

Udgivet af Servicestyrelsen
Edisonsvej 18 · 5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00 · Fax: 72 42 37 09
servicestyrelsen@servicestyrelsen.dk
www.servicestyrelsen.dk
Produktion: Ældregheden, Servicestyrelsen
Layout: www.kreativgrafisk.dk
Fotos: Emil Ryge & Colourbox
Trykning: Rosendahls-Schultzgrafisk
Oplag: 4.000 stk.
September 2010

ISBN:
Trykt udgave: 978-87-92567-47-5
Elektronisk udgave: 978-87-92567-48-2

Tak til modellerne for at medvirke ved fotooptagelserne.

Kommunikation på tværs

- når mennesker bliver syge



Kommunikation på tværs

– når mennesker bliver syge

Denne udgivelse beskriver, hvordan man på forskellig vis kan sikre god kommunikation og vidensudveksling, når borgere bevæger sig på tværs af sektorer og/eller faggrænser. Målet med pjecen er at give gode råd, forslag og inspiration, når man skal sikre godt samarbejde og tilrettelægge de processer og tiltag, der er med til at give gode forløb og overgange.

Pjecen beskriver, hvordan man på forskellig vis kan understøtte godt samarbejde. Den giver dermed gode råd og forslag til kommunikation mellem sektorer i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, når mennesker med demens bliver syge af andet end demens. Selvom erfaringerne stammer fra dette demensområde, er erfaringerne dog også til tænkt brug på andre områder og specialer, hvor borgere bevæger sig mellem sektorer.

Målgruppen for pjecen er såvel ledere som medarbejdere, der er ansvarlige for at sikre kontakt mellem primær og sekundær sektor. Andre, der vil kunne finde inspiration i pjecen er planlæggere af udviklingsforløb, som skal sikre kommunikation mellem sektorer, eller medarbejdere i regioner og kommuner, som har ansvar for tværsektoriel og tværfaglig kommunikation.

Samtidig med denne pjeces udgivelse udgives pjecen ”Kompetenceudvikling på tværs”, som beskriver modeller for at skabe kompetenceudvikling, der kan understøtte og udvikle god kommunikation. De to pjecer kan både anvendes hver for sig og samlet.

Pjecen og de erfaringer, som den bygger på, stammer fra evalueringen af et projekt, der kørte i perioden 2007-2009. Målet med projektet, i hver af de fem regioner, var at skabe grundlag for god pleje og omsorg til mennesker med demens, når de i løbet af et sygdomsforløb bliver indlagt - især som følge af sygdomme, der ikke har direkte sammenhæng med deres demenssygdom.

Denne pjeces og dens førnævnte ”søsterpjeces” er en del af formidlingen af projektets resultater, således at erfaringerne også kan bruges af andre både på demensområdet og i andre sammenhænge, hvor overgange og kompetenceudvikling mellem sektorer og fagområder er ønskeligt. Desuden udgives en evalueringsrapport, som kan bruges, hvis man ønsker at gå dybere i projektets resultater og de erfaringer, der kan udledes deraf.

Servicestyrelsen håber, at erfaringerne vil kunne gavne alle, der arbejder med kompetenceudvikling både i større og mindre skala.



Om evalueringen og projektet

God kommunikation mellem sektorerne samt viden om demens (og om, hvordan den type sygdomsforløb håndteres), samt om, hvilke informationer og arbejdsgange der understøtter gode overgange mellem sektorerne, er afgørende for, at mennesker med demens får den bedst mulige pleje, støtte og omsorg. Projektet var dermed særligt målrettet samarbejdet mellem plejecentre og hjemmepleje i kommunerne og de medicinske og kirurgiske afdelinger på hospitalerne, der ikke har demens som fagspeciale.

Derfor fik hver region i tæt samarbejde med de respektive kommuner mulighed for at udvikle forløb, som var tilrettelagt, således at de var målrettet de forhold og behov, der var i netop dét område. Dette skulle medvirke til at sikre en god forankring af viden og erfaringer fra projektførelsen efterfølgende.

