

Temadag om pårørende projektet: værdig ældrepleje

Faglig projektleder på: Landsdækkende Kompetenceløft i Værdig Ældrepleje,
Ergoterapeut, Chefkonsulent og PhD: **Mette Andresen**

&

Sygeplejerske, lektor og cand. scient. soc. **Susanne Sondrup**

Projektet: værdig ældrepleje

- Udgangspunkt i initiativet fra sundheds-og ældreministeriet marts 2018:
- Værdighed i ældreplejen- en hjertesag, der baserer sig på 5 værdier:
 1. Indflydelse på eget liv
 2. Respekt for forskellighed
 3. Medmenneskelighed i fokus
 4. Gode oplevelser
 5. Værdig afslutning på livet (Ældrekommissionen 2012)
- Projektet løber til 2021 i et samarbejde mellem
 - Professionshøjskolen Absalon på Sjælland
 - Professionshøjskolen VIA i Midtjylland
- Film fra Sundhedsstyrelsen:
<https://wetransfer.com/downloads/109bbd1d711b758b7f22e2b732c4f32520190507104916/df9d1c9eaa24e59047982aa10c6f245820190507104916/1ff017>

Dagen i dag

Tidsplanen

08:30 morgenanretning

09:00 start på temadag

10:00 lille pause

12:00 frokost

13:30 pause med kaffe

15:00 slut

Læringsmål

Viden om:

Perspektiver og udvalgte metoder i relation til konkrete tema

Færdighed i at:

Beskrive egen praksis i relation til det konkrete tema

Formulere spørgsmål til egen praksis om det udvalgte tema

Kompetence til at:

Identificere og formidle problemstillinger i egen praksis

Formiddagens agenda

- Historisk perspektiv på pårørende
- Demenshandlingsplanen: Et trygt og værdigt liv med demens
- Ældre borgere med demens og deres pårørende
- Eksempel på pårørendes tanker og ønsker
- At skabe en god relation
- Pårørendes belastninger forandres i demens udviklingsprocessen i det levede hverdagsliv
- Hvem er den pårørende og hvilket ansvar ønsker de at tage i processen?
- Hvad er personalets ansvar?
- De pårørende kan gå i stå i deres sorgproces
- Samspil mellem uhelbredeligt syge, pårørende og professionelle
- Samtale mellem ligeværdige

Eftermiddagens agenda

- Positive og negative effekter ved pårørende inddragelse
- Udfordringer for de professionelle
- Udfordringer for de pårørende
- Forudsætninger for pårørende inddragelse
- Kommunikation – anerkendende/systemisk
- Tværfaglig samarbejde/relationel koordinering
- En konkret model for fælles beslutningstagning.
- Afslutning på dagen

Historisk perspektiv på pårørende

Forchhammer H. (2013)

- Fra usynlig til besværlig:

- i forrige århundrede gik udviklingen fra at man overvejende blev passet af familien derhjemme til at der kom flere og flere sygehuse, der overtog ansvaret for den syges behandling og pleje.
- Den pårørende blev en besøgende, der reguleres med adgang på sygehusene i besøgstiden.

- Pårørende som sårbar og udsat

- I 1970'erne fik man øje på at pårørende på grund af denne eksklusion kunne opleve belastninger.
- I 1980'erne fik man det biopsykosociale helhedsorienterede sundhedsbegreb italesat at pårørende kunne udvikle en uhensigtsmæssig krisereaktion som fik helbredsmæssige konsekvenser for dem.
- Frem mod i dag advokerer patientforeningerne i stigende grad for hjælp og støtte til de pårørende

- Den pårørende som ressource

- Med velfærdsstatens krise i nyere tid med et stigende antal kronikere blev pårørende en ressource.
- Inddragelse af pårørende blev et politisk mantra, som del af både behandling, rehabilitering og forebyggelse til pt/borgere der skal lære at leve med kronisk sygdom.

Når pårørende forventes at være en ressource for systemet/livsverdenen?

<http://www.widenscenterfordemensdk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/indsats-for-paaroerende>

- Emneliste til aftale om fordeling af "opgaver"
- Mål: at pårørende kan understøtte en værdig ældrepleje

Handleplan

Navn:		Borger <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/>
Relation:		

Emner	Konklusion	Fordeling af "opgaver"
1. Viden om: <ul style="list-style-type: none">- demenssygdomme- medicinsk behandling- hjælpeforanstaltninger		
2. Tanker om fremtiden?		
3. Hverdagens gøremål <ul style="list-style-type: none">- Praktiske opgaver- personlige pleje- sikkerhed i hjemmet- medicinadministration- indkøb		
4. Rutiner og vaner <ul style="list-style-type: none">- dag- nat		
5. Komme omkring <ul style="list-style-type: none">- bilkørsel, cykel, offentlig transport- orientering- gangfunktion		
6. Følelsesliv <ul style="list-style-type: none">- humør- angst- seksualitet		

Rådgiver: _____ Side 1 af 2

Evt. kopi til deltager

Handleplan

Navn:		Borger <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/>
Relation:		

Emner	Konklusion	Fordeling af "opgaver"
7. Ernæring <ul style="list-style-type: none">- madlavning- appetit- kost- vægt		
8. Fremtidige forhold? <ul style="list-style-type: none">- varetagelse af pers. økonomi (PBS)- fuldmagt, generalfuldmagt- pleje- og livstestamente		
9. Aktiviteter og interesse		
10. Hjælp <ul style="list-style-type: none">- sygepleje- hjemmehjælp- aktivitetscenter- transport- hjælpemidler		
11. Kontakter i netværk <ul style="list-style-type: none">- pårørende- familie- venner- nabo- andre		

