

Fagnyheter

Fra **Sør-Trøndelag**



TRONDHEIM
KOMMUNE

ÅFJORD
KOMMUNE

**Pådriverrollen
Mat, måltid og ernæring
Omsorgspraksis
Utviklingskonferansen
Demensdagene**



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester



Senter for
omsorgsforskning
MIDT-NORGE



Pådriverrollen

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenesten i Sør-Trøndelag har en pådriverrolle for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylke.

Som Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste har vi fått i oppdrag og være pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsingsområder. Vi er oppfordret til å bidra med å utvikle og videreutvikle modeller og systemer i den hensikt å øke kvaliteten på våre tjenester i samarbeid med andre aktører. Samarbeidet innebærer blant annet erfaringsutveksling og nettverksbygging internt i egen kommune og med andre kommuner i fylket.

Utvikle fag- og tjenestetilbud innen ulike satsningsområder:

Pådriver for fag- og tjenesteutvikling innen lokalt og nasjonalt definerte satsingsområder:

Utvikle eller videreutvikle modeller, prosesser og systemer med den hensikt å forbedre tjenestene i samarbeid

Sør-Trøndelag fylke består av 25 kommuner. Det er tre byer Røros, Brekstad (by og kommunesenter på Ørland) og den største er Trondheim. Mange kommuner er små og mange har inngått samarbeid på ulike områder.

ulike aktører.

Videreutvikling av praksistilbudet til elever, lærlinger og studenter

Langsiktig utvikling i sykehjem og hjemmetjenester forutsetter at tjenestene tilbyr elever, lærlinger og studenter et praksistilbud som er oppdatert og i utvikling. Det er viktig med styrking av forbedringskunnskapens plass i utdanningene, og det er viktig med samarbeid mellom Utdanningsinstitusjonene og tjenestene. I 2013 vil vi jobbe med felles prosjekt «Lær, reflekter og praktiser» (HiST og UHT) forbedret læringsarena for alle.



Åfjord og Trondheim er de to kommunene i Sør-Trøndelag som har fått status som utviklingssentre for henholdsvis hjemmetjeneste og sykehjem.

Pådriver for kompetanseutvikling hos ansatte

Alle sykehjem og hjemmetjenester plikter å sørge for at medarbeiderne har

Åfjord Helsesenter



Søbstad Helsehus



tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre oppgavene sine. Helse og omsorgstjenestene har ansvar for kartlegging av kompetansebehov og rekruttering av personell med nødvendig kompetanse, samt å sørge for tilstrekkelig opplæring og etterutdanning. Dette gjelder alle ansatte, også assistenter og vikarer. Kompetanseutviklingen bør sees i lys av pasientenes behov for faglært assistanse.

Utviklingssentrene har i 2012 drevet med kompetanseutvikling på områder som krever tilnærming, for eksempel miljø- og medikamenttiltak i demensomsorgen, lindrende behandling og aktiv omsorg.

Forskningsaktiviteten på flere av helse- og omsorgstjenestenes felt er i dag uforholdsmessig lav i forhold til praksisfeltets behov.

Utviklingssentrene skal legge til rette for og bidra til forskning ved å

- etablere samarbeid med aktuelle forskningsmiljøer og stimulere til samarbeidsprosjekter på tvers av institusjoner og fagområder.

Tilrettelegge for forskning og utvikling

- tilrettelegge arbeidsmessig og bidra til gjennomføring av mastergrads-, doktorgrads- og andre forskningsprosjekter.
- bidra til at anerkjente forskningsresultater gjøres kjent, diskuteres og tas i bruk.
- være pådriver for å implementere forskning som en naturlig del av praksis.

Sentrale samarbeidspartner

- Vertskommunen
- Øvrige kommuner i fylket
- Regionale sentre for omsorgsforskning
- Fylkesmannen
- Høgskoler og universitet
- Helseforetak og Helsedirektoratet

En pådriver går foran og jobber for å

få noe til å skje, motiverer andre og får med seg andre. Det er etablert kommunalt og interkommunalt samarbeid med ulike fag og læringsnettverk i fylket.