Evalueringen har via dataindsamling og kvalitativ analyse opsamlet følgende input til en guide for en mere effektiv kommunikation om pleje og behandling af mennesker med demens. Anbefalingerne er konkrete projekterfaringer, der er bearbejdet og opsamlet. Forslagene kan være med til at understøtte en god og effektiv kommunikation i forhold til mennesker med demens, når de indlægges på hospitaler og har behov for behandling og pleje.

Projektets overordnede mål har været at sikre, at medarbejdere i primær og sekundær sektor får en øget forståelse for og viden om, hvilke informationer der er brug for at formidle i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse af et menneske med demens.

Der er desuden sat fokus på, hvordan kommunikation i samarbejdet mellem primær og sekundær sektor bedst foregår, så overlevering af viden mellem det regionale og kommunale niveau sker mest hensigtsmæssigt.

Pjecen er derfor opbygget ud fra ideer og anbefalinger til handlinger og adfærd før, under og efter en indlæggelse af et menneske med demens.

Om pjecen

Pjecens og dens forslag er bearbejdet ud fra materiale fra evaluatorene hhv. fra Cubion og Reflektor. Forslagene tager udgangspunkt i, at projektet omhandlede demensområdet, og derfor stammer eksemplerne også herfra. Det er dog i mange tilfælde således, at de

aktuelle udfordringer og løsninger kan generaliseres til andre dele af det sociale område. Man skal dermed ikke opfatte processerne som nogle, der alene er relevante på demensområdet. Der er heller ikke tale om, at man slavisk skal følge alle råd, men man kan lade sig inspirere og bruge alle de elementer, der er relevante i den aktuelle sammenhæng, man arbejder i.

Udgangspunktet i det nedenstående vil oftest være, at indlæggelsen skyldes en anden sygdom end demens, og hvor der kan være vigtige aspekter at huske eller følge op på for, at et menneske med demens får så god en pleje og behandling som muligt.



Kommunikation med mennesker med demens og deres pårørende

Et væsentligt element i at sikre et godt forløb for mennesker med demens er naturligvis at skabe en god kommunikation med de pågældende, uanset om der er tale om planlagte eller akutte indlæggelser eller andre former for hospitalsbesøg. Derfor er det vigtigt for personalet at have det enkelte menneskes særlige behov for klar kommunikation for øje, uanset om det fx er på medicinske eller kirurgiske afdelinger eller i den kommunale ældrepleje.

Mennesker med demens, der indlægges:

- Mangler ofte indsigt i den behandlingskrævende sygdom, og hvad der skal ske.
- Har vanskeligt ved at forstå baggrunden for en flytning fra noget trygt til noget utrygt.

- Bliver forvirrede over at møde nye ansigter og omgivelser.
- Reagerer med uhensigtsmæssig adfærd som skrig og råb om hjælp og tryghed.
- Har svært ved at give udtryk for smerter eller forbedringer i forbindelse med behandling.
- Kan have svært ved at forstå, hvilke undersøgelser eller behandlinger der bliver iværksat.
- Har måske ikke tålmodighed og forståelse for, hvorfor der skal indsættes drop eller kateter, og vil måske prøve at fjerne det.
- Får måske hallucinationer eller vrangforestillinger.

Ovenstående eksempler på demenskarakteristika stiller store krav til, at kommunikationen mellem hjemmepleje, plejehjem og sygehus er afklaret, præcis og målrettet. Målet er, at forløbet kan ske så hensynsfuldt og

glidende som muligt, og at der kan ske en god overgang til hjemmet efter udskrivningen.

Eksempler på god kommunikation:

- At få den dementes opmærksomhed.
- At give sig god tid til at samtale.
- At tale langsomt, tydeligt og give tid til svar.
- At undgå at korrigere.
- At lære den dementes "nye" sprog.
- At bruge enkle udtryk.
- At være opmærksom på, om den demente forstår ironi og metaforer.
- At give én besked ad gangen.
- At give stikord, hvis den demente taber tråden.
- At være opmærksom på, hvordan den demente opfatter dit tonefald, din mimik og dit kropssprog.
- At lukke for uvedkommende støj (fx radio, tv, åbne vinduer).