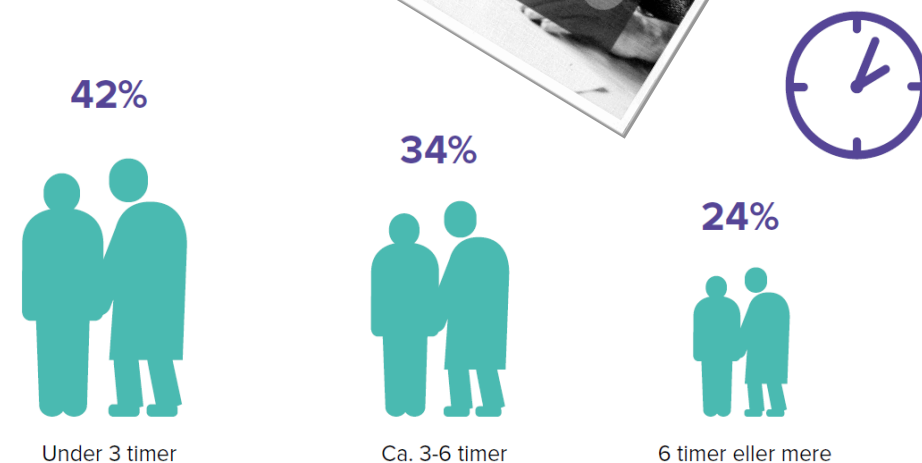
Rådgiver: _____ Side 2 af 2

Evt. kopi til deltager

Værdig ældrepleje- en hjertesag

Kap 2: Bedre plads til de pårørende

- Demens kaldes af og til de pårørendes sygdom
- Forskning viser klart at pårørendes helbred ofte er truet pga de mange timer de hjælper ægtefællen..
- Undersøgelsen viser også, at ca. 41 procent af ægtefællerne og samleverne har hjulpet i 5 år eller mere
- Ifølge servicelovens § 84 har kommunerne pligt til at sørge for tilbud om afløsning eller aflastning til ægtefælle eller andre pårørende, der passer en person med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.
- Pårørende støtte etableres i form af:
 - Pårørende kurser
 - Pårørende grupper
 - Aflastning til ægtefæller
 - Rådgivnings og aktivitetscentre
- Dette handler om hvordan værdig ældrepleje understøtter de pårørende



Kilde: Danmarks Statistik og Ældre Sagen, 2016, Undersøgelse blandt ægtefæller/samlevere til hjemmehjælpsmodtagere. Antal besvarelser: 1.254.

Demenshandlingsplanen: Et trygt og værdigt liv med demens.

- Det ene af de 3 overordnede mål hedder:
- Pårørende skal inddrages aktivt og samtidig have mere støtte i livet som pårørende.
- Herudfra lyder fokusområde 3 der har 3 initiativer:
- Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens:
 - Udvikling af en værktøjskasse med patient-pårørendekurser
 - Flere og bedre meningsfulde dag- og aflastningstilbud.
 - Rådgivnings- og aktivitetscentre for mennesker med demens og deres pårørende.

Ældre borgere med demens og deres pårørende (Birkler 2017)

- Vigtigt at begge parter oplever livskvalitet i forløbet
- Ved begyndende demens vil borgeren ofte kæmpe mellem at føle sig værdsat og værdiløs.
- Demensplejen må fokusere på hvad borgeren med demens opfatter.
- Dette borgerperspektiv er centralt i Personcentreret omsorg (Kitwood 1999)
- Personcentreret omsorg kræver et godt samarbejde med pårørende.
- Pårørende får en tiltagende arbejdsbyrde samtidig med at de føler de mister den person de kendte.
- Udfordringerne handler ikke kun om at miste, men også om at holde fast i livet undervejs i forløbet.

Eksempel på pårørendes tanker og ønsker.

- <https://danskepatienter.dk/vibis/videoer-og-film-om-inddragelse/derfor-er-brugerinddragelse-vigtigt-inddragelse-af-paaroerende>
- Hvad ser I som de vigtigste budskaber til os som personale fra denne pårørende?

At skabe en god relation (Rokstad A.M.M.2014)

- Kræver evnen til empati uanset den andens opførelse. Det fordrer indlevelse i den andens opfattelse af situationen.
- Tålmodighed trods travlhed. At være langsom i det korte møde.
- Varme. Smil smitter.
- En god relation kræver kundskab om kommunikation med borgere med demens og deres pårørende
- Flexibilitet, da borgeren ikke nødvendigvis skal mødes på samme måde altid, og relationen derfor er nemmere at skabe i nogle situationer end andre.
- Et positivt menneskesyn, hvor man altid tror på det gode i andre mennesker og leder det frem i relationen
- Empati fordrer både viden færdigheder og kompetencer til at forstå den pårørende

Udviklingen af demensen. (Rokstad A.M.M. 2014)

Pårørendes belastninger forandres

1. Forløbet starter med en oplevelsen af en forandring og en gryende uro. Hvad er der galt?
2. Demensdiagnosen stilles, hvilket giver afklaring
3. Tilpasning og mestring af dagligdagen
4. Borgeren med demens føler sig indhentet af sygdommen med stadig større afhængighed af andre. Hjemligheden udfordres.
5. Borgeren med demens resignerer og er tilstede her og nu men med aftagende funktionsevne

Pårørendes belastninger forandres i demens udviklingsprocessen i det levede hverdagsliv

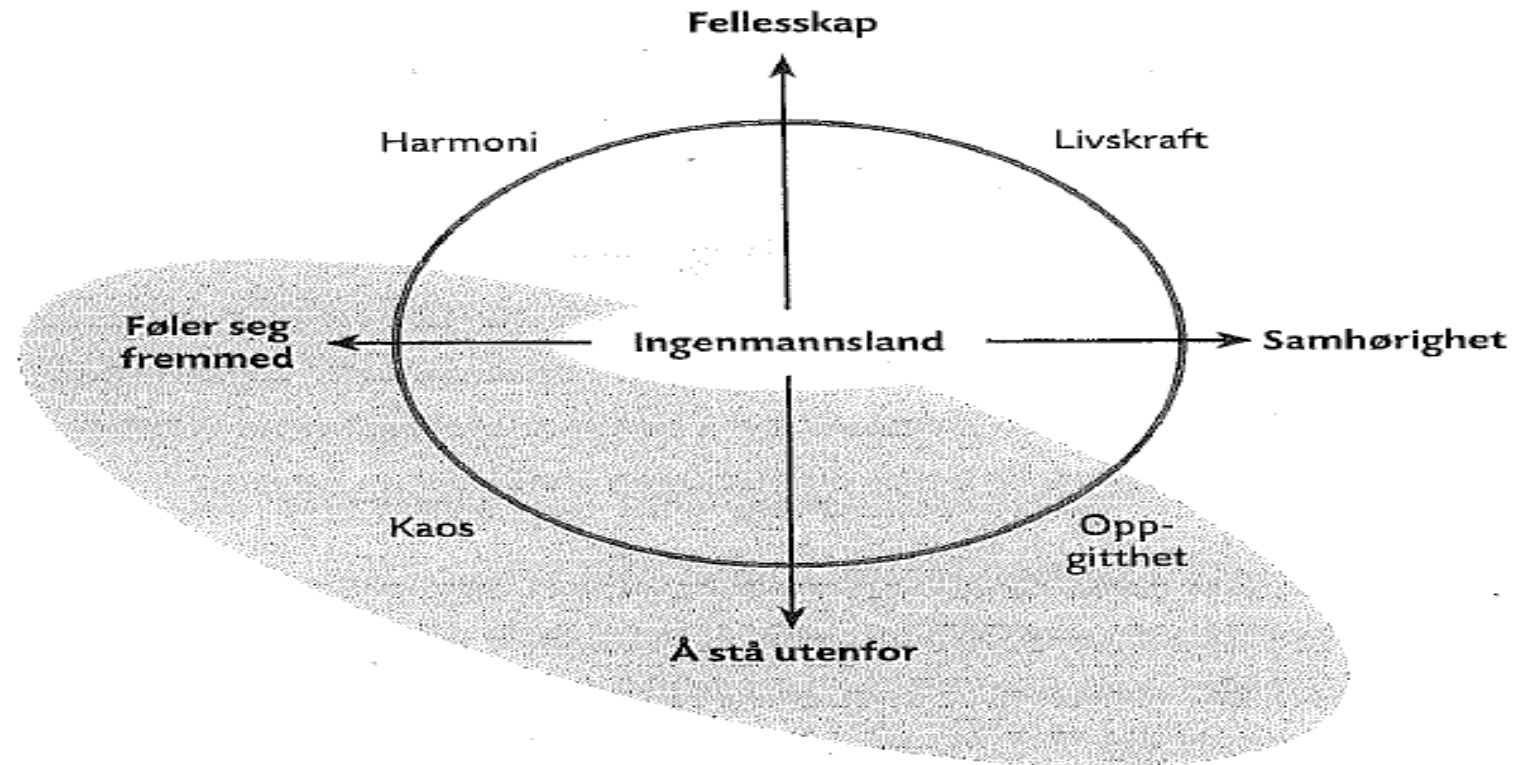
(K. Teglgård Lund 2019)

