Sundhedssymposium 2020

- En projektsamling

August 2020

Halsnæs
Kommune

Oplev det rå og autentiske Halsnæs

Sundhedssymposium 2020

Forord

Jeg har længe haft et ønske om at afholde et sundhedssymposium i Halsnæs Kommune. Derfor er jeg rigtig glad for, at det nu er blevet til virkelighed.

Formålet med sundhedssymposiet er, at fejre de projekter, som hver dag gør livet bedre for borgerne i Halsnæs. Når vi deler succeserne med hinanden, anerkender vi også hinanden for det, vi kan.

Sundhedssymposiet fandt sted den 19. august 2020 i Gjethuset – det skete i en Covid 19 tid med alle regler overholdt. Så selvom vi var betydeligt færre, end vi ellers ville være, så blev det en rigtig god og inspirerende dag med deltagelse af både fagfolk og politikere.

Otte udvalgte projekter blev fremvist på symposiet af projektlederne, som samtidigt delte deres erfaringer med tilhørerne. Af de otte projekter blev der udpeget tre projekter, som blev levendegjort på scenen og projekterne modtog henholdsvis 1., 2. eller 3. præmie.

Projekterne har på hver sin måde stor værdi de forskellige borgergrupper i Halsnæs Kommune. I projekterne beskrives samarbejdet på tværs af faglige skel - sundhed, social- og ældreområdet, ungeindsatsen, psykiatrien, og borgerservice med flere. Et projekt omhandler samarbejdet på tværs af sektorerne med almen praksis og regionen og et andet projekt er gennemført af frivillige i Halsnæs Kommune.

I projektsamlingen, kan du for hvert projekt, læse et resumé. Hertil kommer en planche eller poster, som giver et visuelt overblik over hvert projekt. Projektrapporterne kan ved interesse fremsendes.

Sundhedssymposiet blev en succes, fordi mange medarbejdere og ledere i fællesskab har ydet en hel særlig indsats.

Mange tak for det.

God fornøjelse med læsningen.

Birgit Gundorph-Malling

Halsnæs
Kommune

UNGMOD

Ungdomsmodtagelsen i Halsnæs 2013 – 2020

"- det ville være godt for min ven at komme ned og tale med dig – han er lidt ked af det"

UNGMOD repræsenterer en tidlig forebyggende indsats, hvor der tages hånd om de bekymringer, som unge kan have, både *før* de udvikler sig til problemer og *når* der er behov for evt. interventioner.

Halsnæs Kommune tog i 2013 initiativ til at etablere en modtagelse med rådgivning og gratis prævention for kommunens unge mellem 13-25 år, med det formål at forbedre deres handlekompetencer så de kan tage stilling til deres egen (seksuelle)sundhed, trivsel og livskvalitet.

Målet var at med:

- Viden om sundhedsforhold
- Viden om årsager
- Viden om forandringsstrategier
- Viden om alternativer og dermed visioner om et godt liv.

Indsatsen støtter de unge i refleksionen over egen fysisk og psykosocial sundhed, sideløbende med at der bliver arbejdet fagligt velfunderet med årsagssammenhænge.

Ungdomsmodtagelsen er således ikke udelukkende en klinik der uddeler gratis prævention eller en rådgivende instans. Det fungerer også som en pædagogisk indsats som styrker alle unge i at tage ansvar for deres egen sundhed. Præmissen for at dette fungerer, er at synet på ungdomstid og seksualitet hos de aktuelle fagpersoner i modtagelsen holdes levende.

Resultatet har været at UNGMOD siden 2013 har formået at sænke antallet af uønskede graviditeter, senaborter og antallet af unge mødre med 30%. Antallet af fundne klamydiatilfælde er stadigt stigende, hvilket i denne sammenhæng er positivt, da der i Danmark ikke er smittesporing på seksuelt overførte infektioner.

UNGMOD i Halsnæs har fortsat stigende tilslutning og resultaterne af kommunens indsats er markant.