(Kilde: Rådgivningsmodellen, Servicestyrelsen 2010)

Familie, naboer, venner – viden i netværket

Det er klart, at også kommunikation til og med de berørte familiemedlemmer eller andre, der kender og kan hjælpe borgeren, er vigtig. Det gælder uanset om vedkommende stadig bor hjemme, eller bor i plejebolig. Det har en stor betydning, fordi de kan have vigtig viden om den pågældendes behov, dagligliv og vaner, som kan være afgørende for en god indlæggelse. Netværket kan OGSÅ være med til at gøre overgange til og fra hospitalet så glidende som muligt. Det gælder fx hvis personen bor i eget hjem, hvor der kan være praktiske ting så som afmelding af post, pasning af kæledyr

eller andet, der kan sikre, at fraværet og tilbagevenden til hjemmet er muligt på en god måde.

Læs mere om god kommunikation med mennesker med demens og deres pårørende i "Rådgivningsmodellen" (Servicestyrelsen 2010) samt på www.servicestyrelsen.dk/daisy. I "Håndbog om demens til plejepersonale ..." (Servicestyrelsen 2009) er der desuden afsnit om kommunikation med mennesker, der har en demenssygdom.

CASE:

CASE-eksempel på god kommunikation med mennesker med demens

Beboeren ligger meget i sin seng, fordi hun ikke længere kan gå. Hun kommer dog op at sidde indimellem. Hun har intet forståeligt sprog længere, men siger mange lyde og stavelser. Man kan i styrke og lyde ane, at hun reagerer, når der bliver talt til hende, og når hun fx bliver vendt rundt i sengen eller lignende.

Plejerne indleder deres arbejde hos hende med at henvende sig til hende. De snakker til hende og fortæller, hvad der skal ske. De aer fx hendes hænder for at få kontakt. De bruger hendes navn (både fornavn og efternavn – fru ...) meget. De giver beskeder i korte sætninger til hende, mens de vasker hende: Fx "Jeg kører hovedgærdet ned." "Fru K, jeg vasker dig lige forneden." "Fru K, du skal lige om til mig." Mens de vasker hende forneden, har de trukket gardinerne for.

En enkelt gang smutter det, og de vender hende uden at have sagt det til hende. Hun reagerer ved at intensivere sine lyde uh-uh-uh. Den ene plejer udbryder straks: "Åh, der fik jeg det ikke sagt til dig. Det var ikke så godt."

Stemningen er god – både mellem de to plejere og i omgangen med beboeren. De småsnakker til hende undervejs som fx "Uh, det er varmt i dag, fru K."

Der er besvær med at tage undertrøjen af. Den ene plejer siger med let stemme: "Sikke noget, fru K. Nu kan jeg ikke engang hjælpe dig med at få undertrøjen af."

Da de er ved at være færdige, spørger den ene: "Er der mere, jeg kan gøre godt med her?" og henvender sig så til hende: "Har du nogle forslag?" Der bliver ikke snakket hen over hovedet på hende, men til hende.

Mens den ene vander blomster, stryger den anden hende over håret.

Plejerne fortæller, at hendes sprog er svært at forstå, og derfor er det så vigtigt at forstå kropssproget. De gør også bevidst meget ud af at signalere, at de har god tid.

(Fra observation på plejecenter)



Kommunikation mellem sektorerne



FØR indlæggelse

Mål med god kommunikation før en indlæggelse:

- At der foreligger et generelt og beskrevet samarbejdsgrundlag mellem kommunerne (i hjemmet, hos hjemmeplejen, i plejebolig) og de specifikke sygehuse.
- At en undersøgelse eller behandling skal foregå så hensynsfuldt som muligt i forhold til den dementes egensituation.
- At der foreligger et samtykke med patienten eller dennes pårørende, og at de er blevet kendt med årsagen og omfanget af undersøgelsen eller behandlingen.
- At det sikres, at relevant viden kan følge den demente fra hjem/plejebolig (stamoplysninger, kort livshistorie, kontaktpersoner som fx pårørende og professionelle).
- At den relevante viden benyttes til at skabe optimal tryghed og hurtig gennemførelse af undersøgelse og behandling både omsorgsmæssigt som behandlingsmæssigt.