1. Pårørende svinger mellem årsagsforklaringer, kaos og fortvivlelse
Pårørende skal forholde sig til ændringen af den person de elsker og erkende tabet.
2. Sundhedsvæsenet tilbyder familien viden om den nye situation
3. Pårørende må i stigende grad overtage arbejdsopgaver i hjemmet
Rutinerne ændres gradvist og den pårørende får nye roller.
Roller som: advokat, træner, motivator, støtte, tryghedsskaber, omsorgsperson og arbejdsgiver
Pårørende kan føle sig meget alene med problemerne mens relationen ændrer sig.
De voksne børn påtager sig opgaver og er bekymret for det ældre ægtepar/ den eneboende borger
4. Pårørende skal bede om hjælp og lære at samarbejde med hjemmeplejen
Sygehusindlæggelser stiller store krav til de pårørende som kan være en enorm hjælp for alle.
Hjemligheden sættes på prøve.
Belastningen på pårørende stiger og en plejehjemsansøgning skal overvejes/ besluttet
5. Pårørende skal give slip og overlade ansvaret for pasningen til plejepersonalet

At forstå pårørende – en erfaringsmodel

(Jakobsen og Homelian 2011)

God omsorg for pårørende skal støtte dem i at komme fra det grå til det hvide felt



Pårørendes hovedbekymringer – set i et kvalitativt forskningsperspektiv

Dataindsamling fra interview med pårørende i AAL-projektet: et stort europæisk forskningsprojekt (2013)

1. Når den demente lider f.eks. med komplicerende delirium eller depression
2. Når den demente udnyttes økonomisk af andre
3. Når den demente drikker
4. Når den demente vil fortsætte med at køre bil
5. Når den demente farer vild
6. Når den demente opfører sig socialt upassende
7. Når den demente føler sig ensom
8. Når den demente kræver konstant opmærksomhed
9. Når den demente anklager andre f.eks. Plejepersonale for at stjæle

Hvem er den pårørende og hvilket ansvar ønsker de at tage i processen?

(Pårørende på tværs kap 3 2016)

- Nærmeste pårørende er mest belastet, og kan have svært ved at give ansvaret fra sig, så de kan få hjælp.

4 attituder ift til at påtage sig et lille eller stort ansvar:

1. **Fighter:** Pårørende er aktiv, lærer og tager ansvar for problemer, lidelsen og udfordringerne. Ansøger om ting, får skyldfølelse ved indlæggelser og har svært ved at modtage hjælp, da hun opfatter sig selv som den bedste til opgaven.
2. **Hjælpeløs:** pårørende fralægger sig ansvar og oplever afmagt. Opstår konflikt med "systemet" hvis alt ikke kan løses af personalet.
3. **Discipel:** Pårørende tager ansvar for problemet men forventer velfærdssystemet har en løsning på hvordan det kan løses til punkt og prikke. Søger gerne andre løsningsmuligheder via nettet uden at reflektere over kvalitet og effekt.
4. **Pragmatiker:** Pårørende overlader problemet til velfærdssystemet uden at tage ansvar for at finde løsninger i hverdagen. Er åben for aflastning og andres hjælp og finder metoder til at minemere og kompensere for problemet

Personalets ansvar (Kirkevold: Familien i sykepleiefaget 2001)

