

# Anbefalinger til Samarbejdsmodel

for

afdelingen for Psykiatri og Handicap samt afdelingen for Pleje- og Seniorservice



VESTHIMMERLANDS  
KOMMUNE

*- lyst til at gøre en forskel*

---

Formålet med samarbejdsmodellen er at sikre et styrket tværgående samarbejde mellem Psykiatri og Handicap samt Pleje- og Seniorservice ved hjælp af en fælles systematik og tilgang, som kan give bedre ressourceudnyttelse af medarbejdernes kompetencer i Vesthimmerlands Kommune.

---

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Introduktion til samarbejdsmodellen .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Målsætninger og værdier for samarbejdet .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Vurdering af borgerens behov.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Kommunikation.....</b>	<b>5</b>
4.1. Ansvars- og opgavefordeling.....	5
4.2. Det tværfaglige samarbejds møde.....	6
<b>5. Det tværfaglige samarbejde omkring sygdomstegn.....</b>	<b>7</b>
5.1 Sundhedsfaglig opgavefordeling.....	7
5.2 Samarbejdsmodel .....	9

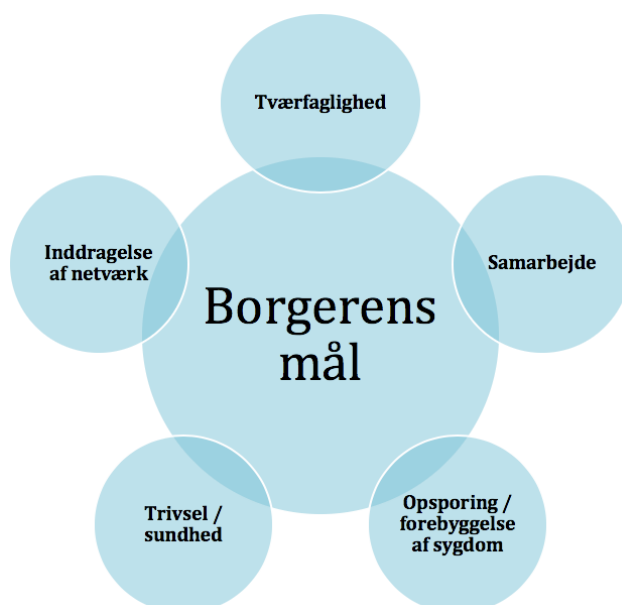
## 1. Introduktion til samarbejdsmodellen

Formålet med samarbejdsmodellen er at systematisere og styrke den tværgående sundhedsindsats målrettet udsatte borgere på psykiatri- og handicapområdet i Vesthimmerlands Kommune. Som et led i styrkelsen af sundhedsindsatsen er opslagsværket *Opsporing af sygdomstegn* udviklet til at understøtte det pædagogiske personale i forhold til at kunne forebygge, opspore og reagere på ændringer af borgernes almen tilstand; dette med særligt fokus på somatiske lidelser hos borgerne. Det vigtige er at reagere på og videreformidle rette informationer til det sundhedsfaglige personale såsom hjemmesygeplejen.

For at understøtte og sikre det tværgående samarbejde er der udarbejdet en klarlægning af den sundhedsfaglig opgavefordeling i henhold til de tre områder indenfor Psykiatri og Handicap, som er:

1. Beskæftigelses- og aktivitetsområdet (Globen)
2. Udviklingspsykiatrien
3. Botilbudsområdet

Derudover er der udarbejdet anbefalinger til en organisatorisk samarbejdsmodel mellem afdelingen for Psykiatri og Handicap samt afdelingen for Pleje- og Senior-service. Samarbejdsmodellen bygger på et systematisk og gensidigt samarbejde, og tager udgangspunkt i den enkelte borgers mål.



## 2. Målsætninger og værdier for samarbejdet

Der opstilles fælles målsætninger og værdier for samarbejdet.