Samarbejdsgrundlag og forventningsafstemning

Det er vigtigt, at der som grundlag for samarbejdet mellem primær og sekundær sektor (i dette tilfælde typisk plejebolig eller hjemmepleje) er aftalt præcist, hvad det indebærer, hvem der gør hvad, og på hvilket grundlag samarbejdet ønskes etableret. Der kan også være formuleret nogle fælles forventninger til, hvad et godt samarbejde indebærer, hvilke forventninger der er gensidige, og hvordan man løbende tilretter og præciserer samarbejdsgrundlaget. Det kan fx være via sundhedsaftaler og/eller baseret på samarbejdsmodellen (se www.servicestyrelsen.dk/demens for yderligere oplysninger om dette).

I et sådant samarbejdsgrundlag kunne følgende temaer indgå:

- Værdigrundlag og principper som grundlag for arbejdet med at skabe en fælles bevidstgørelse blandt de forskellige medarbejdergrupper vedrørende de demente.
- Hvorvidt der skal etableres en fælles visitationsgruppe (kommuner/sygehus).

- Aftale om, hvordan og i hvilket omfang de kommunale visitatorrepræsentanter organisatorisk/fysisk tilknyttes sygehuse og hospitaler.
- Forholdet til frivilligrupper, og hvorledes de systematisk kan inddrages med henblik på supplerende aktivitetsfunktioner og dermed sikre personalet mere tid til omsorg og pleje.
- Etablering af interne koordineringsgrupper vedrørende demente på tværs af plejehjem, dagtilbud, hjemmepleje og sygehusafdelinger.
- Grundlaget (indhold og omfang) for samarbejde mellem plejehjem og de praktiserende læger/sygehuslæger gennem årlige/halvårlige informationsmøder, fx med skiftende oplæg og aftaler om medicinhåndtering og kontrol.
- Konkrete procedurer, aftaler og guides, der sikrer, at samarbejdsgrundlaget bliver realiseret.

Der kan med baggrund i et fælles samarbejdsgrundlag være konkrete og præcise formuleringer om:

- Varsling i forhold til indlæggelse/udskrivning.
- Overdragelse af viden.
- Opfølgende kontakt.
- Eventuel rekvirering af hjælpemidler.
- Medicinangivelse.
- Opfølgende undersøgelser og/eller behandling.
- Efterfølgende behandlingsplan/plejeplan.

CASE:

Samarbejde og elektronisk kommunikation

En kursist i projektet, der arbejder på et hospital fortæller: "Her på det sidste har vi fået forløbsplaner på vores PDA'er. Vi har en elektronisk samarbejdsaftale, der sikrer, at når en bruger bliver indlagt, påbegyndes planlægningen af udskrivning. Såfremt borgeren bliver på sygehuset mere end 24 timer, fremsendes en kopi af helbredsresumé til sygehuset (der revideres halvårligt). Efter sygehusophold får vi en forløbsplan om, hvad der er sket, forventet tidspunkt på udskrivning, og hvad der skal ske efterfølgende med indbyggede advis på konkrete handlinger.

Vi kan bede om udvidet koordinering, så vi har mulighed for fx at bestille hjælpemidler for at sikre gode overlap, at hjemmet/plejehjemmet kan være forberedt. Der findes et akut depot, hvor der kan tages mindre effekter/hjælpemidler med, men vi har ingen mandskabsmæssig buffer ved akutte overgangsopgaver. Det fælles elektroniske system virker stort set ok, selvom det stadig er relativt nyt. I forhold til visitation er dette en stor styrke, ligesom en Kommune har en visitationsmedarbejder fast tilknyttet sygehuset, der følger op på eventuelle Overgangsopgaver".

Overordnet udtrykkes der blandt medarbejdere fra såvel primær som sekundær sektor et stort behov for udvikling af fælles elektronisk kommunikationsplatform på tværs af primær og sekundær sektor i relation til videregivelse af informationer, behandlingsplaner, plejeplaner, medicinaftaler, hjælpemidler mm.

