



Palliasjon i hjemme- og institusjonstjenesten

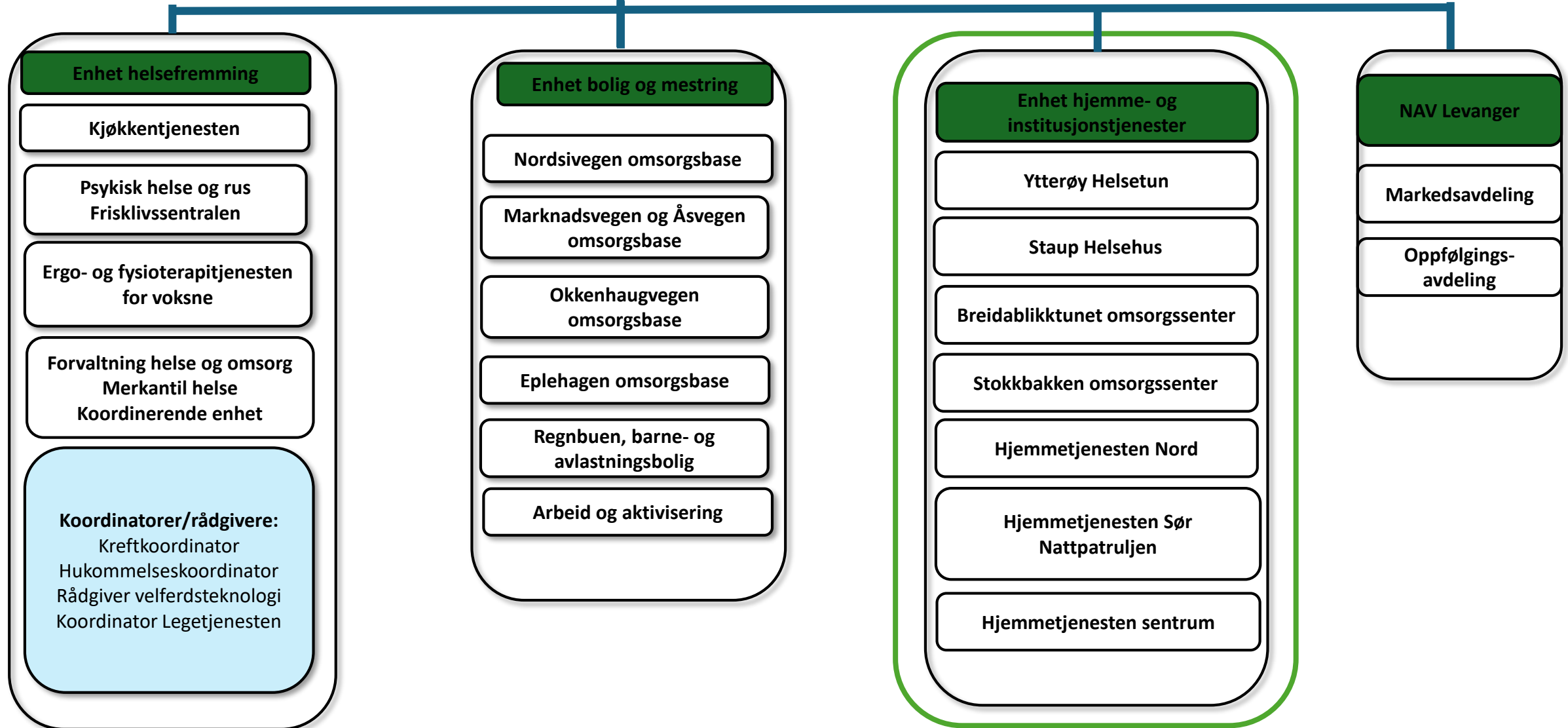


Kommunalsjef

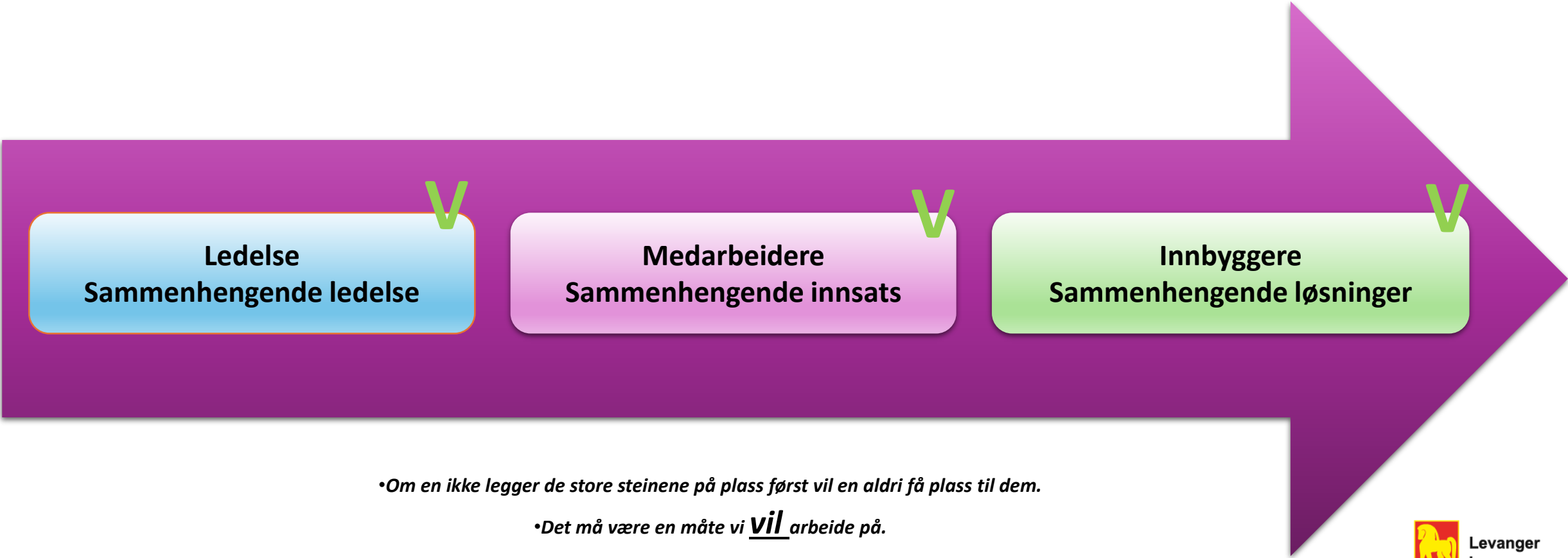
Ny organisering 01.01.24



Levanger
kommune



Designkriterier ny organisering



Ledelse
Sammenhengende ledelse

Medarbeidere
Sammenhengende innsats

Innbyggere
Sammenhengende løsninger

•Om en ikke legger de store steinene på plass først vil en aldri få plass til dem.

•Det må være en måte vi **vil** arbeide på.

Strukturen for arbeidet



Levanger
kommune

Triveligst i Trøndelag

Struktur - Palliativ oppfølging i hjemme- og institusjonstjenesten

Avd. Nord samarbeider med følgende avdelinger:

- Breidablikktunet
- Avd. Sentrum
- Marknadsveien
- Nordsiveien
- Eplehagen
- Okkenhaugsveien

Kontaktrekkefølge mottaksapparat:

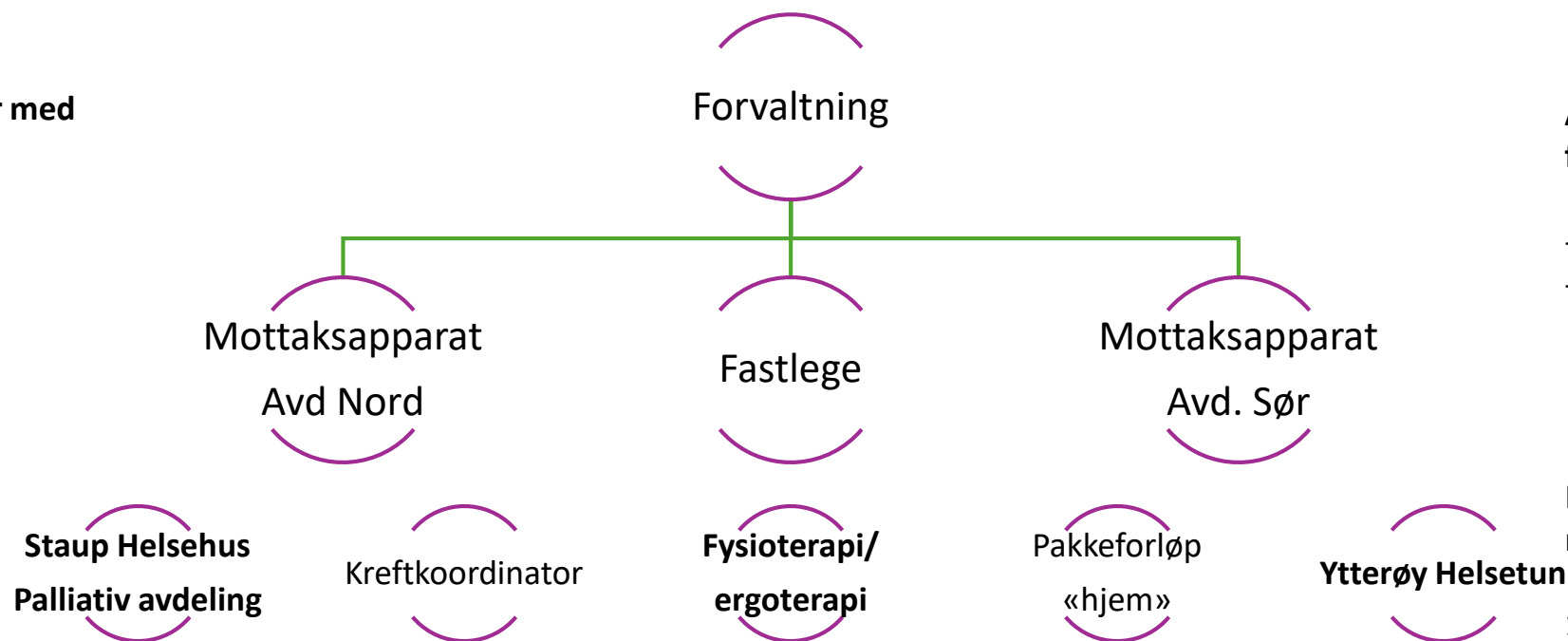
1. Fagkoordinator
2. Driftskoordinator
3. Hilde Aabakken

Avd. Sør samarbeider med følgende avdelinger:

- Stokkbakken
- Åsveien 5

Kontaktrekkefølge mottaksapparat:

1. Fagkoordinator
2. Driftskoordinator
3. Bente Brekstad



Hjemmetjenesten innkaller utvidet ressursgruppe x4 pr driftsår.

Ressursgruppe består av representanter fra:

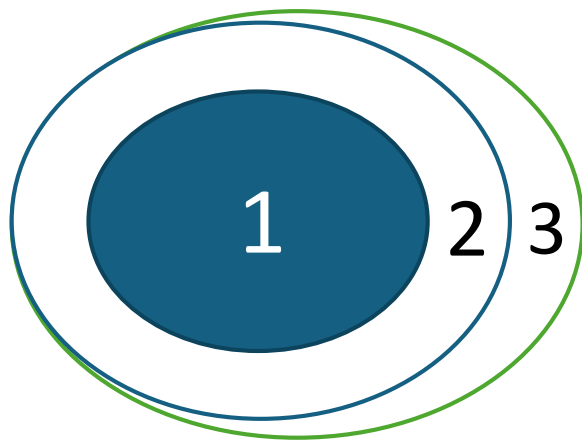
Staup Helsehus, Breidablikktunet omsorg, Stokkbakken omsorg, Levanger bo- og aktivitetssenter, Ytterøy helsetun, hjemmetjenesten Nord og Sør.