Målsætningerne er:

- *At styrke den sundhedsfaglige indsats for borgere på psykiatri- og handicapområdet*
- *At forbedre borgerens sundhedsmæssige og helbredsmæssige tilstand*
- *At skabe et tværfagligt samarbejde, der bygger på gensidig tillid og respekt for hinandens fagligheder*

Vores samarbejde er bygget op omkring tre grundlæggende værdier:

### 1. *Gensidig tillid*

Vi stoler på hinanden og hinandens fagligheder for, at samarbejdet og opgaverne kan udføres. Tillid opbygges og vedligeholdes ved at gøre, hvad vi siger, og sige hvad vi gør, samt handle gennemskueligt og troværdigt.

### 2. *Tværfaglighed*

Ved samarbejde på tværs af fagligheder og organisation sikrer vi høj faglig kvalitet, effektivitet samt en fælles forståelse af, hvilke opgaver og ansvar vi sammen har for at understøtte borgeren bedst mulig. Dette er med respekt for hinandens ansvarsområder og professionelle fagligheder.

### 3. *Fleksibilitet*

Vi har fokus på den kontekst, som borgeren er i, og vi arbejder ud fra den enkelte borgers behov, ønsker og muligheder. Der er fokus på løsninger, der passer til borgerens præmisser og egne mål.

### 3. Vurdering af borgerens behov

Formålet med en behovsvurdering er at sikre, at borgerens mål er i centrum i vores samarbejde, og at borgeren er aktør i eget liv. Det handler om at identificere borgerens mål og motivation samt drøfte borgerens funktionsevne, sygdomssituation mv. Målet er, at borgeren i dialog med medarbejderen opnår en fælles forståelse for forventninger, behov og muligheder i relation til forebyggelse, opsporing eller reaktion på en ændret almenstilstand.

#### Principper for målafgrænsning af indsats

**1. Afklaring af borgerens egne ønsker**

(Mål)

**2. Afklaring af borgerens motivation, samt opfattelse af egen sundhed**

(Motivation)

**3. Hvordan støttes borgeren i forhold til mål og motivation**

(Koordinering mellem medarbejdere og netværk)

### 4. Kommunikation

Tydelig kommunikation er vigtigt for et velfungerende samarbejde. I opslagsværket *Opsporing af sygdomstegn* findes ISBAR<sup>1</sup> - en standardiseret måde at mundtlig kommunikere om en borgers helbredstilstand - som kan benyttes ved kontakt til det sundhedsfaglige personale.

#### 4.1. Ansvars- og opgavefordeling

Der kan opstå situationer omkring en borger, hvor der er behov for tydelig ansvars- og opgavefordeling mellem det pædagogiske og det sundhedsfaglige personale for at sikre, at borgerens sundhedsfaglige behov bliver opfyldt korrekt. Her er det som minimum vigtigt at få klarlagt:

- Observation - Hvilken problemstilling der skal løses?  
Situationen beskrives.
- Metode - Hvordan og hvornår løser vi problemet? Hvem har ansvar for hvilke opgaver?  
Analyse foretages, og råd gives.
- Opfølgning - Er problemet gået væk? Skal indsatsen afsluttes, fortsættes eller revurderes?  
Observation og analyse foretages. Råd gives, eller konklusion laves.

Se yderligere *Opsporing af sygdomstegn* side 3.

<sup>1</sup> Udviklet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

## 4.2. Det tværfaglige samarbejds møde

Ved særlige udfordringer kan et tværfagligt samarbejds møde anvendes til at understøtte klarlægningen af ansvars- og opgavefordelingen, opfølgning og/eller faglig sparring; det kan være ved komplekse problemstillinger, hvor et telefonmøde ikke er tilstrækkeligt eller ved tilbagevendende problemstillinger. Mødet kan initieres af enhver. Der ligger et fælles ansvar hos alle involverede parter om at sikre, at der bliver taget hånd om problemstillingen på bedst mulig vis.