Fremskudt visitation

I nogle områder er der en medarbejder, som er ansat halvt i en eller flere kommuner og halvt på hospitalet. Her kan vedkommende fungere i forhold til den fremskudte visitation, allerede når et menneske med demens bliver indlagt, og som brobygger mellem primær og sekundær sektor. Dermed har man mulighed for at iværksætte forskellige tiltag og sikre et godt forløb - også i forbindelse med udskrivning, allerede når borgeren "kommer ind ad døren". Denne mulighed har tilsyneladende fungeret rigtigt godt og kan givetvis tjene som inspiration. Det kan være én måde at sikre, at der ikke sker brist i samarbejdet, som ellers kan medføre alvorlige svigt for de pågældende mennesker med demens. For eksempel når deres funktionsevne skal vurderes, hvis de skal have ekstra hjælp og genoptræning, eller andre tiltag, der iværksættes efter især længere indlæggelser.

På denne måde kan man være med til at sikre en god planlægning af udskrivningen, allerede når det pågældende menneske bliver indlagt.

Fælles kommunikationsguide

Det kan, når samarbejdsgrundlaget er klarlagt, være en rigtig god idé i fællesskab at udarbejde en guide til god kommunikation. Arbejdet med at formulere en fælles guide vil give anledning til at tænke hele kommunikationsflowet igennem i forbindelse med en indlæggelse af en dement patient, og guiden vil således fx kunne indeholde svar på følgende overvejelser:

- Hvad er nødvendige stamoplysninger?
- Hvordan dokumenteres, håndteres og udveksles stamoplysninger (etiskdimension og forvaltningslov)?

- Hvilke særlige forhold skal oplyses?
- Hvem er afsender, og hvem er modtager?
- Hvorledes fordeles ansvar for kommunikationen/kontaktpersoner/initiativtager?
- Hvilke forudsætninger gælder i forhold til ledsagelse til og fra hospitaler?
- Hvem skal informeres hvordan, hvornår og af hvem?

CASE:

Eksempel på dynamisk og fleksibelt samarbejde

De pårørende, som er med under hospitalsindlæggelsen, oplever typisk samarbejdet som velfungerende. En pårørende til en indlagt, som havde demens, fortalte eksempelvis, at der var god kommunikation både fra plejecenterets side og på hospitalet, og at de nødvendige oplysninger var med både dertil og hjem igen.

"Hustruen" var indlagt med feber for et stykke tid siden. Der ringede de fra afdelingen på plejecenteret og orienterede om, at hun havde feber, og at de tilkaldte en læge. Lægen vurderede, at hun skulle indlægges, hvilket de ringede fra afdelingen og meddelte ham. Han tog så med til sygehuset, hvor hun blev indlagt. Han havde alle hendes papirer med til sygehuset. Hun var indlagt i 2-3 døgn, og man fandt ikke ud af, hvad hun fejlede, men ved udskrivelse fik de alle relevante papirer med til centeret. Der var ingen misforståelser omkring indlæggelse og udskrivning.

(Fortalt af pårørende)

Redskaber til at sikre tilgængelige oplysninger

Der har i flere af regionerne været arbejdet med at forenkle og ajourføre de nødvendige stamoplysninger. I den sammenhæng har man benyttet forskellige betegnelser for en hurtig, enkel og overskuelig præsentation af disse informationer. I nogle regioner benytter man en "Samarbejdsbog", i andre en "Borgerbog". Det, som har vist sig meget hensigtsmæssigt i disse sammenhænge, er at operere med et stamkort eller en stambogsside (som den første side i samarbejdsbogen), hvor de vigtigste oplysninger er samlet.

Et stamkort kunne fx indeholde følgende:

- Patientdata: Navn, adresse og cpr-nr.
- Nærmeste pårørende.
- Professionel kontaktperson i primær og sekundær sektor.
- Samarbejdspartner fx geriatriske team og lign.
- Aktuell diagnose.
- Medicinering.
- Funktionsniveau før indlæggelse.
- Foretrukne ejendele (tandbørste, morgenkåbe osv.)
- Kort levnedbeskrivelse.

