



**SYSTEMATISK OPPFØLGING AV  
PERSONER MED DEMENS, MED MÅL OM  
TIDLIG INNSATS I BJØRNAFJORDEN  
KOMMUNE.  
11 MARS, 2024**

**KAROLINE SØVIG TOMBRE, FASTLEGE  
SØLVI BJØRNEVOLL FAGERTVEIT, DEMENSKOORDINATOR**

# DEMENSKOORDINATOR

Leve hele livet

Bu trygt heime

Demensplan 2025

Demensvennlig samfunn

Aldersvennlig samfunn

Veiviser demens

Pasientflyt

Demensforløp

Tiltakspakke demens

Heimebesøk, pårørende støtte, kognitiv kartlegging...



# FASTLEGEN

Kort tid med pasienten

Venteværelset fylles opp

Kva kan dette være?

Bekymra pårørende

Gråtande barn

Kva gjorde eg sist her?

Sende vidare, legge inn? Svare PLO melding

Dokumentere, henwise vidare, bekymringsmeldingar? Kven-kva-kor?



# OG SÅNN KAN VI FORTSETTE....

Korleis få til det vi alle ynskjer?



Pasienten/familien skal oppleve at vi jobber som et team for dei.

Dei er ikkje åleine med sjukdommen.

***Sjølvstendig liv, med støtte!***

# DEMENSFORLØP FRÅ MISTANKE TIL DIAGNOSE

## Utfordringar:

Erfaring og forskning visar til nokre kjende flaskehalsar i samhandlinga.

- Involverte partar utvekslar ikkje informasjon systematisk eller rutinemessig.
- Fastlegen skal ikkje trenge å stå åleine
- Personar med demens er i ein særleg sårbar situasjon. Har eg demens? Kva skal eg svare – når legen spør? Eg utsett lege timen litt til? Kan eg ha med pårørande? Vil eg det?
- Demensomsorga kjem ofte for seint inn- sliten familie
- Når diagnosen er eit faktum- kva då?



# DETTE KAN LETTE SAMARBEIDET

Legen bør vite noko om ressursane i sin kommune.

Innhent samtykke til samarbeid -  
TIDLIG

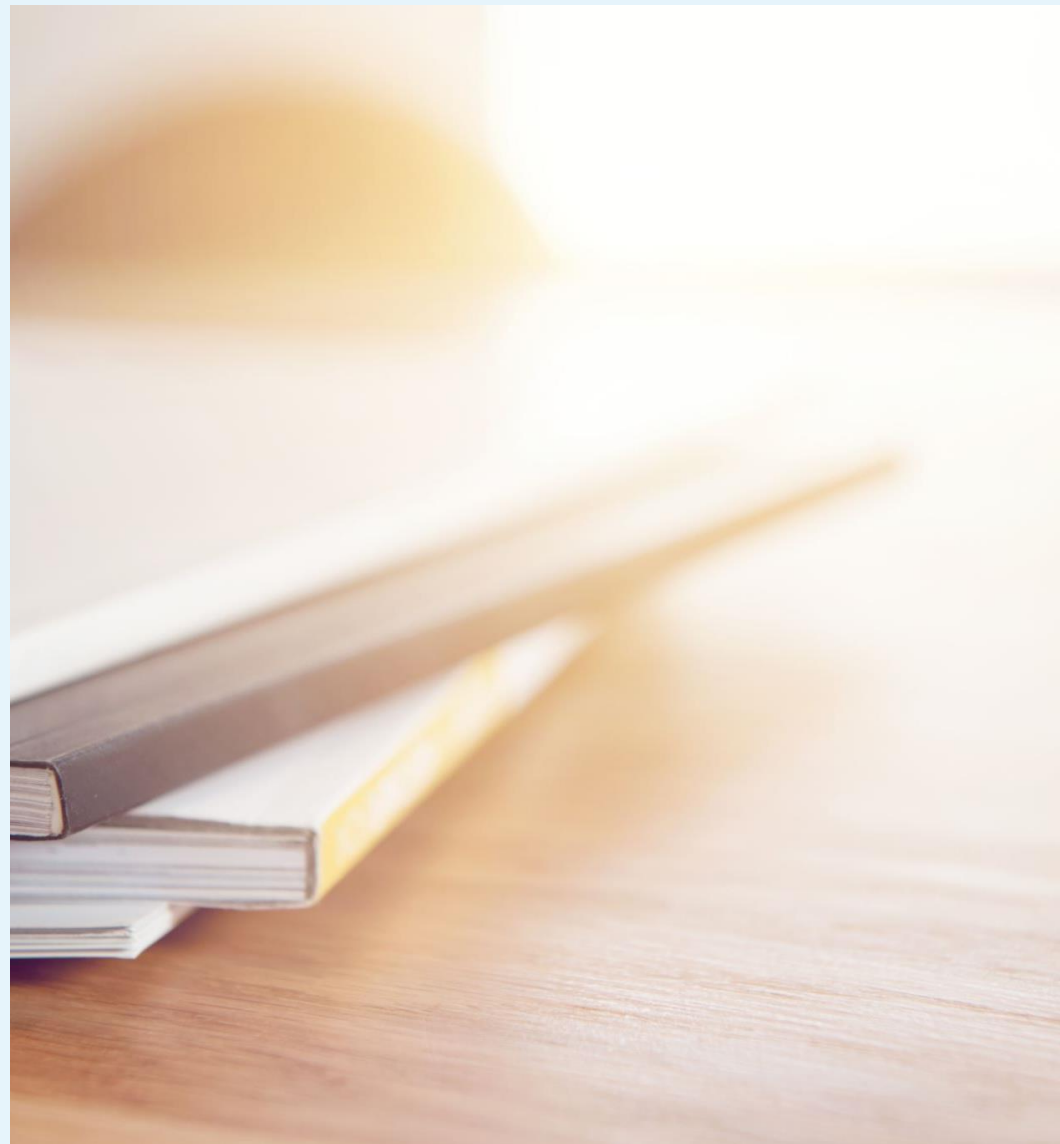
Positiv brosjyre, lettlest teneste oversikt til legane og oppdatert nettside kan få frem fordelane av tidleg samarbeid. (jamlege samarbeidsmøter)