Triveligst i Trøndelag

Hjemmet- og institusjonstjenesten har jevnlig stopp-punkt for å evaluere tjenester og pasientforløp.

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
	↓			
→		→		
	↓			



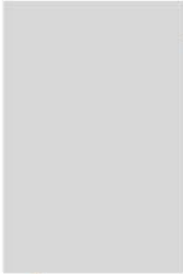
Blått er kjernegruppe som «monitorerer» forekomst og vurderer pasientforløp en gang pr uke i hjemmetjenesten.

Utvikler «case management» som verktøy for å vurdere behov for utvidet kompetanse i forløpene.



Hjemme- og institusjonstjenesten vurdere innsats og kompetanse ut i fra den aktuelle problemstillingen.

- **Forløp 1** – Naturlig og forventet avslutning på livet pga skrøpeligheit, høy alder osv.
- Rolig, fredelig, oversiktlig forløp. Det er disse forløpene som kommunen har mest av.
- **Forløp 2** – Her er problemstillingen mer utfordrende, med en alvorlig diagnose, spesiell behandling osv.
- Behov for økt samarbeid med ulike partnere som fastlege, fysioterapeut ol. Disse forløpene er det færre av.
- **Forløp 3** – Her er forløpet komplisert og kompetansekrevnde. Kan være flere problemstillinger som må løses inne kort tid. Det er hyppige endringer.
- Krever hyppig samarbeid med flere partnere som fastlege, fysio-/ergoterapeut, sykehus ol. Disse forløpene er det færrest av.



Forløp 1



Forløp 2



Forløp 3

Sannsynlige aktiviteter i ulike forløp.

Forløp 1



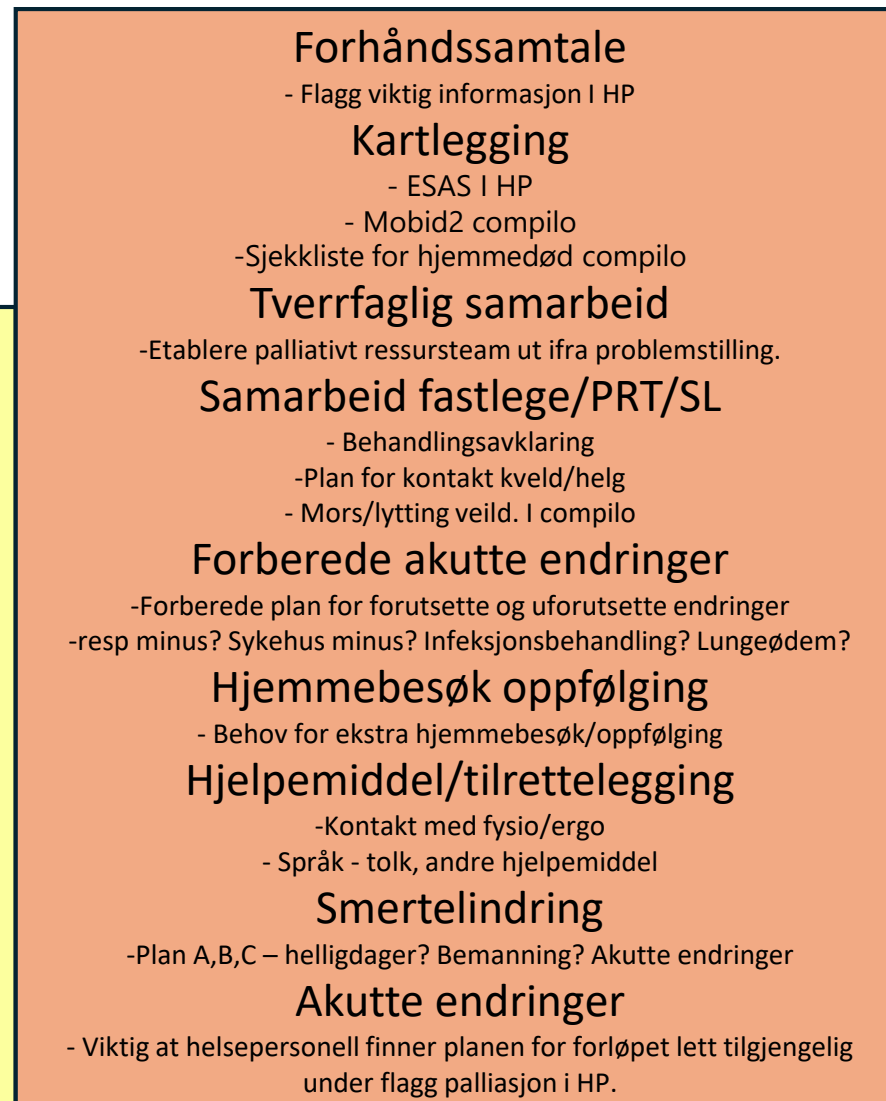
Forhåndssamtale utføres av helsepersonell med god kompetanse innen palliasjon.