Som pådriver oppfordres utviklingssentrene til å arbeide for å inkludere alle kommuner i fylket, og å få frem de gode erfaringene fra de andre kommunene. Behovet for nye fagnettverk vurderes i samråd med samarbeidspartnere. Samtidig oppfordres utviklingssentrene

Modeller for utviklingsarbeid

USHT er gitt i oppgave av Helsedirektoratet å prøve ut og evaluere ulike modeller for kompetanseheving. Undersøkelser viser at fagseminarer og forelesninger der det stilles få krav til deltakerne har liten eller ingen effekt i forhold til kompetanse. Interaktive metoder som inkluderer brukerperspektivet og har særlig fokus på veiledning og refleksjon viser seg å ha større innvirkning på utvikling av kompetanse. Derfor har USHT særlig vektlagt bruk av interaktive forelesninger, nettverksarbeid og refleksjonsgrupper der kompetanseheving skal

skje. Evaluering og erfaringer ved bruk av de ulike modellene skal spres til det nasjonale nettverket av *Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester*.

Veien til kvalitetsutvikling og god praksis «Kunnskapsbasert praksis»

USHT har til hensikt å fremme kompetansemobilisering og læring på arbeidsplassen. Bevissthet omkring kunnskapsgrunnlaget, verdier og brukernes kunnskap er viktig. Å legge til rette for aktiv læring og refleksjon over egen praksis er godt dokumentert som viktig virkemiddel for å stimulere ansatte til aktiv læring og utvikling av egen kompetanse. Det er viktig at alle medarbeidere involveres i kontinuerlig utviklingsarbeid. Dette kan gjøres på ulike måter og må tilpasses de behov som enhetene har. Tjenestene står til enhver tid ovenfor ulike utfordringer, noe som stiller store krav til å kunne møte dette. I en hektisk hverdag og med knappe ressurser for mange er det derfor viktig å finne en god balanse mellom positiv utvikling, resultatmål og ressurser.





Mat, måltid og ernæring på sykehjem og i eget hjem

Sentrale faktorer for å gjennomføre folkehelsearbeid er kunnskap, holdninger og praksis.

Det foreligger flere norske forskningsartikler som viser at eldre av ulike grunner ikke får tilstrekkelig med ernæring (Sørbye mfl. 2008, Sørbye 2010). Kunnskapen er tilstede, men det er behov for en holdningsendring. Både de eldre selv og deres omsorgsperso-

ner må erfare hvilke helsemessige gevinst god ernæring betyr (Sellevold og Skulberg 2005). (Institutt for sykepleie og helse)

Kvalitetsforskriften §3, tilfredsstillende grunnleggende behov, bl.a:

- sosiale behov som mulighet til samvær, sosial kontakt, felleskap og aktivitet
- fysiologiske behov som tilstrekke-

lig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat

I henhold til nasjonale faglige retningslinjer for forbygging og behandling av underernæring (2009) fra Helsedirektoratet skal alle personer innskrevet i hjemmesykepleien og i sykehjem vurderes for ernæringsmessig risiko ved vedtak og deretter regelmessig – eller etter andre faglige begrunnede beslutninger.

I retningslinjene står det at pasienter skal veies og måles. Det har vist seg at det skjer tilsynelatende lite forbedring dersom ikke kommunene, bevisst ønsker å satse på kvalitetsheving innen dette området.

Vekttap hos eldre kommer ofte snikende, og regelmessig veiing er nødvendig for å fange opp, forhindre og forebygge vekttap før pasienten utvikler underernæring. Ernæring er et sentralt område i sykepleie, og pleiepersonalet i hjemmetjenesten og sykehjem bør være de nærmeste til å kartlegge ernæringsmessig risiko. Det blir også viktig at ernæringsstatus kommuniseres og drøftes med lege, for eventuell diagnostisering og oppfølging.

Store kostnader for samfunnet

Sykdom er den viktigste årsaken til underernæring, men manglende rutiner og kunnskap gjør at underernæringen får utvikle seg. Underernæring fører også til flere sykehusinnleggelser enn det som ellers hadde vært nødvendig..