Nedenfor opstilles anbefalinger til rolle- og ansvarsfordeling ved et tværfagligt samarbejds møde.

Roller:	Ansvar:
<i>Tovholder for mødet</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Booker mødelokale + evt. forplejning (evt. brug af Skype)</li> <li>▪ Afholdelse af formøde med borger og/eller relevante parter               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ udarbejdelse af spørgsmål/bekymringer/opmærksomhedspunkter</li> </ul> </li> <li>▪ Udarbejdelse af dagsorden</li> <li>▪ Udvælgelse og indkaldelse af relevante parter</li> <li>▪ Udsendelse af dagsorden + evt. bilag til de inviterede parter</li> </ul>
<i>Deltagere</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Forberedelse i henhold til dagsordenen</li> </ul>
<i>På mødet</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ordstyrer               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Præsentationsrunde</li> <li>○ Styring af mødet i forhold til dagsordenen</li> <li>○ Hold øje med tiden</li> <li>○ Sikre at tonen er god og respektfuld</li> <li>○ Sikre at alle, der ønsker det, får taletid</li> <li>○ Sikre opsummering af alle indgåede aftaler ved mødets afslutning</li> </ul> </li> <li>▪ Referent               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sikre at alle aftaler er dokumenterede</li> <li>○ Sikre at alt vigtig information omkring borger og sundhedstiltag dokumenteres korrekt efterfølgende</li> <li>○ Sender referat til alle deltagere</li> </ul> </li> </ul>

Det fælles fokus under samarbejds mødet er, at borgerens mål er i centrum.

Det anbefales desuden, at der udarbejdes en opfølgningsplan til at understøtte en systematisk opfølgning af problemstillingen med borgerens mål og behov i centrum.

## 5. Det tværfaglige samarbejde omkring sygdomstegn

### 5.1 Sundhedsfaglig opgavefordeling

Den sundhedsfaglige opgavefordeling redegør for de opgaver det pædagogiske personale har i relation til opsporing, forebyggelse og reaktion på ændringer af almentilstand ved den enkelte borger fordelt på de tre områder - Globen, Udviklingspsykiatrien og Botilbuddene. Ligeledes beskrives overordnet de sundhedsfaglige opgaver, som hjemmesygeplejen varetager. Sidst beskrives de opgaver, der er fælles for alle medarbejdere i henhold til borgeres sundhedsfaglige problemstillinger.

Globen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forebyggelse af somatiske lidelser               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gennem opfordring til god hygiejne – vask af hænder, brug af håndsprit osv.</li> <li>○ Opfordring til brug af læge, tandlæge og andre sundhedstilbud</li> </ul> </li> <li>• Støtte borgerens almentilstand               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Forværring af almentilstand vurderes ud fra <i>Opsporing af sygdomstegn</i></li> </ul> </li> <li>• Kontakt til hjemmesygeplejen ved forværring eller tvivl om borgerens almenstand               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brug af ISBAR, se side 3 i <i>Opsporing af sygdomstegn</i></li> </ul> </li> <li>• Kontakt læge/alarmcentral, hvis almentilstand forværres kritisk               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brug af ISBAR, se side 3 i <i>Opsporing af sygdomstegn</i></li> </ul> </li> <li>• Hjemsendelse af borger ved sygdom</li> </ul>

Udviklingspsykiatrien
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Støtte borgerens almene trivsel               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fokus på at borgeren lever et, for borgeren selv, meningsfuldt liv (behovsvurdering)</li> </ul> </li> <li>• Oprettelse og vedligeholdelse af borgerens sundhedsinformation i CURA</li> <li>• Forebyggelse af somatiske lidelser               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Opfordring til god hygiejne – bad, vask, tandbørstning osv.</li> <li>○ Opfordring til brug af læge, tandlæge og andre sundhedstilbud</li> </ul> </li> <li>• Koordinering med borger, pårørende / netværk, hjemmesygeplejen og/eller evt. andre aktør</li> <li>• Støtte borgerens almentilstand               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Forværring af almentilstand vurderes ud fra <i>Opsporing af sygdomstegn</i></li> </ul> </li> <li>• Kontakt af hjemmesygeplejen ved forværring eller tvivl om borgerens almenstand               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brug af ISBAR, se side 3 i <i>Opsporing af sygdomstegn</i></li> </ul> </li> </ul>