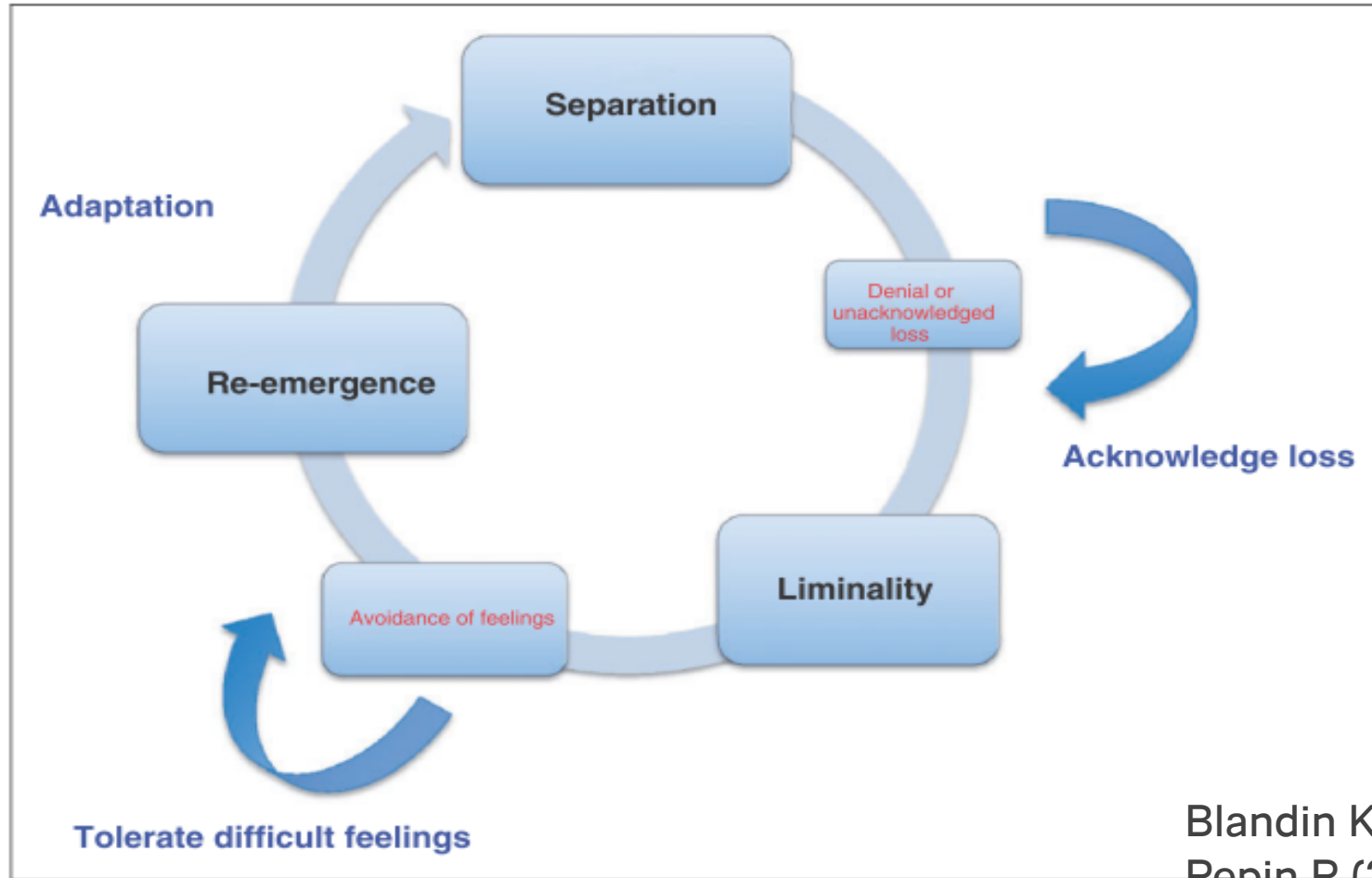
- 1.Vurdere familiens behov for hjelp
- 2.Lindre lidelse
- 3.Yde støtte
- 4.Skabe forståelse
- 5.Bidrage til mestring
- 6.Integrere sykdommens konsekvenser i livssituationen

Norsk forskningsprojekt har undersøgt hvilke tab pårørendes til borgere med demens oplever (Nordtug 2002)

- Refleksionsøvelse med din skuldermakker.
- Udvalg max. 3 tab fra listen her, som I finder interessant at diskutere.
- Giv et bud på hvordan hvert enkelt af de 3 tab påvirker et ægteskab.
- Diskuter hvordan I kan yde omsorg for pårørende med disse tab. Her kan I jo inddrage en speciel attitude (fighter, hjælpeløs, pragmatiker, discipel) hos pårørende, som udgangspunkt for jeres samarbejde.

1. Tab af den person, som ægtefællen var før
2. Sociale tab
3. Tab af samarbejdet med ægtefællen
4. Tab af den fornuftige samtale mellem ægtefællerne
5. Tab af tidligere omsorg og bidrag til fælles bedste
6. Tab af tidligere seksuelt samvær
7. Tab af fælles fortid og fremtid
8. Tab af tidligere tryghed
9. Tab af nattesøvn
10. Tab af husfreden mellem ægtefællerne
11. Tab af glæde i hverdagen
12. Tab af tid for sig selv
13. Utryghed ved om børn og børnebørn kan arve sygdommen
14. Tab af egne kræfter

Dementia grief: A theoretical model of a unique grief experience



Blandin K and
Pepin R (2015) S 6

Figure 1. Dementia grief states and dynamic mechanisms.

De pårørende kan gå i stå i deres sorgproces

- **Separation: at erkende tabet**
 - Kan hæmmes gennem en mangel på indstilling på tab, modstand eller benægtelse af tabene, eller manglende evne til følelsesmæssigt anerkende tab. Tabene kan give uløselige problemer eller der er ikke nok tid eller energi til rådighed til at afbøde konsekvenserne af hvert tab.
- **Liminality: at tolerere de vanskelige følelser**
 - Kan blive hæmmet, hvis smertefulde følelser undgås eller bliver undertrykt. Konsekvenser kan manifestere sig i usund adfærd, såsom at hengive sig til mad eller alkohol
- **Reemergence: at tilpasse sig nye livsomstændigheder**
 - Kan undgå at forandre egen adfærd, såsom at arrangere nye omstændigheder for pleje, overtage et ansvar som tidligere var den dementes, eller lære at kommunikere med den demente på en ny måde.

Samspil mellem uhelbredeligt syge, pårørende og professionelle (Karen Marie Dalgaard 2008)

3 typiske triader:

1. Den fleksible samvirkende triade

- De professionelle tildeler pårørende en naturlig og fleksibel plads i samarbejdet, og ser dem som personer der selv har brug for støtte og omsorg. Gentagne møder udvikler personlige relationer ud fra en skabt kontakt og personligt kendskab til hinanden

2. Den ustabile tilpassede triade

- De professionelle definerer de pårørendes plads i samspillet, der er ustabil med indbygget latent splittelse pga. manglende forventningsafklaring. Der er upersonlige relationer pga. begrænset kontinuitet.

3. Den ekskluderende splittede triade

- Her er kamp om virkelighedstolkningerne mellem pårørende og den professionelle med gensidig lukkethed, åben splittelse og mistillid. De professionelle indleder taktiske spil og tildeler pårørende en perifer plads i samarbejdet.

Triaderne adskiller sig på 7 områder

1. Samarbejdsform
2. Den raske ægtefælles position i triaden
3. Hvem definerer virkeligheden og ansvars- og opgavefordelingen
4. Samspilsformer
5. Type relation
6. Hvem er den anden som modtager omsorg, en person, en borger, en pårørende?
7. Et oplevelsesperspektiv fra ægteparrets perspektiv.

Samtale mellem ligeværdige

- Hvilke relationskompetencer fordrer det hos personalet?
- Enhver kommunikation starter med at skabe en relation præget af: autensitet, nærvær og evnen til at improvisere. (Ammentorp J. 2017)
- Personalet vil i relation til pleje af borgere med demens altid have hovedansvaret for styre kommunikationen så der bliver plads til anerkendelse og gensidighed frem mod et muligt kompromis.