I projektet viste det sig ofte, at stamoplysninger er mest anvendelige, hvis borgeren samtidig følges af en pårørende eller medarbejder fra plejesektoren, som kender vedkommende godt. Der er forskellig praksis og muligheder for, om medarbejdere kan ledsage den pågældende til og fra hospitalet.



UNDER indlæggelse:

Mål med god kommunikation under en indlæggelse:

- At den viden og information, man har fået om et menneske med demens gennem videregivelse til relevante medarbejdere, kan skabe en så hensynsfuld undersøgelse og behandling som muligt.
- At der under hospitalsopholdet sikres en løbende kontakt til familie, pårørende og de professionelle kontaktpersoner i kommunen, således at der under opholdet kan skabes så trygge og gode rammer som muligt, og at en udskrivning er forberedt i forhold til placering, hjælpemidler, efterfølgende pleje og medicin.

Læsning af stamkort

Efter at have læst stamkort (eller samarbejdsbog/borgerbog) kan sygehuspersonalet overveje, om der skal indhentes yderligere oplysninger hos plejepersonale eller pårørende, ligesom det kan overvejes, om der skal ske yderligere afklaring af patientens situation og tilstand via en demenskoordinator eller kontaktperson.

Andre mulige indretningstiltag

På baggrund af den pågældendes behov og type af demens kan der også gøres en række ting ved indretningen, som kan medvirke til at fremme ro og tydelighed, ligesom der kan iværksættes forskellige tiltag for at sikre, at alt personale er klar over, at den pågældende har en demenssygdom eksempelvis:

- Mulighederne for at få skabt enkle og overskuelige rammerviafysiskplacering(enkelteller2-sengsstue).
- Mulighederne for via skærm eller ved stuedør til andre patienter at minimere forstyrrende impulser.
- Anvendelse af guide eller signalgivning, såfremt mennesket med demens har tendens til at forlade plejeområdet, eksempelvis med portører som vagt-funktion.
- Tydelig orientering om patientens situation og tilstand til alt relevant personale (herunder rengøringsfunktion).

- At sætte farver på hvide rum (som virker negativt på demente) fx ved hjælp af håndklæder, udsmykning mv.
- At markere døre med navne, farver, ikoner og symboler for, at de demente kan finde tilbage, herunder sikre tydelig markering af toilet.

Se eventuelt "Indretning af plejecentre" (Servicestyrelsen 2004) og "Sådan kan du indrette dementes boliger" (Servicestyrelsen 2008) for yderligere forslag om indretning, farver mv.

Disse vil også være relevante hvis man ønsker at øge fokus på dette på hospitalsafdelinger.

Hurtig og nødvendig omsorg

Undervejs i indlæggelsesperioden bør der desuden tages højde for følgende:

- Planlægning af hjemsendelse. Hjemsendelse kan mest optimalt finde sted om formiddagen, hvor patienten typisk vil være mest frisk og i stand til at håndtere overgangen fra behandlingsinstitution til pleje.
- Varsling af pårørende og omsorgspersonale og demenskonsulent/hjemmeplejen vedrørende hjemsendelsen.
- Kontakt til pårørende og/eller primær kontaktperson vedrørende aftale om ledsageperson (pårørende og plejepersonale), således at den pågældende borger ikke transporteres til hjem eller plejecenter uden sikkerhed for modtagelse.

CASE:

God kommunikation med menneske med demens og dennes familie

Den personlige samtale er vigtig at have fokus på, ikke mindst i forbindelse med hospitalsindlæggelser ol. Herunder er rammer for og form på samtalen med de demente vigtig for udbyttet. Det følgende viser ét eksempel på god kommunikation

Sygeplejersken er god til at skabe en meget ligeværdig og direkte samtale. Hun sætter sig tæt ved den pågældende borger med demens og benytter indimellem aktivt kropssprog og kropskontakt (hånd på hånd) til at fastholde tæt kontakt.

Sygeplejersken giver sig god tid, taler langsomt og tydeligt med gode pauser til lytning og nedskrivning af svar på de mange spørgsmål.

Svigersønnen inddrages, hvor det er relevant, eller hvor borgeren tilkendegiver, at hun har brug for hjælp. Har sygeplejersken brug for svigersønnens uddybning, spørger hun borgeren om lov.