«Kvalitetssikring av tiltak for å styrke ernæringsstatus hos eldre i omsorgsbolig og hjemmeboende»



Våren 2009 lanserte Helsedirektoratet Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Som et tillegg til de allerede eksisterende ernæringspolitiske retningslinjene ønsket man å sikre at de nasjonale retningslinjene ble implementert. Med bakgrunn i de nasjonale føringene og anbefalingene ønsket en å sikre en enda større forståelse for hvordan arbeide systematisk med tjenestetilbudet knyttet til kosthold og ernæring hos pasienter på helsehus/helse- og velferdssenter.

Systematisk oppfølging av kosthold og ernæring i helsehus og helse- og velferdssenter i Trondheim kommune

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsarbeidet har vært å utarbeide en felles modell for systematisk oppfølging av kosthold og ernæring for pasienter i helsehus og helse- og velferdssenter. Videreutvikle eksisterende rutiner samt danne grunnlag for en modell som også kan være overførbart til andre enheter inne pleie og omsorg. En viktig målsetting i dette arbeidet har vært å sikre en felles faglig forståelse for betydningen av de faglige retningslinjene, samt felles forståelse for krav og forventninger knyttet til oppfølging av kosthold og ernæring pleie og omsorg..

Hovedmål for tiltaket:

Sikre pasienter i sykehjem en individuell tilpasset ernæringsplan ut i fra behov og ønsker, samt forebygge og minske risikoen for underernæring

Delmål

1. Utarbeide felles kompetansehevingprogram for alle ansatte med primærkontaktfunksjon. Videreutvikle felles standard/retningslinje for oppfølging av kosthold og ernæring i helse- og velferdssenter og helsehus
2. Enhetene/ansatte skal kunne identifisere pasienter i risiko for underernæring gjennom kartlegging og dokumentasjon, utarbeide individuelle ernæringsplaner ved hjelp av dokumentasjonsverktøyet i Gerica
3. Felles døgnrytmeplaner sett i relasjon til miljøets betydning for en god måltidsopplevelse

Gjennomføring:

Det ble satt ned en sentral tverrfaglig arbeidsgruppe som fikk i oppdrag og utarbeide et opplæringsprogram samt retningslinjer for oppfølging av kosthold og ernæring i helsehus og helse- og velferdssenter. Arbeidsgruppen skulle også ha ansvar for undervisning til ressurspersoner på alle enhetene samt bistå enhetene med oppfølging og veiledning i implementeringsperioden. I dette arbeidet er det også blitt lagt vekt på primærkontaktens rolle i oppfølging og iverksettingen av tiltak knyttet til pasientene i et tverrfaglig samarbeid med lege, sykepleier og ernæringsspesialist og produksjonskjøkken. Det ble gjort tilpassinger i dokumentasjonsverktøyet Gerica for å imøtekomme dokumentasjonskravet.

Resultat:

Alle enheter skulle fra 1 januar i 2011 ha de nye rutinene på plass. Det ble meldt fra noen enheter at det var nødvendig med noen justeringer knyttet til turnus for å imøtekomme den nye måltidsrutinen, andre hadde ikke dette behovet. Det ble meldt om ulike utfordringer underveis på enhetene, dette ble løst underveis i prosessen med ulike tilpassninger der det var aktuelt. Erfaringene viser at det er viktig i endringsprosesser å ha systemer som kan ivareta de utfordringene som kommer. Sammen med lederne er ressurspersonene viktige støttespillere i endringsarbeidet. Derfor er en grundig opplæring og kompetanseheving av disse personene svært viktige i prosessen



sen for å kunne lykkes. Disse retningslinjene er også tilpasset og gjort gjeldene for hjemmetjenestene.

Trondheim kommune har lagt stor vekt på utvikling av gode pasientforløp. Det er nå implementert et helhetlig pasientforløp i hjemmet, hvor oppfølging av kosthold og ernæring inngår som en viktig del av oppfølgingen. Dette innføres også nå i helse- og velferdssentrene og helsehusene. Arbeidet med å implementere pasientforløpene blir blant annet ivarettatt gjennom ledernettsverk i alle bydelene for institusjonene og helsehusene.

Alle enheter har i dag måltidsrytme i henhold til standard, alle pasienter blir kartlagt i forhold til ernæringsstatus og alle skal ha individuell ernæringsplan.