Indsatsen for pårørende er afhængig af faglig tilgang og værdier (Karen Marie Dalgaard)

- **Betydningsfulde professionelle værdier i mødet med pårørende:**
 - Åben opmærksomhed med en sanselig tilstedeværelse i situationen og bevidst rettet mod at få kendskab og give plads til den pårørendes opfattelser.
 - Professionel ydmyghed med respekt for pårørendes autonomi og en begrænsning af den professionelles definitionsret og magt.
 - Rummelighed. Den professionelle anerkender og respekterer den pårørende på dennes betingelser. Rummeligheden styrkes når samspillet er baseret på personlige relationer, da pårørende herved træder frem som person.
- **De professionelle påtager sig en aktiv opsøgende og afklarende rolle ift. at forebygge og udrede tegn på misforståelser, splittelse og konflikter.**

øvelse

- Gå igen sammen 2 og 2 og diskuter cases fra egen praksis
- Analyser jeres samarbejde ud fra de 3 triader:
 1. Den fleksible samvirkende triade
 2. Den ustabile tilpassede triade
 3. Den ekskluderende triade
- Hvis I skulle videreføre samarbejde ud fra hver af de 3 triader, hvordan ville I så arbejde for at forløbet på alle 3 cases blev værdige?

Eftermiddagens agenda

- Positive og negative effekter ved pårørende inddragelse
- Udfordringer for de professionelle
- Udfordringer for de pårørende
- Forudsætninger for pårørende inddragelse
- Kommunikation – anerkendende/systemisk
- Tværfaglig samarbejde/relationel koordinering
- En konkret model for fælles beslutningstagning.
- Afslutning på dagen

Positive effekter ved pårørendeinddragelse

- Der foregår en vidensdeling mellem professionelle, patienten og pårørende.
- Alle inddrages i beslutningsprocessen og forventninger afstemmes.
- Åbenhed mellem parterne med større forståelse for situationen.
- Der skabes tryghed og bedre kommunikation, som også forbedre personalets kontakt til patienten.
- Der tales en fælles sprog, som alle forstår.
- Skaber bedre kvalitet i plejen.
- Pårørende ikke er ladt alene i en svær situation

Negative effekter ved pårørendeinddragelse

- Ved tværfaglige møder kan nogle faggrupper føler sig udelukket.
- Kan kræve store logistiske udfordringer at arrangere samtaler med pårørende.
- Opfølgingsmøder kræver fleksibilitet hos personale samt pårørende.
- Pårørende inddragelse, samtaler og tværfaglige møder kræver ressourcer, men kan på sigt minimere den samfundsøkonomiske udgift.
- Hvor er grænsen for, hvad personalet vil inddrage de pårørende i – eks.: dårlig prognose mv.

Udfordringer ved pårørendeinddragelse

- **Modstand fra personalet.**
 - At arbejdesrutiner ændres
 - Nye roller som kan give usikkerhed for personalet
 - Den ledelsesmæssige involvering i at fokusere på pårørendeinddragelse er her nødvendigt
- **Svære emner at samtale om – kan bevirke at personalet undlader disse.**
 - Usikker på hvor meget patient og pårørende kan rumme af inddragelse
- **Skuffede pårørende ved mangelfuld opfølgning på aftaler**

Vi talte om at nogle sundhedsprofessionelle kunne have en relation til pårørende / borgeren, hvor han/hun kunne overinvolveret eller underinvolveret.

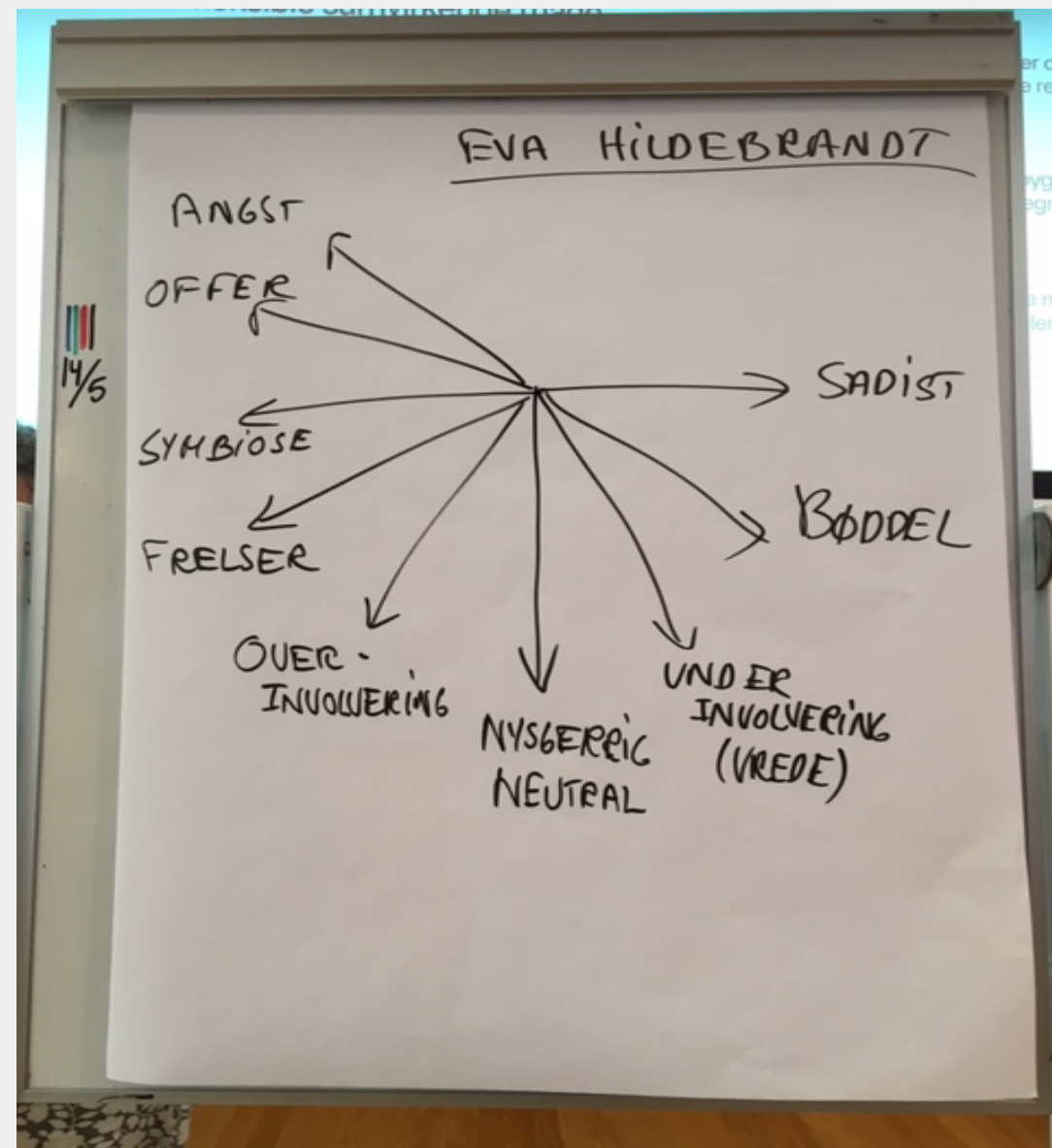
Susanne tegnede denne tegning for at forklare at:

Når pendulet står stille, den sundhedsprofessionelle har styr på sine egne følelser = neutral (ikke kold – men vedkommende har sympati for den anden), og kan være nysgerrige/undersøgende så fungerer kommunikationen og relationen allerbedst.