(Observation af samtale)

- Tidspunktet for udskrivning i forhold til, at menneske med demens også kan have særlige døgnrytmer og i forhold til at bemanding mv., giver mulighed for god modtagelse.
- Færdiggørelse af sygeplejebrev vedrørende efterfølgende opfølgende behandling, medicingivning mv. (max tidsramme).

EFTER indlæggelse

Når borgeren vender hjem fra indlæggelsen, er der en række forhold at være opmærksom på. Men godt forarbejde allerede under indlæggelsen kan også være med til at minimere genindlæggelser, brist i kommunikationen ol.

Mål for god kommunikation efter indlæggelse:

- At der rettidigt er visiteret til efterfølgende kommunal pleje.
- At vurdere funktionsevne, behov samt ønsker til hverdagsfunktion.
- At vurdere pårørendes og plejemedarbejderes indsats i forhold til det nødvendige.
- At afdække behov for dagtilbud – aktiviteter, der kan træne det fysiske, eller aktiviteter, der kan skabe tryk og livskvalitet.
- At udarbejde genoptræningsplan.
- At foretage fælles opfølgning for at vurdere undersøgelsens eller behandlingens effekt og eventuel tilretning fx i samarbejde med praktiserende læge for at undgå genindlæggelser.

Efter en gennemført indlæggelse og behandling skal der tages vare på følgende opgaver:

- Evaluering af det gennemførte forløb.
- Fremsendelse af sygeplejebrev og medicinliste.
- Ajourføring af stambog, samarbejdsbog eller borgerbog.
- Fremsendelse af informationer til pårørende (hvis de ikke har været involveret i processen undervejs).

CASE:

Medicin og samarbejde

Manden [der har haft prostata-kræft i 13 år] har indtil for nyligt skulle ind på hospitalet hver 3. måned for at få en indsprøjtning i maven pga. sin kræft. I starten kunne hustruen klare det selv at tage med hendes mand derud, men til sidst har hun haft én fra plejehjemmet med, fordi det kunne være for hårdt for hende. Men efterhånden blev kontrollerne for meget for både manden og hans hustru, og hun oplevede, at plejehjemmet over for hospitalet nærmest "slog i bordet" og sagde, at det går altså ikke mere, for han kan ikke klare det mere. Nu er én af sygeplejerskerne fra plejehjemmet blevet instrueret i, hvordan man giver den indsprøjtning, så manden ikke længere skal ind på hospitalet så tit. Hustruen forklarer, at det er plejehjemmet, der mere eller mindre har stået for at få praksis ændret. Det er en stor lettelse for dem begge to. Det eneste, hun nu skal gøre, er at hente medicinen på hospitalet, og det kan hun sagtens klare stadigvæk, og ellers ville plejehjemmet gøre det, forklarer hun.

(Fortalt af ægtefællen)



Generelle ideer til planlægning og praksis

- i plejeboliger, hospitalsafdelinger og hjemmepleje

På baggrund af evalueringen er her en række forslag, som kan iværksættes for at understøtte samarbejdet og dermed gode forløb for mennesker med demens, når de indlægges som følge af andre sygdomme. Forslag og ideer stammer især fra kommentarer i spørgeskemaundersøgelser samt kvalitative interviews og observationer, som blev udført i forbindelse med evalueringen:

Organisering og samarbejde

- At udarbejde værdigrundlag og principper for det specifikke arbejde med demente, der skaber en fælles bevidstgørelse om pleje og behandling af demente.
- At etablere fælles visitationsgrupper mellem kommuner/sygehuse, hvor der er faste tilknyttede repræsentanter for de kommunale visitationsudvalg fysisk placeret på sygehusene.
- At udvide samarbejde med frivillige sociale organisationer om fx pårørende grupper og grupper for mennesker demens. Det kunne også ske på sygehusaafdelinger, fx i form af en venskabsforening.
- At etablere interne koordineringsgrupper vedrørende demente på tværs af plejehjem, dagtilbud og hjemmepleje med månedlige møder i forhold til udveksling af ideer og koordinering.