Det ble i april 2012 gjennomført tilsyn vedrørende rutiner knyttet til oppfølging og kartlegging av pasienter i ernæringsmessig risiko ved Søbstad helsehus og Saupstad hjemmetjeneste uten avvik eller anmerkninger fra tilsynet.





Din mat er din medisin

(Hippokrates)

De nye retningslinjene anbefaler verktøy som kan fange opp personer i en ernæringsmessig risikosone, slik at man kan forebygge underernæring.

Tiltakene er bygd opp som en trapp, der man begynner med tiltak på lavest mulige effektive nivå, og går videre til mer spesialiserte tiltak hvis de enkle ikke virker. Poenget er at det ofte ikke er så

mye som skal til. I noen tilfeller kan det være nok å fokusere på appetittvek-kende mat og tilrettelegge spisesituasjonen.

Viktig med forebygging

Uten videre kan vi slå fast at mange eldre spiser for lite mat - og feil mat. Underernæring og sult blant eldre mennesker kan føre til svekket all-

menntilstand, svekket immunforsvar og til sykdom. Det skal ikke være slik at man må vente til man har blitt underernært før man får behandling,

Dårlig tannhelse hos eldre kan få store konsekvenser for deres livskvalitet og helse, blant annet ved at de ikke klarer å spise ordentlig. Det er derfor viktig forebyggende helse når brukere av hjemmesykepleien følges opp med



Illustrasjonfoto: Shutterstock

verre blir underernæringen som regel verre under et sykehusopphold.

Identifisering, behandling og forebygging av underernæring

Det er mange som ikke har et godt nok kosthold i dag, og særlig gjelder dette eldre.

Gjennom økt kompetanse i ernæringslære hos ansatte og opplæring i bruk av ernæringsverktøy, utarbeidet for denne brukergruppen, er målet å identifisere og redusere forekomst av underernæring hos personer som bor hjemme og som mottar tjenester fra hjemmesykepleien.

Hva har Åfjord gjort

Åfjord har økt fokus på ernæringsmessig risiko, observasjon av vekt og BMI, beregning av væskebehov og energinntak for våre brukere og pasienter i hjemmetjenesten og sykehjem.

Det er etablert tettere kontakt med fastlegen.

Kompetanseheving i forhold til kosthold ble viktig både i forhold til personale og bruker/beboer. Økt kunnskap om næringsrike matvarer, næringsdrikker og gode råd om hvordan en kan gjøre måltidene mer innbydende.

I tillegg til matombringning for våre hjemmeboende eldre har hjemmetjenesten større grad benytter i kjøkkenpersonalet ved sykehjemmet sin kompetanse i forhold til sammensetning og tilrettelegging av mat/måltider til pasienter og brukere med ernæringsproblemer.

Eldre spiser mer når de er sammen!

Ansatte opplever at brukere spiser bedre om de har selskap under måltidet. For enkelte er det viktig at man har tid til å sitte sammen med bruker under måltidet, selv om bruker er i stand til å spise selv. Fokus på å opprettholde nettverk og naboskap (Eden Alternative) har gitt resultater i å skape sosiale

arena med mat som et naturlig innslag.

Fellesarena ved tre omsorgsboligheter hvor beboere og andre i nærmiljøet har tilbud om å varm mat i trivelige omgivelser.

Oppfølging av ernærings situasjon er individuelt tilrettelagt for den enkelte bruker. Det er lagt godt til rette for brukermedvirkning blant annet gjennom «The Eden Alternative», , Hvis det viser seg at en pasient er underernært går behandlingen ut på å gi ham eller henne tilpasset, næringsrik mat, eventuelt i kombinasjon med næringsdrikker. Når det ikke lar seg gjøre å dekke pasientens ernæringsbehov gjennom munnen, brukes mer aktiv ernæringsbehandling i form av sonde- eller intravenøs ernæring.



Det er middagstid på Helseneteret i Åfjord.

Brukere av hjemmetjenesten spiser felles middag i kantina.

Foto: Lillian Storvik

Opplæring, påminnelse og inspirasjon

Erfaring hittil tilsier at opplæring av alle ansatte var avgjørende for at rutiner følges og brukerne fanges opp. Opplæringen bør gjentas slik at også nytilsatte får riktig informasjon.