UNG
MOD
UNGDOMSMODTAGELSEN

Flere fundne seksuelt overførte infektioner – flere testede – flere behandlede

Jeg har aldrig talt med nogen om det før
- der er jo ingen der har spurgt!"
- "(Mille" 25 år)

"Min chef købte en person i prostitution til mig ved firmaets julefrokost – jeg kunne ikke sige, at jeg ikke havde lyst."
("Oliver" 18 år)

"Det er ok at snakke om det hér, for du er ikke fra skolen eller sådan rigtig fra kommunen og min veninde sagde at du var god at tale med"
("Daniel" 16 år)

Jeg har haft klamydia mange gange – er jeg nu steril?
("Sofie" 22 år)

Hjælp til at få den rette hjælp

Flere ønskede graviditeter – færre uønskede. Færre aborter Færre anbringelser

Større tilfredshed med præventionsvalg. Bedre effekt af præventionen.

"Jeg må ikke sove hos min kæreste for mine forældre"
("Amina" 17 år)

Jeg blev holdt indespærret, bundet og voldtaget én hel weekend. De stødte et rør op i endetarmen på mig. Siden da har jeg ikke brudt mig om analsex.
("Sille" 24 år)

UNG MOD

Jeg har ikke lyst til at tale med min psykiater om sex og sådan noget, så han ved ikke noget om de overgreb jeg har været udsat for – han spørger ikke ligesom dig.
(Veronica 18 år)

"Første gang jeg skulle have en gynækologisk undersøgelse, sagde min læge at det var lige så ubehageligt for hende som det var for mig."
("Tine" 19 år)

UNGDOMSMODTAGELSEN

Hvert år kommer 700 unge i Halsnæs ml 12-25 år med spørgsmål om alt hvad der rører sig i deres krop og sjæl! Vi giver dem gratis prævention, test for seksuelt overførte infektioner og samtaler

"SKAL man gå med på kvælningssex?."
("Alberte" 17 år)

Jeg har opnået det jeg ønskede – et godt samleje. Hvis jeg ikke havde snakket med dig ville det ikke være sket. Jeg er superglad for de snakke vi har haft…
("Nadja 18 år)

Er det normalt at have en trekant når man kun er 13 år? Jeg ville nok ikke have gjort det hvis jeg ikke var fuld, men de spurgte mig rigtig mange gange om jeg var ok. Bagefter kom den ene af dem hjem til mig og tvang mig til analsex. Men det gør ikke noget, for nu er vi kærester.
("Signe" 13 år)

Færre unge mødre.
Flere kvinder i uddannelse.
BEDRE TRIVSEL

UNG med MOD

**Vi kombinerer tilgængelighed og tid med kontinuitet og faglighed.
I den rette kontekst giver dette de unge et rum, hvor de oplever at de bliver styrket i deres evne til at håndtere livet.
Så får vi kompetente unge der forstår livet og tør bede om hjælp når de har behovet.**

Halsnæs Kommune

Tidlig opsporing af børn og unge med tegn på mistrivsel eller funktionel lidelse

- I projektet etableres et nyt samarbejde mellem almen praksis og PPR om børn med tegn på mistrivsel, funktionel lidelse, begyndende angst eller depression. Samarbejdet centreres om en ny henvisningsvej/procedure mellem parterne, som åbner op for mere direkte hjælp til børn og unge i målgruppen.
- I perioden august 2018 til december 2019 har PPR modtaget 60 henvisninger fra almen praksis, heraf er 75% relevante i forhold til projektets succeskriterier. Resultaterne indikerer, at der med den nye henvisningsvej opspores børn og unge tidligere, hvilket betyder at børnene modtager en retmæssig behandling og at forværring af symptomerne forebygges.
- Almen praksis i Halsnæs kommune har udtrykt tilfredshed med den nye henvisning, da der nu findes et relevant tilbud at henvise målgruppen til. PPR, som forebygger forværring og yderligere behandling ser også god mening i tilbuddet. Forældrene til børnene har gennem et spørgeskema udtrykt tillid til og tilfredshed med samarbejdet på tværs af sektorer.
- Projektet er ikke lykkedes med at inddrage borgere, som beskrevet i succeskriterierne. Nogle erfaringer viser mod forbedringer, andre kræver et projekt for sig.
- Tilbuddet – psykologisk udredning og samtale - fortsætter ind i 2020, hvor det er hensigten at udvide samarbejdet med psykiatrien, afhængigt af det gældende behov.