Unngå å stå åleine i ein vanskelig situasjon!



**Så nå har vi en helt ny og positiv brosjyre😊**

**Nevner at denne finn ein att på nettsida til kommunen, med link til dei ulike tenastene.**



# Ta kontakt

Du treng ikkje søknad eller tilvising for å kontakte oss.

Ta direkte kontakt på telefon eller e-post. Fastlegen din kan òg hjelpe deg.

## **Demenskoordinator i Bjørnafjorden kommune**

- Telefon 974 77 031
- E-post: [sbs@bjornafjorden.kommune.no](mailto:sbs@bjornafjorden.kommune.no)

## **Ressursperson for personar med demens (Fusa-sida)**

- Telefon 475 08 072
- E-post: [annber@bjornafjorden.kommune.no](mailto:annber@bjornafjorden.kommune.no)



# Har du spørsmål om demens?



Støtte og råd til deg som  
er pårørende



Det finst ei rekke hjelpetilbod til personar med demens i Bjørnafjorden kommune, frå ulike dagaktivitetar, matlevering og tryggleiksalarm til heimesjukepleie og avlastningsopphald.

Sjå full oversikt på [bjornafjorden.kommune.no/demens](http://bjornafjorden.kommune.no/demens)

## Dagsenter



Aktivitet og positive opplevingar i eit trygt miljø.

## Avlastning



Opphald på institusjon i kortare eller lengre tid.

## Demenskoordinator/ ressursperson for personar med demens

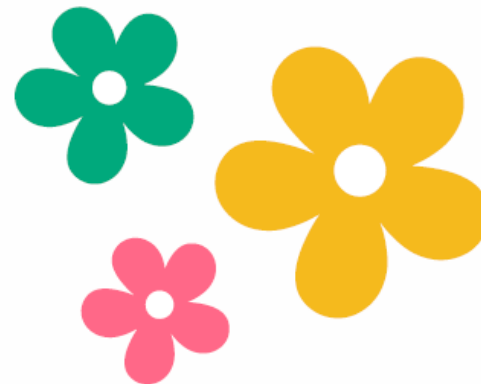


Lågterskeltilbod og pådrivarar for god demensomsorg. Vi er her for å hjelpe, støtte og gi råd om tenester og tilbod. Saman kan vi finne vegen vidare.

# Du er ikkje åleine

Det er lett å kjenne seg usikker og åleine i møte med demens/kognitiv svikt - både for den som er ramma og for den som er pårørende.

Vit at kommunen kan gi hjelp og støtte - som rådgiving, samtale og andre lågterskeltilbod - og ulike helse- og velferdstenester etter søknad.