Gjennomføring av prosedyrer

Alle brukere har primærkontakt som har ansvar for at alle brukere kartlegges jf. prosedyrer.



gratis tannhelsetjenester.

Helsesvikt og endret livssituasjon kan gjøre eldre mennesker mer utsatt for et mangelfullt kosthold.

Når du er syk, får du høre at «nå må du spise for å bli frisk»

Det er ikke alltid så lett, og særlig eldre mennesker sliter med underernæring, både i hverdagen og på sykehus. Dess-

Alle nye pasienter i hjemmetjenesten over 70 år og kronikere i alle aldrer (KOLS, diabetes, hjertepasienter, kreftpasienter og pasienter med sår).

Fagleder, primærkontakt og den enkelte ansatte er faglig ansvarlig for at tiltak iverksettes.

Ressurspersoner i fagområdet «ernæring» støtter/veileder ansatte og har et overblikk over at systemer fungerer, og oppdatering av kompetanse til vikarer og nytilsatte.

Brukere og pasienter kartlegges / kontrolleres og vurderes hver tredje måned i forbindelse med vektmåling, KMI. Brukere som har et avdekket og registrert ernæringsproblem følges opp kontinuerlig jf. individuell tiltaksplan.

Kompetanse og bruk av Elektronisk fagprogram Profil omsorg understøtter god ernæringspraksis

Det ble gjort tilpassinger i dokumentasjonsverktøyet Profil omsorg (som er felles for seks fosenkommuner) for å imøtekomme dokumentasjonskravet og gjøre hverdagen enklere for den ansatte –reg.i hjemmet ved Mobil Profil

Tiltak

For å forebygge underernæring må man dokumentere ernæringsstatus, eventuelt ernæringsmessig risiko, vurdere ernæringsbehov og kartlegge matinntak

Dokumentere i elektronisk pasientjournal i ernæringsjournal, vekt, høyde, KMI og Iplos-registrering

Kompetansehevende tiltak hos ansatte gjennom internundervisning og veiledning.

Formalisere samarbeid mellom hjemmetjeneste, sykehjem/kjøkken/ledelse med å danne ressursgruppe for ernæring.

Sette fokus på samarbeid mellom sykepleier / lege mht diagnostisering og oppfølging av ernæringsstatus

Plan for oppfølging mellom tjenestoområder (sykehus, hjemmetjeneste, sykehjem)

Samarbeid med ernæringsfysiolog



Å spise sammen gir økt trivsel, som igjen gjør at hver enkelt spiser mer.

Foto: Lillian Storvik



Det er hyggelig å få servert mat. Også kjøkkenpersonalet tar seg tid til å se hvordan maten blir mottatt.

Foto: Lillian Storvik

Tilsynsbesøk gjennomført av Fylkesmannen mars 2012 vedrørende rutiner knyttet til oppfølging og kartlegging av pasienter i ernæringsmessig risiko ved sykehjemmet og hjemmetjenesten. Det ble ikke avdekket avvik under tilsynet. Kommunen hadde et forbedringspotensiale i forhold til systematisk kartlegging og oppfølging av ernæringsmessig risiko.

Vel overstått utviklingskonferanse i regi av utviklingssenteret for hjemmetjenester i Sør-Trøndelag:

«Godt gjort er bedre enn godt sagt» (Benjamin Franklin)

Arrangementet som fant sted i Kulturstua i Åfjord den 9. oktober, ble åpnet av ordfører Vibeke Stjern. Konferansen hadde som mål å dele/spre kunnskap og erfaring fra noen av utviklingssenteret sine prosjekter innen demensomsorg, helsefremmende tiltak og fysisk aktivitet, Eden Alternativ, smertebehandling og velferdsteknologi.

Dagens faglige innhold ble toppet med Stig Roar Wigestrands doktorgrad i improvisasjon/innovasjon

«Skap fremtiden før fremtiden skaper deg»

Konklusjonen: En vellykket konferanse hvor flere fikk innfridd sine forventninger. Til sammen 128 deltakere fra både Sør- og Nord-Trøndelag tok seg tid til å delta på konferansen!