- Kontakt læge/alarmcentral, hvis almentilstand forværres kritisk
  - Brug af ISBAR, se side 3 i *Opsporing af sygdomstegn*
- Modtagelse af borger ved hjemsendelse pga. sygdom

### Botilbuddene

- Oprettelse og vedligeholdelse af borgerens sundhedsinformation i CURA
- Forebyggelse af somatiske lidelser
  - Opfordring til god hygiejne – bad, vask, tandbørstning osv.
  - Opfordring til brug af læge, tandlæge og andre sundhedstilbud
- Koordinering med borger, pårørende / netværk, hjemmesygeplejen og/eller evt. andre aktør
- Støtte borgerens almentilstand
  - Forværring af almentilstand vurderes ud fra *Opsporing af sygdomstegn*
- Kontakt af hjemmesygeplejen ved forværring eller tvivl om borgerens almenstand
  - Brug af ISBAR, se side 3 i *Opsporing af sygdomstegn*
- Kontakt læge/alarmcentral, hvis almentilstand forværres kritisk
  - Brug af ISBAR, se side 3 i *Opsporing af sygdomstegn*
- Modtagelse af borger ved hjemsendelse pga. sygdom

### Hjemmesygeplejen

- Tildeling af ydelser i forhold til Sundhedsloven.
- Pleje og behandling af syg borger
  - Ved henvendelse af det pædagogiske personale, praktiserende læge eller sygehus
  - Planlægning af besøg ved borgeren
- Koordinering af behandling med borgeren, pårørende / netværk, pædagogisk personale, praktiserende læge og/eller sygehus
- Rehabilitering
- Oprettelse og vedligeholdelse af borgerens sundhedsinformation i CURA ud fra de 12 problemområder
- Brug af ISBAR i samarbejde med det pædagogiske personale, se bl.a. side 3 i *Opsporing af sygdomstegn*



Fælles for alle
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inddragelse af borgeren, så vidt muligt, omkring ændring af almentilstand ved blandt andet sygdom og behandling           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brug af behovsvurdering</li> </ul> </li> <li>• Udarbejdelse af fælles mål</li> <li>• Tydelig ansvars- og opgavefordeling samt koordinering og opfølgning af disse           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Ved behov:</i> Tværfagligt samarbejds møde</li> </ul> </li> <li>• Sikre borgerens sundheds- og helbredsmæssige tilstand</li> <li>• Oprettelse og vedligeholdelse af borgerens sundhedsinformation i CURA</li> <li>• Brug af fælles sundhedsfagligt sprog - ISBAR og de 12 problemområder. Se <i>Opsporing af sygdomstegn</i></li> </ul>

## 5.2 Samarbejdsmodel

Samarbejdsmodellen tager udgangspunkt i den sundhedsfaglige opgavefordeling og beskriver samarbejdet mellem det pædagogiske personale og hjemmesygeplejen. Der kortlægges, hvem der har ansvaret for hvad i udvalgte begivenheder.