Men fordi vi har hjertet med os og brænder for det vi gør, så kan vi nogen gange blive overinvolveret, komme til at love eller vise at vi nok skal ordne det hele (frelser) – det kan blive så slemt at vi kan komme i en form for symbiose med den vi hjælper. Vores humør og følelser følges med den andens. Går det godt – er vi glade. Går det mindre godt – så bliver vi skuffede over os selv og/eller vred på den anden.

Det kan gå så langt, at vi bliver ofre, bliver angste og vi risikerer at blive udbændte. Andre (lederen / kollegaer / supervisor) må hjælpe os ud af situationen, vi kan ikke selv mærke det/se det.

Hvis vi er hjælpeløse hjælpere (Psykoanalytiker Wolfgang Schmidtbauer) og har svært veda at tage vare på os selv, men er eksperter i at drage omsorg for andre, så er vi i højrisiko for at komme til at overinvolvere os og evt. ende med at blive ofre/hjælpeløse eller at vi svinger pendulet over på den anden side og underinvolverer os (kulde/kynisme/lige gyldighed)



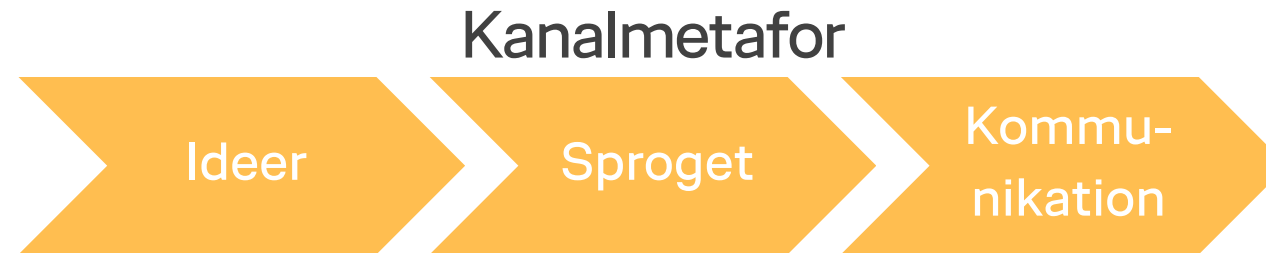
Udfordringer ved pårørendeinddragelse

- Nogle pårørende har behov for samtaler, hvor deres egne behov kommer i fokus.
 - Kan være svært at give plads til i en travlt hverdag
 - Kan være svært at rumme de pårørendes frustrationer
- Pårørende kan have behov for kendskab til mestringsstrategier.
- Pårørende i krise kan blive introvente, hvorved de bliver overset, når de har behov for størst støtte. Taler mere om hvordan patienten har det og ikke, hvordan de selv har det.
- Hvordan er relationen mellem patient og pårørende.
- Modstridende interesser – forskellige virkelighedsbilleder

Forudsætninger for pårørendeinddragelse

- Samtykke fra patienten
- Personalets ejerskab ved metoder til pårørendeinddragelse.
 - Personale (og gerne pårørende) inddrages i bedste metode for pårørende inddragelse
 - Klare mål for inddragelse samt resultat
- Kompetenceudvikling for personalet vedr. kommunikation, tværfaglig samarbejde.
- Mødeledelse og målrette kommunikation kan sikre at alle bliver hørt

Kommunikation som transmission



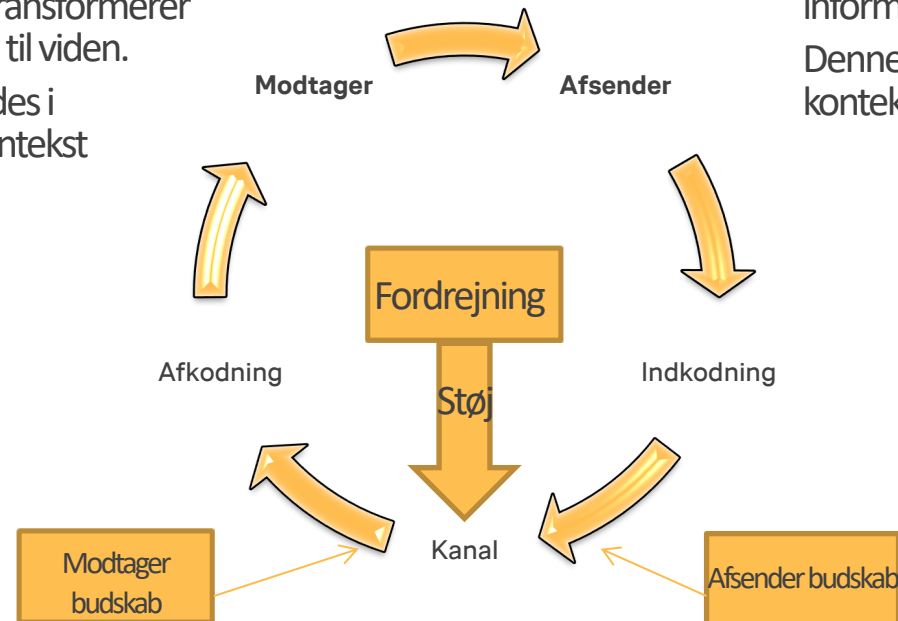
- En genstand puttes i en beholder og sendes gennem en kanal.
- Ord har betydning i sig selv uafhængig af konteksten
- Kan betyde, det er svært at få ideerne hørt (igennem), Tungt sprogbrug mv.
- Tager ikke hensyn til at det der giver mening (for mig) er kontekstafhængig

Kommunikationsmodel

Frit efter: Haslebo, Gitte (2012): Relationer i organisationer

Man hører/læser den sendte information og transformerer informationerne til viden.
Denne viden findes i modtagerens kontekst

Viden transformeres til information (eks. sprog).
Denne viden findes i afsenders kontekst



Hvad er kommunikation?