Innovasjonskultur i helse- og omsorgstjenestene

Helse og omsorgstjenestene har de siste 30-40 årene hatt stor utvikling. Den omstilling kommunal helse og omsorgstjenester har vært delaktig i viser at innovasjonskulturen har vært til stede uten at den har vært klart definert. På tross av i stedet for på grunn av.

Nå står vi overfor kanskje den største demografiske utfordringen.

Befolkningsutviklingen gir oss et klart bilde: Vi blir mange flere eldre, men vi får ikke den samme veksten i yrkesaktiv alder.

Hvordan skal vi nå løse utfordringene



Glimt fra Utviklingskonferansen som ble holdt i Åfjord i oktober i år.

med å drive lovpålagte helse og omsorgstjenester i framtiden.

For å finne noen svar på dette må vi støtte oss på NOU 2011:11, Innovasjon i omsorg

Fokus på ledelse er avgjørende for å skape innovasjonskultur i helse og omsorgstjenestene. Ledere må være bevisst sin rolle, både som fanebærer for nye ideer og utvikling av dem, og være den som inspirerer og gir organisasjonen mulighet til å jobbe med innovasjon.

Hvordan kan dette gjøres i det daglige?

Jo, vi må se og utvikle de kreative talentene, ildsjelene, og vi må støtte under og fremme læring. Målet må være å skape utvikling og det får vi ved å ha fokus på resultater.

Når vi skal starte innovative prosesser må behovet være i fokus og klart definerbart. Behovet må ha en bruker-verdi, brukerne på oppleve behovet, og løsningen skal gi gode opplevelser, da er det en verdi i innovasjonen. I tillegg må det i organisasjonen være en viss risikovillighet.

Skal vi lykkes i arbeidet må innovasjon forankres i tjenesten, blant de ansatte, da er kommunikasjon og involvering viktig. I Åfjord bruker vi begrepet Prosjekt i praksis.

Innovasjon i omsorg omhandler å utvikle tjenestene våre, utfordre roller og ansvarsfordeling mellom innbyggernes ansvar for egen helse, det offentlige ansvar og nærsamfunnets ansvar for hverandre. Dette i tillegg til å ta i bruk nye metoder, velferdsteknologi og ikke minst prioritere Folkehelse og helsefremmende tiltak.

Skal vi lykkes med innovasjon i de kommunale helse og omsorgstjenestene, må det være plass til ledelse. Klarer vi det med de store enhetene vi har i pleie og omsorg som i hovedsak må sikre og ivareta rene administrative og driftsmessige oppgaver? Har vi noe valg? Jeg bare spør.

*Noen betraktninger rundt tema innovasjon. UHT
Sektorleder Eli Bruseth*

Hvordan utvikle kompetansehevende tiltak i omsorgspraksis?

Senter for omsorgsforskning (SOF), Midt-Norge arbeider med både utviklingsprosjekter og forskning. Utviklingsarbeidet innebærer samarbeid med kommuner i regionen, Utviklingssenter for sykehjem og for hjemmetjenester, og høyskolene i Midt-Norge. Her vil vi beskrive arbeid med utviklingsprosjekter, henholdsvis innen hospitering og kunnskapsoverføring, og som ledd i kompetansehevingen på registrering av Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLoS) kartlegging.

Hospitering og kunnskapsoverføring

På oppdrag for fire kommuner og Distriktsmedisinsk senter (DMS), Inn-Trøndelag, har Senter for omsorgsforskning Midt-Norge våren 2012 ledet prosjekt «Hospitering – kunnskapsoverføring». De fire kommunene; Verran, Snåsa, Steinkjer og Inderøy, har sammen med Helseforetaket, Midt-Norge, inngått samarbeidsavtale om etablering av DMS, Inn-Trøndelag. Rapport finnes på SOF's nettsted.