### Borger i habituel<sup>2</sup> tilstand

Begivenhed	Pædagogisk personale	Hjemmesygeplejen	Fælles
En ny borger flytter ind	Indsamling af sundhedsrelevant information  Oprettelse i CURA	Inddragelse ved visitation og sundhedslovsydelse	<i>Ved behov:</i> Tværfagligt samarbejds møde  Kvalificering af sundhedslovsydelse
Alment opsyn	Støtte borgerens almentilstand  Forebyggelse af sygdom gennem opfordring til god hygiejne (bad, vask, børste tænder mv.)  Støtte almen sundhed ved at opfordre til brug af læge, tandlæge og andre sundhedstilbud Opfordre til sund livstil (kost, væskeindtag, motion mv.)		Støtte borgerens almene sundhed  Sygdomsforebyggelse

<sup>2</sup> Habituel tilstand = Betegner den tilstand, den pågældende borger vender tilbage til efter overstået sygdom.

## Akut ændring i borgerens tilstand

Begivenhed	Pædagogisk personale	Hjemmesygeplejen	Fælles
<b>Borgerens tilstand forværres akut</b>	<p>Observation af ændringer i borgerens almentilstand</p> <p>Brug <i>Opsporing af sygdomstegn</i></p> <p>Informering af/aftale med borger omkring kontakt af hjemmesygeplejen/læge/sygehus (ISBAR, se side 3 i <i>Opsporing af sygdomstegn</i>)</p> <p>Underrettelse af pårørende/netværk</p>	<p>Planlægning af akut besøg</p> <p>Evt. koordinering med borgerens praktiserende læge/sygehus</p>	<p>Fælles møde hos borgeren</p> <p>Ansvars- og opgavefordeling</p> <p><i>Ved behov:</i> Tværfagligt samarbejds møde</p>
<b>Borger med ustabil tilstand</b>	<p>Efter aftale med borgeren tager medarbejder kontakt til hjemmesygeplejen (ISBAR, se side 3 i <i>Opsporing af sygdomstegn</i>)</p> <p>Underrettelse af pårørende/netværk</p>	<p>Planlægning af besøg</p> <p>Evt. koordinering med borgerens praktiserende læge/sygehus</p>	<p>Fælles møde hos borgeren</p> <p>Ansvars- og opgavefordeling</p> <p><i>Ved behov:</i> Tværfagligt samarbejds møde</p>
<b>Borger med ustabil forløb</b>	<p>Efter aftale med borgeren tager medarbejder kontakt til hjemmesygeplejen (ISBAR, se side 3 i <i>Opsporing af sygdomstegn</i>)</p>	<p>Opfølgning efter udskrivelse</p> <p>Evt. planlægning af opfølgningsbesøg</p>	<p>Fælles møde hos borgeren.</p> <p>Ansvars- og opgavefordeling</p> <p><i>Ved behov:</i> Tværfagligt samarbejds møde</p>

## Ændret behov ved borger

Begivenhed	Pædagogisk personale	Hjemmesygeplejen	Fælles
<b>Behov for sundhedslovsydelse</b>	<p>Efter aftale med borgeren tager medarbejderen kontakt til hjemmesygeplejen (ISBAR, se side 3 i <i>Opsporing af sygdomstegn</i>)</p> <p>Hvis ydelsen ligger udenfor medarbejderens basiskompetence, tages kontakt til hjemmesygeplejen omkring varetagelse af ydelse eller evt. oplæring i ydelse</p>	<p>Planlægning af besøg</p> <p>Evt. undervisning af pædagogisk personale i brug af ny ydelse (efter behov)</p>	<p>Koordinering af hvem der er ansvarlig for ydelsen</p> <p>Ansvars- og opgavefordeling</p> <p><i>Ved behov:</i> Tværfagligt samarbejds møde</p>
<b>Behov for sparring omkring borger</b>	Kontakt til hjemmesygeplejen omkring sundhedsfaglig sparring	<p>Hvis borgeren <u>er kendt</u> af det pædagogiske personale, tages direkte kontakt hertil for pædagogisk sparring</p> <p>Hvis borgen <u>ikke er kendt</u> af det pædagogiske personale, tages kontakt til leder, som kan forespørge på pædagogfaglig sparring i afdelingen for Psykiatri og Handicap</p>	<i>Ved behov:</i> Tværfagligt samarbejds møde