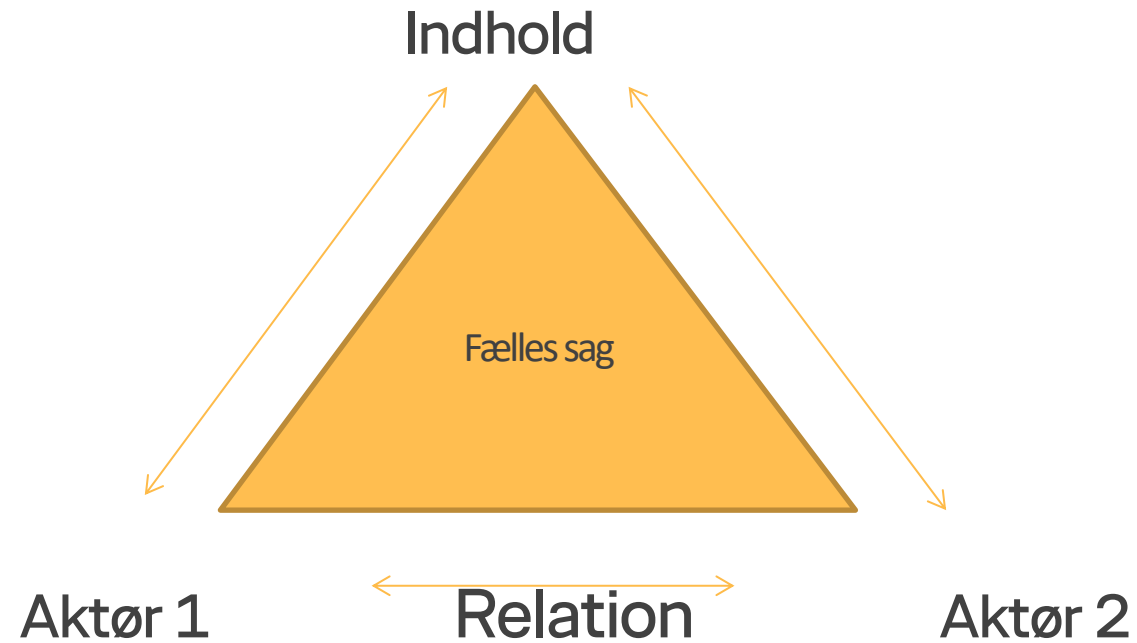
- Er et medium til at meddele sig
- Er at dele noget med nogen
- Er en måde at formidle viden
- Er med til at skabe relationer
- Kan være som tiltale
- Kan forme sig som samtale
- Er intenderende

Grundlæggende antagelser om kommunikation

- Det er umuligt ikke at kommunikere
- Vi kommunikerer både indhold og forhold samtidig
- Vi kommunikerer altid på flere niveauer samtidig
- Samspil må forstås cirkulært
- Samspil kan være både symmetrisk og komplementært
- Meta kommunikation er vigtigt

- Mette Nielsen og Gitte Rom (2006) Perspektiver på kommunikation

Indhold og relationer



Anerkendende kommunikation

- Den pårørende er ekspert i egen oplevelse
- Tage del i den historie, der fortælles
- Det kræver forståelse og bekræftelse som tegn på en anerkendende væremåde.
- Kræver deltagelse også i den analoge kommunikation, som ledsager indholdet.
- Det kræver empati
- Være åben deltagende i fortællingen fra den pårørende.
- Kræver tid og ro.
- Anerkendelse er ikke det samme, som at være enig med vedkommende, men at være anerkende for at vedkommende er ekspert i eget liv.

Walk and talk

2 eller 3 sammen

- Del med hinanden, hvordan I oplever kommunikationen med pårørende og deres involvering i fælles beslutningstagning.
- Hvilke udfordringer, og hvordan løses disse

Skriv jeres tanker ned på nogle post-it sedler og sæt dem på 2 tavler når I kommer tilbage.

1) udfordringer

2) løsninger

I kan læse hinandens post-it i pausen

Systemisk kommunikation

- Ved systemisk kommunikation ses enkeltstående situationer i et større sammenhæng og er afhængig af perspektivet man ser det i.
- Der tænkes i mønstre, helheder og sammenhænge
- Vi kommunikerer altid ud fra den kontekst og forforståelse vi har

Afgrænsning af et system

- Afgrænsning af et system afgøres af, hvordan en problematik italesættes.
- Systemer definerer ikke problemer.
- Det er problemer der definerer systemer, og de som taler om problemet, er selv en del af problemsystemet.

Kontekst markører

Konteksten sætter rammer for, hvordan vi ser situationen.

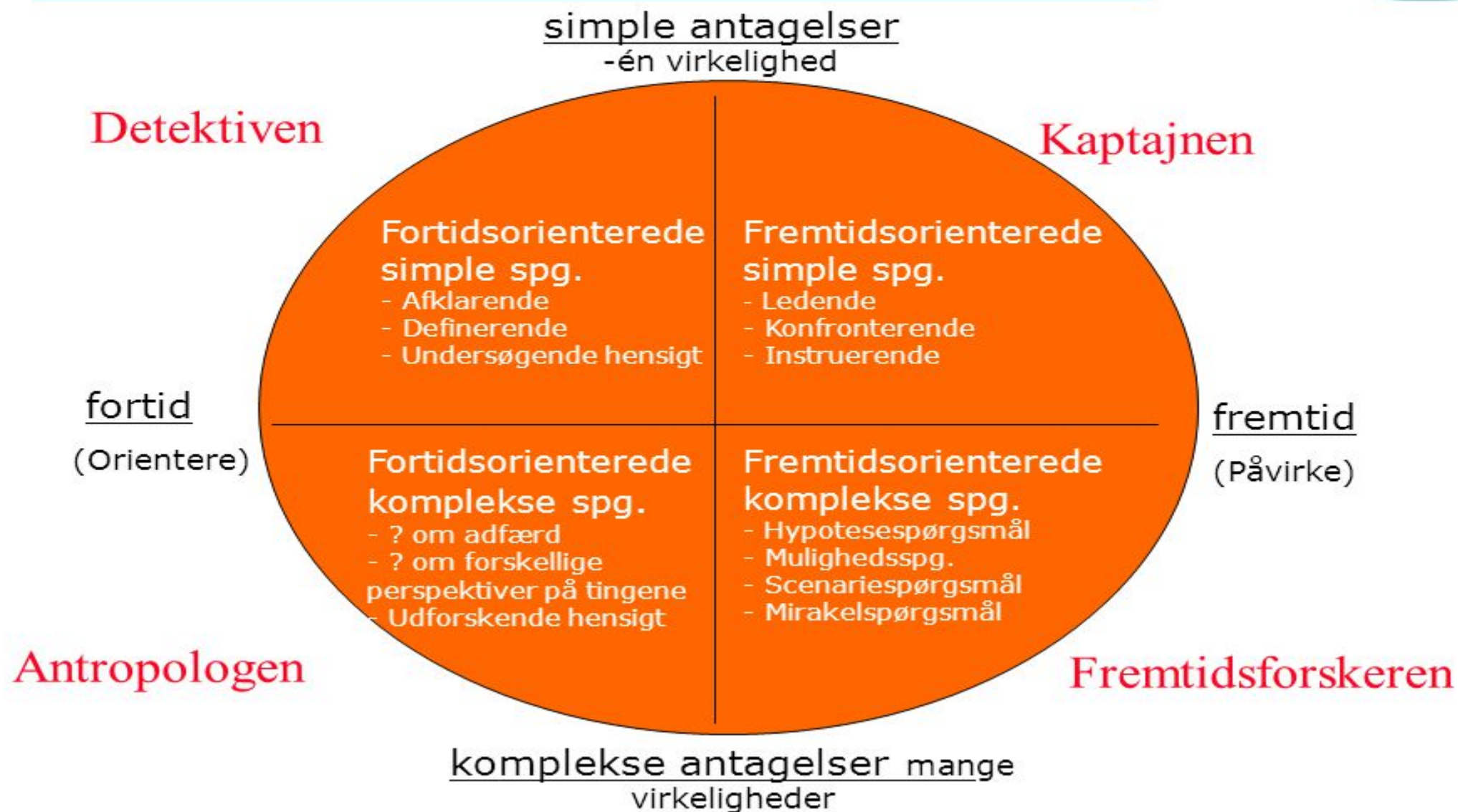
- Tidspunkt, forventninger, erfaringer med hinanden
- Relationer – er socialt og kulturelt betingede
- Det kræver indsigt for at afkode