Sjå oversikt over aktuelle tenester og tilbod på [bjornafjorden.kommune.no/demens](http://bjornafjorden.kommune.no/demens) eller ring oss for meir informasjon.



# DEMENSKARTET.NO

## Bjørnafjorden kommune

- 2020: 425 personar med demens
- 2025: 525
- 2030: 654
- 2040: 961
- 2050: 1226 Tilsvaret ein auking på 188,47% frå 2020 til 2050



# HOVEDSPØRSMÅLET BLIR:

- Korleis kan me sikre ein systematisk og lik arbeidsmetode i Bjørnafjorden kommune, slik at fastlegen med støtte frå demenskoordinator/demensomsorga kan samarbeide om å stille ein diagnose?
- Spel på dei ressursane ein har og jobb smartare – var vårt budskap



# KVA YNSKJER VI Å OPPNA?

- Vi ynskjer å fange opp alle personar i kommunen vår med mistanke om demens og sørge får at dei får ein utredning.
- Pårørande til personar som har fått ein demensdiagnose skal få tilbod om støtte og hjelp.
- Brukarane får koordinerte og tverrfaglege tenester når dei har behov for da: «Rett teneste til rett tid»



# KORLEIS KAN VI SIKRE EIN SYSTEMATISK OG LIK ARBEIDSMETODE I BJØRNAFJORDEN KOMMUNE?

Våre målbare mål:

- Brukar legane Basal demensutredning?
- Kontaktar legane rutinemessig demenskoordinator i dette arbeidet?
- Veit legane korleis dei får kontakt med demenskoordinator?

# VI LAGA EIN «ANBEFALT ARBEIDSMETODE» TIL ALLE LEGANE I KOMMUNEN

For å sikre ein lik og systematisk arbeidsmetode for alle legane i Bjørnafjorden kommune, er det nå utarbeida ein framgangsmetode som alle legane kan ha på sitt kontor:

Frå mistanke til Diagnose signert  
*Læringsnettverk Demensforløp i  
Bjørnafjorden kommune*



# Demensutredning i Bjørnafjorden Kommune – For legen

(Basert på Aldring og Helse sin «[Veiledning for gjennomføring av basal demensutredning](#)» og metodebok for sykehjemsleger sitt kapittel om demens)

1. Du mottar ein bekymring. *Dette kan komme frå pasienten sjølv, frå pårørende, frå anna helsepersonell m.fl.* Basert på denne bekymringsmeldinga **kallar du pasienten inn til ein time.**
2. **Første legetime; Kjem du i posisjon til utredning?**
  - **Anamnese** og evt psykiatrisk sjukehistorikk.
  - **Somatisk undersøkelse;** *Mål blodtrykk og puls, og utfør en enkel nevrologisk undersøkelse. Vurder om det foreligger hjertesvikt, lungesykdom, infeksjoner, syns-/hørselssvekkelse, smertetilstander eller annen akutt eller kronisk sykdom. Vurder pasientens ernæringsmessige risiko og alkohol-/rusvaner*

- **Blodprøver;** *Hb, leukocytter, trombocytter, ASAT, ALAT, kreatinin, GFR, CRP, SR, vitamin B12, homocystein, folsyre, natrium, kalium, kalsium, magnesium, fosfat, albumin, ferritin, TSH, FT4, HbA1c, glukose. Kan i tillegg vurdere; Kolesterol, HDL, LDL og. Vurder eventuelt legemiddelanalyse*
- **Vurdering av delirium**
- **Vurdering av evt kognitive legemiddelbivirkninger.** *Særlig obs på antipsykotika, Parkinsonmedisiner (l-dopa, dopaminagonister), opiater/tramadol/kodein, glukokortikoider, trisykliske antidepressiva, 1. generasjon antihistaminer og midler mot inkontinens*



- **Henvise til CT/MR-caput; MR foretrekkes. Bilde tas for vurdering av eventuelle romopppyllende prosesser eller hjerneinfarkter. Be om vurdering av substanssvinn i ulike deler av korteks**
- **Kontakt kommunens demensteam** for å samordne utredningen. Dette skal gjerest uansett om du foretrekker å gjennomføre kognitiv testing på egenhånd for å unngå at ein jobber parallelt uten kjennskap til kvarandre
- **Informert pasienten om plan for videre utredning og innhent muntlig samtykke for videre kontakt med/besøk av demenskoordinator**  
*(informert om samtykke er inhenta i henvisningen til demensteamet)*