Mål for prosjektet var

A: Kartlegge behov for hospitering i alle retninger → Kommune, DMS, Helse Nord-Trøndelag

B: Sette opp forslag til en plan for hvordan denne implementeringen kan skje i nært samarbeide med prosjektdeltagerne fra de respektive fagmiljøene i kommunene

C: Forberede faglige opplegg og innhold for gjensidige hospiteringsopphold og programinnhold ihht angitte behov fra prosjektgruppa

D: Lage forslag til systemer som ivaretar deltagelse med antall/ajourhold i samarbeid med prosjektgruppa

Helseledere i de fire kommunene og DMS Inn-Trøndelag deltok i prosjektgruppa. De tilførte prosjektet informasjon om behov for hospitering og bidrog i prioritering og utvikling av fire hospiteringsmodeller:

Modell A: Etisk kompetanse, kunnskapsoverføring og nettverksbygging

Etisk kompetanse hos alle yrkesgrupper var vurdert som svært viktig. Modell A beskriver rekruttering av ressurspersoner til veiledning på etisk refleksjon internt i kommunene og DMS. Ressurspersoner på etikkveiledning oppretter tverrfaglige refleksjonsgrupper lokalt. Nettverk av ressurspersoner på de fem arbeidstedene etableres, og det planlegges nettverkskonferanse en dag pr halvår. Kompetanseutvikling og kunnskapsoverføring skal skje lokalt gjennom refleksjonsgrupper, og regionalt gjennom nettverkets samlinger.

Modell B: Kunnskapsoverføring om pasienter med spesielle behov

Noen pasientsituasjoner/case kan forekomme sjelden i kommunehelsetjenesten. Pasienter kan ha spesielle og sammensatte behov. Pasientens behov skal ivaretas gjennom hele forløp mellom tjenestenivåer. Modell B beskriver hospitering i slike situasjoner. Personell på alle tjenestenivåer kan være aktuelle hospitanter.

Modell C: Hospitering ved Distriktsmedisinsk senter, DMS Inn-Trøndelag

DMS er en ny samhandlingspart. Hospiteringsmodellen har som mål at ledere og alle faggrupper i kommunene blir kjent med den nye samhandlingsparten og hvordan DMS fungerer i pasientar-

beidet, og å få overført kunnskap om utvalgte tekniske arbeidsoppgaver.

Modell D: Interkommunal hospitering – kunnskapsoverføring

Enheter i kommuner og DMS kan være ressurser for hverandre og overføre kunnskap til andre. Det gjelder generelt, og spesielt der noen institusjoner har utviklet nye måter å utforme deler av praksis på. Dette kan eksempelvis dreie seg om nye aktivitetsprosjekter, eller nye måter å ivareta kontortjenester eller renhold. Altså er alle yrkesgrupper relevante. Søker beskriver tema og mål for hospitering, og hvordan den kunnskapen planlegges overført til egen arbeidsplass.

Hospitering skal gi kunnskap som tenkes overført på eget arbeidsted. Innføring av modellene, og evaluering av gjennomføring og effekter var ikke mandat for dette prosjektet. Generelt ser vi behov for oppsummert kunnskap om betydning av forskjellige hospiteringsmodeller.

Dialog – kafé om IPLoS kartlegging

Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLoS) er et helseregister som blant annet danner grunnlag for sentral statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Statistisk sentralbyrå behandler data på vegne av Helsedirektoratet (<http://www.ssb.no/innrapportering/iplos/>). Målet med IPLoS er å bidra til systematisert kunnskap og statistikk til kommuner og sentrale myndigheter, dette som datagrunnlag for kvalitetsutvikling av tjenesten, god ressursutnyttelse, samt likeverdige og virkningsfulle tjenester (Helsedirektoratet 2009).

Verdal kommune har Utviklingssenter

for sykehjem i Nord-Trøndelag, og har som mål å være pådriver for fag- og tjenesteutvikling og kompetanseutvikling hos ansatte. Erfaringer i kommunen tilsa at det var behov for å undersøke kompetansebehov og møte identifiserte behov for å høyne ansattes kompetanse i å bruke IPLOS som kartleggingsverktøy. Samtidig ville man bidra til at sykepleierstudenter tilegnet seg kompetanse på feltet. Et samarbeidsprosjekt mellom Utviklingssenter for sykehjem, Verdal kommune, Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT), avd. helsefag og Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge, er gjennomført i 2011.