Forandringer gennem kommunikation

- Kræver:
 - Respekt, anerkendelse
 - Udefra kommende tilpas forstyrrelse, der giver mening
 - Tålmodighed og refleksion

Spørgsmålstyper

- inspireret af Karl Tomm



Tværfaglig samarbejde

- Man koordinerer den faglige indsats mhp at skabe syntese mellem de faglige kundskaber og færdigheder.
 - Formulerer fælles visioner og mål
 - Man forholder sig til hinandens videns- og vurderingsgrundlag
 - Faggrupperne begrundelser og praksis er til diskussion i det tværfaglige samarbejde
 - Man overlapper hinanden i opgaveløsningen, men uden af udviske egen faglighed/ekspertise.

Relationel koordinering

1. Relationer

- ✓ Fælles mål
- ✓ Fælles viden
- ✓ Gensidig respekt

2. Kommunikation

- ✓ Hyppig kommunikation
- ✓ Kommunikation til tiden
- ✓ Præcis kommunikation
- ✓ Problemløsende kommunikation.

Fælles beslutningstagning

Man bevæger sig fra de umiddelbare præferencer til informeret valg
5 opmærksomhedspunkter der kan bruges, når der skal tage beslutninger i relation til patientens situation, som også påvirker den pårørendes liv.

1. Snakke valg
2. Snakke muligheder
3. Tid til refleksion
4. Snakke beslutning
5. Følge op på beslutningen

Snakke valg

- Spørge hvilken rolle patienten ønsker at spille i beslutningsprocessen
- Spørge om patienten ønsker at pårørende deltager i beslutningsprocessen
- Opsummer problemet
- Forklare rammer og muligheder
- Gør klar, der skal træffes en beslutning
- Forklare hvorfor alles deltagelse i beslutningen er vigtigt.
- Forklare processen i ved den fælles beslutningstagning

Snakke muligheder

- Forklare overordnet hvilke muligheder, der er
- Undersøge hvad patienten og pårørende ved eller forestiller sig af muligheder
- Afklare fordele, ulemper og risici ved de forskellige muligheder
- Neutral og ligeværdig information om alle muligheder
- Skab realistiske forventninger
- Gør brug af spørgsmålstyper
- Tjek patientens og pårørendes forståelse – bede dem opsummere.

Tid til refleksion

- Tiden til refleksion for patient og pårørende kan være fra minutter til timer
- Kan også være dage – med opfølgende samtale

Snakke om beslutning - Følge op

- Opsummer kort muligheder
- Spørg igen ind til patientens og den pårørendes præferencer
- Spørg til hvad der er vigtigt for dem
- Evt. hvad der gør det svært at vælge/tage beslutning
- Anerkend og foreslå beslutning og tjek om patienten og pårørende er enige i beslutningen.
- Blive enig om beslutningen
- Opfølgning – hvem gør hvad og hvornår

Litteratur

- Forchhammer HB (2013) At være pårørende. I: Hahl BH, Døssing A, Ølsgaard GE (red.) Livet med kronisk sygdom. Kbh.: Gads Forlag s. 45-58
- Lindhart T. (2009) Pårørende til skrøbelige ældre. I: Glasdam S, Esbensen BA (red.) Gerontolog - livet som ældre i det moderne samfund. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck s. 362-380
- Hvis du vil vide mere: <https://danskepatienter.dk/politik/temaer/paaroerende>
- Pedersen L (2011) Pårørende som ressourcer I: Patientinddragelse - refleksion, læring, innovation og ledelse. Kbh.: Hans Reitzels forlag s. 52-54
- Lund KT (2019) Om at være pårørende til et menneske med demens. I: Skjødt U, Jekes I (red.) Sygepleje i det nære sundhedsvæsen. Gads Forlag s. 190-214
- <http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/indsats-for-paaroerende/>

Litteratur

- Værdighed i ældreplejen - en hjertesag:

https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2018/Vaerdighed-i-aeldreplejen-en-hjertesag/Vaerdighed-i-aeldreplejen-en-hjertesag.pdf

- Sundhed.dk/ Patienthåndbogen:

<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/>

- Videncenter for brugerinddragelse (VIBIS)

<https://danskepatienter.dk/om-danske-patienter/publikationer/tema-om-paeroerendeinddragelse>

<https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutningstagning>

- Sundhedsstyrelsen – Samarbejde med pårørende: <https://www.sst.dk>

- Nielsen S, Mette & Gitte rom (2012) Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner. Munksgaard.

- Nordentoft, Helle & Birgitte Ravn Olesen (2014) Kommunikation i kontekst. Munksgaard.

- Gittel, Jody Hoffer (2012) Effektivitet i sundhedsvæsenet. Munksgaard.

- Højholdt, Andy (2016) Tværprofessionelt samarbejde i teori og praksis. Hans Reitzels forlag.