- At skabe øget samarbejde mellem plejehjem og de praktiserende læger samt sygehuslæger gennem årlige eller halvårlige informationsmøder, fx med skiftende oplæg og aftaler om medicinhåndtering, kontrol og diagnosticering.
- At udvikle en fælles elektronisk kommunikationsplatform på tværs af det primære og sekundære sundhedssystem i relation til videregivelse af informationer, behandlingsplaner, medicin aftaler, hjælpemidler mv.
- At nedsætte tværsektorielle kontaktgrupper mellem primær og sekundær sektor i de specifikke sygehusområder, der kan drøfter samarbejdsfladerne samt planlægge og udvikle fælles redskaber og metoder til et styrket samarbejde.
- At man, lokalt i afdelinger og centre at drøfte og beskrive politikker, værdier og principper for arbejdet med mennesker med demens ud fra det arbejdsgrundlag og de ressourcer, der foreligger. Denne proces skal sigte på en faglig bevidstgørelse.

Fysiske rammer

I forbindelse med plejen af mennesker med demens kan det desuden være hensigtsmæssigt at vurdere følgende i forhold til de fysiske rammer både på hospitaler og i plejeboliger:

- Muligheden for at sætte farver på helt hvide rum (som kan virke negativt på demente) fx ved hjælp af håndklæder, udsmykning mv. samt undgå sorte flader, der kan opfattes som huller.

- Markere døre med navne, farver eller ikoner for, at den pågældende borger kan finde vej tilbage.
- Overveje anvendelse af forskellige teknologier og hjælpemidler - både dem, der kan støtte hukommelse, og fx GPS eller andre alarmsystemer (dette gælder primært længere indlæggelser og i plejeboliger eller hjemmet, når borgeren vender tilbage fra en indlæggelse).

Kompetenceudvikling

- Øget kompetenceudvikling gennem ”læring på jobbet”, hvor kompetenceudviklingen sker blandt samtlige medarbejdere på arbejdspladsen.
- At dokumentere ændringer i gældende eller helt ny tilgange i praksis på intranet, på synlige plancher eller opslag i personalerum, i medarbejderhåndbøger osv.
- At skabe tid og mulighed for at arbejde med tværfaglige handlebeskrivelser om den praktiske gennemførelse af undersøgelses- og behandlingsforløb og opgavefordeling.
- I forbindelse med kompetenceudviklingsforløb at udvikle praktisk anvendelige guidelines for lokal god praksis, eventuelt med kollegial bistand fra andre afdelinger eller eksternt.
- At benytte forslag til god kompetenceudvikling (se pjecen ”Kompetenceudvikling på tværs”), når der skal gennemføres regionale og/eller landsdækkende forløb, således at der kan sikres et godt udbytte.

- At forankre udviklings- og kompetenceudviklingsforløb solidt ledelsesmæssigt og organisatorisk, så de ikke gøres sårbare ved at være knyttet op på ganske få medarbejdere eller en enkelt projektleder.

Som supplement til eksterne kompetenceudviklings-tilbud eller efteruddannelse kan der gennemføres arbejdspladsnære forløb. Kompetenceudvikling kan fx afvikles på det enkelte plejehjem, plejehjemsafsnit eller sygehusafdeling med udgangspunkt i en lokal kontekst. Se eventuelt materiale om kompetenceudvikling i socialpædagogisk praksis på:

www.servicestyrelsen.dk/demens.

Her kan du også finde evalueringsrapporten.

Liste over relevant jura

Ønsker man mere information om relevant lovgivning på området kan man med fordel orientere sig i:

Lov om social service

Herunder paragrafferne §82 om omsorgspligt og kapitel 21 især § 124-130 om magtanvendelse.

Sundhedsloven

Herunder især kap 5 om informeret og stedfortrædende samtykke.

Lov om patienters retssikkerhed

Især i forhold til hvilke muligheder der findes for at yde behandling til mennesker med nedsat funktionsevne og andre forhold, der kan påvirke habiliteten.

Lov om behandling af personoplysninger

Herunder hvilke rammer, der er for overførsel af informationer mellem sektorerne.

Alle kan findes på www.retsinfo.dk