Halsnæs Kommune

Projekt "Tidlig opsporing og behandling af børn og unge med tegn på mistrivsel eller funktionel lidelse" 2018-2019

- Et tværsektorielt samarbejde mellem almen praksis og PPR i Halsnæs Kommune

Baggrund

Projektet er udviklet og gennemført i regi af Sundhedsaftale III (2015-2019). Projektet er et af fem tværsektorielle projekter, som afprøver samarbejde på tværs af sektorerne, med fokus på tværsektoriel ledelse, fælles opgaveløsning og tværsektoriel inddragelse af borgere og patienter. Projekterne blev præsenteret på en konferencen – Nye samarbejdsformer i okt. 2019.

I Halsnæs og Frederiksberg er det samme projekt afprøvet, men med forskellige resultater. Der er mange flere henvist i Halsnæs end på Frederiksberg. Almen praksis på Frederiksberg er primært organiseret som enkeltmandspraksis, hvilket har betydning for kommunikation om og implementering af en ny henvisningsvej. I Halsnæs er lægerne typisk i kompagniselskaber. Frederiksbergs borgere har tillige flere ressourcer end Halsnæs' borgere, hvilket medfører færre sociale problemer, at problematikker opdages tidligere, og at der er større tilbøjelighed til betale for privat psykologiske tilbud. Derfor er målgruppen relativt mindre end i Halsnæs.

En ny Henvisningsvej

Egen læge

- **Målgruppe**
- Barn/ung 6-17 år
- Symptomer på mistrivsel i form af hovedpine, mavepine, søvnbesvær (funktionel lidelse)
- Påfaldende hyppige henvendelser
- Tegn på lettere angst eller depression
- Efter undersøgelse(r) findes der ikke tegn på somatisk sygdom

- **Ekskluderet**:
- Underretningssager
- Åben sag i familieafdeling
- Har en psykiatrisk diagnose/tilknyttet specialtilbud
- Symptomer som henvisning til børn- og ungepsykiatrien eller pædiatrisk speciallæge

PPR

- Familieforhold (forældremyndighed)
- Skole – navn og sted (involvering ?)
- Henvisningsårsag (kopi af journalnotat)
- Relevant sygdomshistorik samt medicinsk behandling
- Samtykke
- Behov for tolk o.l.?

- Korrespondancemeddelelse sendes til sundhedsplejens lokationsnummer 5790001375928
- Mærket PPR
- Patientens kontaktoplysninger (tlf.)

Vurderingsteam

- PPR- psykolog og Socialfaglig visitator modtager og vurderer henvisningen
- Samtale med barn/ung samt forældre
- Lægen modtager svar om henvisningens accept eller afvisning inden 14 dage
- Korrespondance meddelelse

Accept / Afvisning med begrundelse

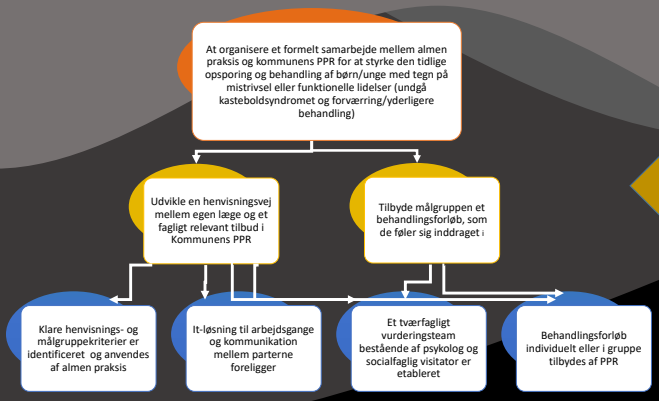
Behandling

Individuel behandling:
- Samtaleterapi
- Viderehenvisning til skolepsykolog

Gruppetilbud:
- Cool kids - angst behandling
- Lær At Tackle angst og depression for unge – fysisk eller digitalt

Epikrise med samtaleforløb sendes til egen læge

Formål, mål og leverancer



Resultater og konklusioner

60 børn og unge henvist fra aug. 2018 til dec. 2019.
75% af henvisningerne er relevante i forhold til projektets succeskriterier

Børn og unge i mistrivsel opspores tidligere
De modtager en tidligere indsats
De modtager en mindre indgribende indsats

Almen praksis i Halsnæs kommune er glade for henvisningen

PPR kommer i kontakt med børn og unge som ikke findes i systemet i forvejen.