Forløp 2



Kartlegging: ESAS finnes under flytskjema I HP. Hva kan forberedes slik at forløp 2 ikke utvikles til forløp 3?

Forløp 3



Hva kan gjøres for at forløp 3 kan bli et forløp 2 eller 1?

NB. Selv om pasienten venter på HDO eller plass ved palliativ avd. Staup, er dette viktig forarbeid for neste avdeling. Vi samhandler.

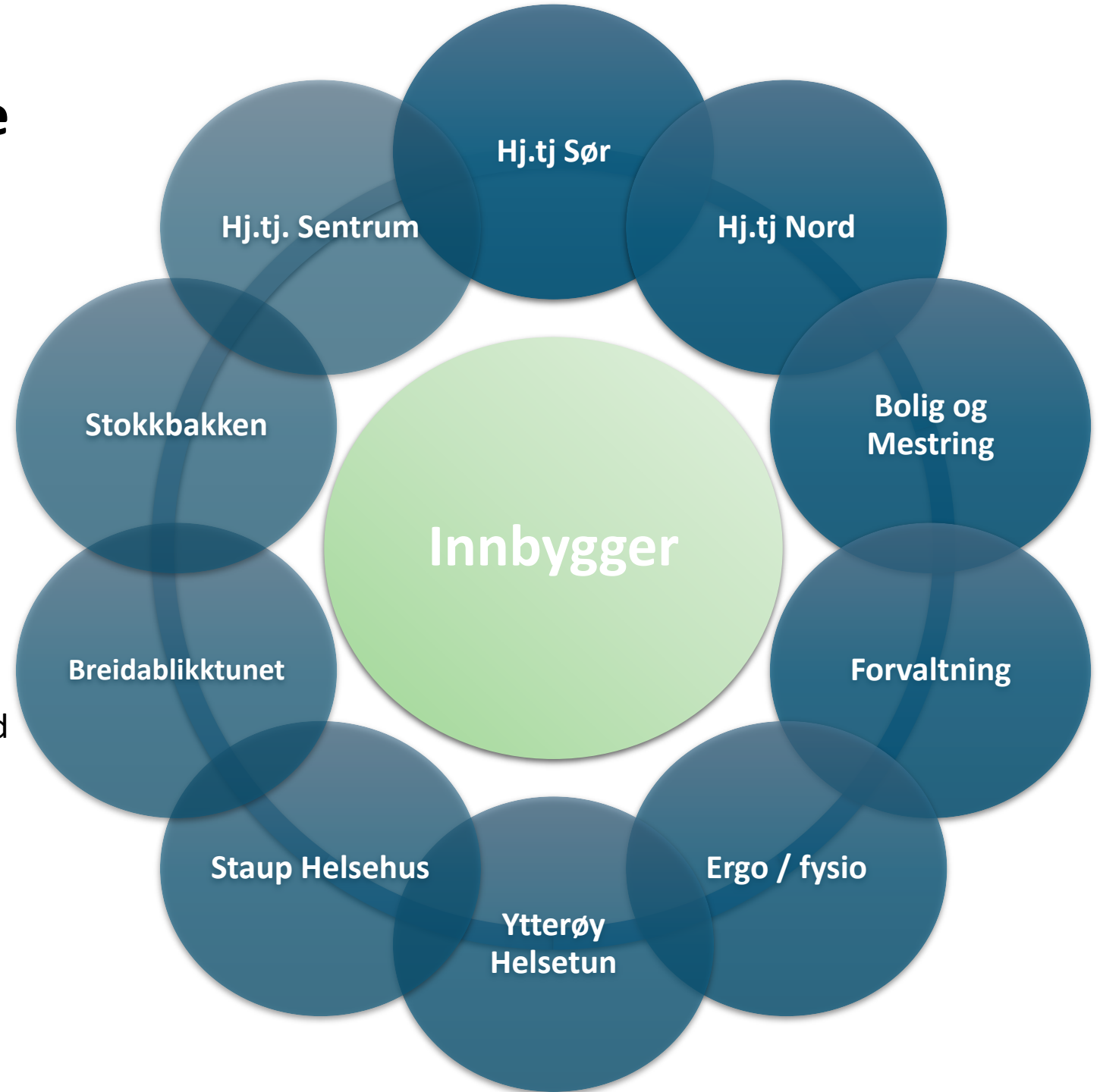
Tverrfaglig samhandlingsmøte

Hver mandag møtes samarbeidende avdelinger til operativt møte som omhandler «monitorering» av tjenesteproduksjon, samt behov for samhandling mellom tjenester.

Alle deler av helseområdet er representert.

Aktuelle trender som overvåkes er:

1. Ledige institusjonsplasser, omsorgsboliger
2. Behov for bistand knyttet til UK-pasient
3. Behov for bistand knyttet til palliative forløp
4. Behov for bistand knyttet til utfordrende adferd
5. Ev opplæringsbehov:
 1. Opplæring prosedyrer
 2. Opplæring utstyr
 3. Opplæring div kartlegging



Dynamikk knyttet utvikling av relasjonell kapasitet.

Sammenhengende tjenester

Orientering:

Gjensidig kjennskap
Samarbeidsorientert