Prosjektet ble innledet med kartlegging av opplæringsbehov hos ansatte. Deretter ble det gjennomført dialogkafé som kompetansehevende tiltak. 45 ansatte i kommunen og fem studenter på praksis der, deltok på tre dialogkaféer. Kartlegging av opplæringsbehov er gjentatt etter at dialogkaféer var gjennomført. For å få informasjon om hvordan tiltaket ble erfart, er det gjennomført gruppesamtaler med noen av deltakerne. Resultatene viser at det skjer læring gjennom refleksjon og dialog i kafé- gruppene, men det ser ut til å være behov for mer kompetanseheving på feltet. Å gjøre observasjoner og analysere pasientsituasjoner, og bruke kunnskap om IPLOS variabler på situasjonsriktig og faglig gode måter er kunnskapskrevende arbeid. Det trengs utprøving av flere tiltak og forskning som kan gi kunnskap om gode lærings-effekter og høyning av kompetanse på IPLOS kartlegging. Rapport om prosjektet finnes på SOF's nettsted.

*Au Hildfrid V. Brataas, PhD/Forsker,
Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge,
Høgskolen i Nord-Trøndelag*



Vakker vinter i hagen til Søbstad Helsehus. Foto: Kjersti Brodtkorp Danielsen

Demensdagene i Trondheim

Demensdagene i Trondheim ble arrangert 18. og 19. september 2012. Arrangør er Sør-trøndersk demensforum som består av representanter fra Geriatrik seksjon og alders psykiatrisk seksjon ved St. Olavs Hospital. I tillegg til disse er også Trondheim kommune, Ressurs-senter for demens og Søbstad Helsehus Utviklingssenteret for sykehjem i Sør-Trøndelag, samt fylkesmannen i Sør-Trøndelag ved Demensplan 2015 med som arrangør.

Dette er et tverrfaglig forum hvor helsepersonell fra primær- og spesialist helsetjenesten i Sør – Trøndelag møtes for oppdatering på diagnostikk og behandling av demens. Forumet ble i 2012 godkjent for 15 timers kurs for videre- og etterutdanning for de fleste av de deltagende yrkesgruppene.

Årets dager ble arrangert ved Nova kurs og konferansesenter og temaet var

viet yngre personer med demens og deres pårørende. Hjelpemidler til yngre personer med demens ble også grundig belyst. I tillegg var det satt av tid til erfaringsutveksling fra demenssteamene i Skaun, Holtålen, Meldal, Hemne og Tydal kommune.

Et høydepunkt på dagene var utdelingen av Nasjonalforeningens Demenspris i Sør – Trøndelag som i år gikk til Ellen Sofie Opdahl Moe. Prisvinneren ble hedret for sin innsats for demenssaken både fra sin aktive yrkeskarriere som geriatrik sykepleier, men også for sin åpenhet rundt det å være pårørende til en ektefelle med demenssykdom. Denne kompetansen har hun delt med andre blant annet gjennom pårørende-grupper og undervisning i demensomsorgens ABC. Vi ser fram til neste års demensdager i Trondheim 2013!

Ingrid Haug Olsen fra ressurs-senteret for demens i Trondheim kommune deler ut pris til Ellen Sofie Opdahl Moe.



Kontaktpersoner

Åfjord Hjemmetjeneste

Telefon 72 53 23 00

Laila D. Refsnes, Leder hjemmetjenesten

laila.refsnes@afjord.kommune.no

Søbstad Helsehus

Telefon 72 54 79 81

Signe Nyrønning, FoU-koordinator

signe.nyronning@trondheim.kommune.no

Senter for Omsorgsforskning Midt-Norge

Kirsten Lange

kirsten.lange@hint.no

Tlf: +4774112206/91326873

www.omsorgsforskning-midt.no

Tekst: Åfjord Helsesenter og Søbstad

Helsehus, der annet ikke er oppgitt.

Design: Aurora Design & Media as

Trykk: Orkla Grafiske

Sola er på vei ned og vinterkulda har satt sitt preg på trær og omgivelser.

Bildet er tatt i Trondheim, fra hagen til Søbstad Helsehus.

Foto: Kjersti Brodtkorp Danielsen



TRONDHEIM
KOMMUNE



ÅFJORD
KOMMUNE

