse i bena, forsinket kappilærfyllningsgrad.  |
| Alle  | <b>Hud og vev</b>   | Sår, trykksår, utslett, rødhet   |
| Alle  | <b>Eliminasjon</b>  | Fungerer mage/ tarm/ urinveier som normalt? Behov for følge til Wc, hyppig vannlatning, urinretensjon? Trenger pasientens inkontinensutstyr? Forstoppelse? Avføringsmiddel? Ved behov for inkontinensutstyr, hvem bestiller varer og hvor. Fast bestilling til hjemmet?  |
| Alle  | <b>Søvn/døgnrytme</b>                                     | Sover pasienten godt på natten? Sover mye på dagtid? Vant til å hvile midt på dagen?   |
| Helsepersonell  | <b>Vitale målinger</b>                                    | Respirasjonsfrekvens, SpO2, puls, BT, temp, BS<br>Registrer i helsekort i Gerica   |
| Helsepersonell  | <b>HLR</b>  | Vurdere behov for å avklare HLR minus? Dette er fastlegens ansvar, men viktig å minne FL på dette dersom pasienten ikke er hos FL jevnlig.   |
| Helsepersonell<br>Pasienten<br>Pårørende<br>Fastlegen | <b>Beskriv pasientens hukommelse og psykiske tilstand</b> | Atferd:<br>Opplever atferden som adekvat<br>Mistanke om forvirringstilstand/delir<br>Orientering:<br>Finner fram i kjente og ukjente omgivelser<br>Skiller dag og natt<br>Språk:<br>Leter etter ord<br>Mister tråden i samtalen<br>Oppfatter/ forstår ikke det som blir sagt<br>Planlegging:<br>Beskriv ressurser til å planlegge/ta ansvar for daglige gjøremål<br>Forståelse:<br>Innsikt i egen situasjon<br>Samtykkekompetanse:<br>Vurder pasientens samtykkekompetanse |
| Helsepersonell  | <b>Sjekk sikkerheten i hjemmet</b>                        | Røykvarsler- fungerer den<br>Behov for komfyrvakt, kaffevakt, trygghetsalarm m/røykvarsler<br>Stearinlys, vedfyring, gardiner/klær over ovner<br>Svimerker<br>BRANNRISIKO:<br>Endringer i funksjonsevne?<br>Endringer fysiske omgivelser?<br>Økt brannrisiko?<br>HVIS JA, FYLL UT SJEKKLISTE FOR PASIENT ELLER BRUKER MED ØKT BRANNRISIKO  |
| Helsepersonell  | <b>Vurdere sosialt nettverk/aktiviteter</b>               | Behov for bistand til sosial deltagelse, hjelp fra, og kontakt med familie og venner<br>Behov for å ivareta tro og livssyn, religiøse interesser. Samtale, kirkebesøk, bønn, etc.<br>Gjør deg kjent med «Mine bakgrunnsopplysninger» og fyll inn nye opplysninger<br>Hjelp til å søke kommunalt dagopphold, ambulerende dagaktivitets tilbud<br>Kan vi koble på frivillige, besøksvenn eller foreninger  |

|                |   |   |
|----------------|---|---|
| Helsepersonell | <b>Tjenester<br/>Hjelpemidler<br/>Velferdsteknologi</b>   | Behov for andre eller økte tjenester – hvis ja ta kontakt med tildelingskon-<br>tor(praktisk bistand, dagaktivitet)<br><b>Er det behov for hjelpemidler?</b><br>Trygghetsalarm<br>Hjelp til å gjøre hjemmet oversiktlig<br>Merke skap, dører<br>Rydde i klesskap, bad o.l. (pårørendeoppgaver)<br>Beskjedbok, 7-sans o.l.<br>Behov for koordinator / IP?<br><b>Velferdsteknologi</b><br>MEMODAY-kalender, Forglemmegei-kalender<br>GPS<br>Sengesensor<br>Dørsensor<br>Multidose dispenser |
| Alle           | <b>Samarbeid med pårørende og deres situasjon</b>   | Er det noe som skal følges opp<br>Informere/ tips pårørende om hva de kan gjøre ved besøk: aktivitet, gå tur, spise god og næringsrik mat sammen – ikke bare kake og kaffe osv.<br>Gi kunnskap om demens, informasjon og veiledning<br>Spør hva pårørende har behov for og vær lydhør<br>Informere om kommunens Pårørendeskole<br>Vurder pårørendes behov for avlastning<br>Barn som pårørende?   |
| Helsepersonell | <b>Beskriv/oppsummer endringene i pasientens funksjonsnivå</b>  | Ut fra kartleggingen som er gjort beskriv hva som har endret seg, og hvor fort det har skjedd?<br>Hvordan opplever pasienten situasjonen?   |
| Helsepersonell | <b>Beskriv behov for tiltak og kommunikasjon</b>  | Beskriv konkret hvordan en bør gå fram for å få gitt pasienten hjelp på en individuelt tilpasset måte, spesielt viktig for pasienter som i utgangspunktet ikke vil ta imot nødvendig helsehjelp. Beskriv hvis pasienten trenger tilrettelegging i forhold til språk, behov for tolk   |
| Helsepersonell | <b>Oppdatering av IPLOS og ADL</b>  | Sikre at IPLOS og ADL blir oppdatert i henhold til det som er kartlagt i Tiltakspakke demens sjekklister i samarbeid med samhandlingssykepleier.<br>Obs IPLOS sertifisering   |
| Helsepersonell | <b>Registrer neste avtale på oppfølging på tiltak i Gerica Informerer fastlege på E-link om TPD.</b>  | Hver 10 uke.<br>Sikre at en ikke legger inn tiltaket på helg.   |
| Helsepersonell | <b>Informere dagsenter/dagavdeling korttidsavdeling/langtidsavdeling o.l at det er gjennomført kartlegginger, og at pasienten har tiltakspakke demens</b> | For å for videreformidle kartlagt informasjon, og unngå at kartlegging gjøres flere ganger  |

# KILDER

<https://www.aldringoghelse.no/>

<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/god-kvalitet-i-den-kommunale-helse--og-omsorgstjenesten/systematisk-kvalitetsarbeid---eksempler2/tiltaksplan-de-mens--grimstad-kommune/>

[Brosjyrer og publikasjoner - Tilbud til deg med demens - Oslo kommune](#)

[Veiviser demens - Veiviser demens](#)

[demensplan-2025.pdf](#)

[Oppfølging etter diagnose - Helsedirektoratet](#)

31183.pdf:

<https://kudos.dfo.no/documents/48755/files/31183.pdf>

[Klinisk observasjonskompetanse i kommunehelsetjenesten](#)

[Pårørendeavtale.docx](#)

[Demens - Helsedirektoratet](#)



Følg oss på: [www.facebook.com/ushtostfold](https://www.facebook.com/ushtostfold)

Kontakt oss på mail eller tlf: [utviklingscenter@io.kommune.no](mailto:utviklingscenter@io.kommune.no), 69 68 10 00

[www.io.kommune.no/usht](https://www.io.kommune.no/usht) eller [www.utviklingscenter.no](https://www.utviklingscenter.no)