Gjensidig respekt

Adferd:

Kunnskapsdeling
Problemløsning
Innovasjon

Fragmenterte helsetjenester

Orientering:

Manglende kjennskap
Innad - orientert
Manglende respekt

Adferd:

Spesialisert kunnskap
Manglende løsningsorientering
Vanetenkning



Arbeidsgruppe 2025 – oppfølging av vedtak

- «Det legges frem en sak for politisk behandling om status for kreft – og paliasjonsarbeid i Levanger kommune, og hvordan det jobbes for å følge opp de kritiske områdene som er beskrevet i risikoanalysen koordinator har utarbeidet.
- Saken skal inneholde oversikt over hvilken kompetanse som fins innenfor kreft – og paliasjonsarbeid i Levanger kommune, og hvilken plan kommunen har for kompetanseutvikling. Det skal også foretaes en risikoanalyse av de relevante parter i fellesskap»

Medlemmer:	Roller:
Tommy Rehn	Kommuneoverlege, prosjektleder
Sjur Agdestein	Tilsynslege Staup helsehus
Elin Aas	Avdelingsleder Staup helsehus
Hilde Aabakken	Hjemmetjenesten Nord
Kari Rønning	Fagleder forvaltning
Grete Brenne	Kreftkoordinator
Benny Aasan	Hovedtillitsvalgt NSF
Veronica Leite	TV Fagforbundet