- **Kartlegging av forhold i heimen. Dette gjennomføres av kommunens demensteam, etter avtale med lege.** *Du som lege skriv etter første legetime ein PLO melding til sjukepleiertjenesten i kommunen, med tittel «Til demenskoordinator».* I melding til demenskoordinator skriv du at utredning er starta opp, etterspør om dei alt har info om pasienten/kontakt med pasienten og ber dei kartlegge heimen og evt teste pasienten kognitivt (MMSE, klokketest, observasjon av pasienten, pårørende og sikkerheit i heimen, samtale med pårørende og med pasienten, anbefalte spørreskjema til pårørende, samt kartlegging av pårørandebelastning, ADL-vurdering). Hukommelsesteamets kartlegging bør fortrinnsvis skje heime hos pasienten og med ein pårørende til stades (forutsatt pasientens samtykke). Hukommelsesteamet har ansvar for å dokumentere resultata frå sin kartlegging, og formidle disse tilbake til fastlegen.

## **Andre legetime; Saman med pårørende forutsatt samtykke frå pasient.**

- Samtale med pårørende basert på opplysninger alt innheta av demensteam
- Vurdering av pasienten og samtale rundt testresultatet etter testing frå demensteamet. Dersom du gjennomfører dei kognitive testane sjølv, kan dei gjeres i denne timen. Ein evt vurdering/testing av depresjon kan være aktuelt, samt ein evt vurdering av adferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens.
- Gjennomgang av helsekrav til førerkort

Når utredningen er gjennomført må legen vurdere heilheiten med sykehistorien og resultater fra de ulike testene og undersøkelsene og vurdere disse opp mot de kliniske **kriteriene for demens (ICD-10)**.

- **Formidling av resultater fra utredning og eventuell diagnose.** Dersom samtykke frå pasient, anbefales det at lege utfører dette i samarbeid med hukkommelsesteam og saman med pårørande
- **Vurdering av behov for medisinsk behandling, *her treng ein som regel ein EKG vurdering i forkant*** Planlegging av oppfølging frå legen og kommunen. Anbefales halvårig oppfølging. Hyppigere ved oppstart og endringar i medisinerings.

(I vanskelege tilfeller kan det være nødvendig med ein henvisning til spesialisthelsetjenesten, enten for vidare utredning ved utfordrande tilfeller, eller for hjelp til behandling i tilfeller med vanskelege adferdsmessige og psykologiske symptomar.)

Oppfølging ved fastlege etter 6–12 måneder, oftere ved behov. Systematisk oppfølging ved kommunens øvrige helse- og omsorgstjeneste, i regi av hukommelsesteam, og tilpasset pasientens behov

- **Når bør man vurdere henvisning til geriatrisk poliklinikk?**

- Ved tidlig debut, det vil si før fylte 65 år
- Ved uvanlege symptomar eller tvil om diagnosen
- Ved kognitiv svikt og markante atferdsproblemer – NB! her kan også henvisning til alderspsykiatrisk vurdering være aktuelt
- Ved ønske om diagnostisk avklaring på eit tidlig tidspunkt, der den kognitive svikten ennå ikkje er særskilt fremtredande
- NB! Geriater eller alderspsykiater kan også konsulterast telefonisk for råd om utredning/behandling

***Å ha gode og systematiske pasientforløp i vår kommunale helse og omsorgsteneste trur vi kan bidra til at personen det gjeld og familien meistrar å bu heime lenger i eiga bustad.***

**Takk for oss😊**



# LÆRINGSNETTVERK DEMENSFORLØP

- Demenskoordinator: Sølvi Fagertveit
- Ressursperson i demensomsorga på Fusa: Anne-Siv Skåthun Berge
- Lege: Karoline Tombre
- Avd leiar demensteam på Os: Tove Gylløw
- Helsefagarbeidar heime tenesten, Fusa: Gerd Skåtun
- Pårøranderepresentant: Liv Lyssand
- Styringsdokument er Demensplan 2025 (Helse og omsorgsdepartementet), Veiviser Demens (Aldring og Helse), nasjonale retningslinjer for utredning av demens diagnose [https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Basal\\_D\\_UTREDNING\\_LEGER\\_11.2019\\_pr02.12\\_JFnKHjh.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Basal_D_UTREDNING_LEGER_11.2019_pr02.12_JFnKHjh.pdf)

