

Det gode samarbejde mellem demenslinik, gerontopsykiatrisk team/afsnit og demenskoordinatorer – eksempler fra praksis

Annette Lolk, overlæge og leder af Demensklinikken i Odense

Praksis

Et godt samarbejde mellem de forskellige sektorer er afgørende for en borgers demensforløb. Annette Lolk fortalte om, hvad der kendetegner det gode tværsektorielle samarbejde, og hvordan det kan organiseres.

Samarbejde på tværs

Et tilfældig og usystematisk samarbejde er baggrunden for det tværsektorielle samarbejde i Odense i dag. De første demenskoordinatorer bliver ansat i 1990'erne. Deres arbejde er et begrænset antal timer om ugen og aftalerne er primært telefoniske. De oplever problemer med overdragelsen af arbejdet til efterfølgerne, når en demenskoordinator forlader arbejdet, og demenskoordinatoren har ikke megen gennemslagskraft i det kommunale system.

I februar 2001 igangsætter, det daværende, Fyns Amt et demenspilotprojekt, der skal forstærke indsatsen for udredning af demens. I projektet arbejder de mod at få et formaliseret tværsektorielt samarbejde med relevante faggrupper: Praktiserende læger, der har ret til at henvise til CT scanning af hjernen, kan tilbyde kurser og kan henvise patienter til udredning i projektet. Visitatorer, demenskoordinatorer og hjemmesygeplejersker i alle kommuner i Fyns Amt. Patientforening (Alzheimerforeningen) og hospitalsafdelinger (psykiatri, neurologi, geriatri og røntgen) specielt vedr. ambulante udredning.

Projektet medførte etablering af Demenslinik OUH og Demenslinik Svendborg. Desuden fik alle kommuner på Fyn fuldtidsansatte demenskoordinatorer, samt en beskrivelse af deres funktion og hvad man kan forvente en demenskoordinator laver. Projektet medførte også indførelse af kommunikationsrapporten, der fungerer som skriftlig kommunikation mellem udredningsenhed og kommunens demenskoordinatorer. Og der bliver lavet en samarbejdsaftale på demensområdet for hele Region Syddanmark i 2010.

Kommunikationsrapporten

Oprindeligt var kommunikationsrapporten et dokument, der blev udfyldt og sendt med post til demenskoordinatoren.

Rapporten omdannes senere til en elektronisk journal (Cosmic). Det bliver et fast dokument der nu anvendes i forbindelse med udredning og behandling af demenssygdomme, af demensklinikker i hele regionen, gerontopsykiatriske teams og afsnit, geriatriske afdelinger/teams og neurologiske ambulatorier.

Dokumentet er retningsgivende og giver dermed en anden styrke i indsatsen. Dokumentet sendes nu elektronisk videre til demenskoordinator.

Formålet med at sende en kommunikationsrapport er:

- At sikre sammenhæng i indsatsen – det er ikke nok at have fået en diagnose og noget medicin; psykosocial støtte er ligeså vigtigt
- At sikre, at kommunen har relevante oplysninger
- At sikre, at patienter og pårørende får relevant støtte og hjælp
- At sikre, at der er opmærksomhed på eventuelle bivirkninger
- At sikre, at patientens somatiske sygdomme ikke bliver overset

Kommunikationsrapporten indeholder oplysninger om afdelingens kontaktperson, en sygeplejerske. Pårørendes kontaktoplysninger, hvilket Annette Lolk mener er vigtigt, hvis der skal komme fornuft ud af et besøg. Det skal



være nemt for demenskoordinator og andre samarbejdspartnere at få fat i pårørende. Der udover er der oplysninger om undersøgelsesforløb, diagnose og en konklusion og plan, herunder hvornår der er opfølgning i klinikken eller teamet. Oplysninger om medicin, både demensmedicin og øvrig medicin. Der står oplyst om skønnet behov for støtte og pleje.

I det regionale system er det ikke muligt at bestemme hvilke tilbud kommunen skal give. Det er vigtigt at give viden videre om, hvor noget ikke fungerer, og hvordan kommunen kan være med til at hjælpe. Og sidst står oplyst behov for kontrol af somatisk sygdom.

Arbejdet med at udfærdige en kommunikationsrapport er, ifølge Annette Lolk, ikke besværlig. I det rapporten er elektronisk, er det muligt at "copy – paste" oplysninger fra den elektroniske journal, hvor det er relevant. Der skal tilføjes relevante oplysninger, som ikke står i journalen, som f.eks. at det er datteren, der skal kontaktes for at aftale besøg. Ofte står det ikke klart i journalen om skønnet behov for støtte.

Når kommunikationsrapporten sendes til kommunen kommer den direkte ind i kommunens dokumentationssystem. Demenskoordinatoren kan sende korrespondance tilbage til klinikken, f.eks. om noget de skal være opmærksomme på ved opfølgning. Det kan også være information om, at demenskoordinatoren ser et behov for aflastning, men patienten er afvisende. Derfor gives besked til klinikken, om de har mulighed for at motivere patienten. Selvom samarbejdspartnere ikke kan kigge i hinandens systemer, opleves det som sammenhængende for patient og pårørende, når kommunikationsrapporten anvendes.

Hvornår udarbejdes en kommunikationsrapport:

- Patienten skal acceptere, at der skrives til demenskoordinatoren
- Efter samtale med læge og sygeplejerske i en demenslinik, hvor der orienteres om diagnose, behandling og støtte
- Ved hjemmebesøg (herunder besøg i plejebolig) af gerontopsykiatrisk team, hvis demenskoordinatoren ikke deltager i besøget
- Ved indlæggelser på psykiatrisk afdeling

Kommunikationsrapporten i relation til demenskoordinatorens arbejde

Demensklinikken beder demenskoordinator om at tage kontakt til familien for at aftale et besøg. Demenskoordinatoren får de relevante oplysninger forud for patientens besøg, og kan lave en helhedsvurdering af familiens og patientens ressourcer, samt udækkede behov. Demenskoordinatoren orienterer om kommunens tilbud i forhold til den konkrete familie. Der er et tæt samarbejde mellem visitator og demenskoordinator. Via en skriftlig korrespondance kan demenskoordinatoren bede demensklinikken om at være opmærksomme på f.eks. nye symptomer.

Kommunikationsrapporten udarbejdes ikke altid. Det kræver et vedvarende oplysningsarbejde.

Hvis teams og afsnit "glemmer" at sende en kommunikationsrapport, kan demenskoordinator efterspørge den.

Annette Lolk pointerer, at det er vigtigt at "holde gryden i kog". Ved jævnlige møder mellem demenskoordinatorer, sygeplejersker i klinikker og teams samt jævnlig orientering af personalet i f.eks. et sengeafsnit, er det muligt at sikre et vedvarende samarbejde.

Samarbejdet med almen praksis

Der bliver gjort meget ud af at fortælle almen praksis om demenskoordinatorer, ved at demenskoordinator tager på besøg i lægehuse i kommunen. Demenskoordinatorerne kan aflaste lægen for meget arbejde.

Der arrangeres stormøder af f.eks. OUH, hvor mange specialer har mulighed for en kort præsentation af et emne med relevans for praksis. Stormøderne finder sted to gange årligt, og der er rift om at få et indlæg med.

Møder med almen praksis og en afdeling fungerer ikke - der er ingen deltagere. Der er kontakt med afdelingens praksiskoordinator.