Forældre til børnene har gennem et spørgeskema udtrykt tillid til og tilfredshed med samarbejdet på tværs af sektorer.

Projektet er ikke lykkedes med at inddrage borgerne på tværs af sektorerne.

Projektet er i drift, men udvides muligvis via et samarbejde med psykiatrien

Henvisningernes fordeling

Accepteret	44	Afvist	15
Psykologsamtaler	29	Underretning	3
Skolepsykolog (tests og mobning/klasseproblematik)	8	Aktuel sag i familieafdelingen/familieindsats	3
Cool-kids gruppeforløb	6	Psykiatrisk problematik	2
Lær at Tackle angst og depression for unge (gruppeforløb)	1	Underfor målgruppen (fx skilsmisse eller specialskole)	4
Mangler = 1		Henvisningsfejl	3

Halsnæs Kommune

Resume

Baggrund: 15 – 20 % af ældre i plejebolig er i særlig risiko for dårlig ernæringstilstand og op mod 50 % er i risiko for utilsigtet vægttab og dermed i risiko for påvirket almentilstand. Derfor er projektet "Ernæringsscreening på plejecentrene" igangsat i Halsnæs Kommune 2018-2021.

Problemstilling: Hvordan sikres beboerne på Halsnæs Kommunes plejecentre sufficient ernæring?

Formål: Projektet har til formål at styrke forebyggelsen af underernæring og utilsigtet vægttab hos beboerne på Halsnæs plejecentre ved hjælp af tværfagligt samarbejde m.h.p. at bevare sundhed, funktionsevne og livskvalitet.

Metode: Projektet er et aktions-udviklingsprojekt, hvor der er uddannet 54 ernæringsnøglepersoner fordelt på 3 plejecentre og der er screenet i alt 236 beboere. Alt plejepersonalet er oplært i ernæringsvurderingsskema (EVS) m.h.p. tidlig opsporing, forebyggelse af indlæggelser/genindlæggelser og målrettet, tværfaglig ernæringsindsats. Desuden har opkvalificeringen af plejepersonalet bestået af workshops med ernæringsrelaterede emner.

Mål: 1) At udvikle og styrke ernæringskompetencer hos plejepersonalet på kommunens plejecentre. 2) At sikre sufficient ernæring til beboere på kommunens plejecentre. 3) At styrke tværfagligheden ved at sikre fælles arbejdsgange på plejecentrene i kommunen.

Resultater: Op mod 100 % af plejepersonalet er oplært i at anvende EVS på beboerne. Nøglepersonerne har haft stor betydning for projektets forankring ligesom en tydelig ledelse, der støtter nøglepersonerne. Der er etableret ernæringsteams for nøglepersoner som har sikret en løbende videndeling og et arbejdsfællesskab.

89 % af beboerne er ernæringsscreenet, hvoraf 62 % på et tidspunkt har været i ernæringsrisiko. Ca. ¾ af beboerne som er regelmæssigt vejet er vægtstabile i projektperioden.
¼ af beboerne har udfordringer med tandstatus og af disse bliver lidt over halvdelen fulgt af egen tandlæge eller omsorgstandpleje.

11% af beboerne er registreret med dysfagi og er vurderet ved en ergoterapeut. På nationalt plan vurderes, at 50 – 75 % af beboere på plejecentre har dysfagi, så det kalder på yderligere indsats for at få identificeret alle beboere med dysfagi. Cirka halvdelen af beboerne har haft ernæringsmæssige udfordringer i projektperioden, hvoraf knap ¾ har fået tilrettelagt og løbende evalueret en individuel ernæringsindsats.

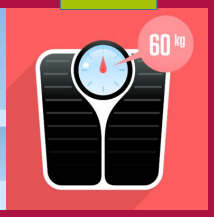
Konklusion: Implementering af EVS har øget medarbejdernes fokus på en tværfaglig indsats. Med afsæt i EVS er det muligt at vurdere, hvor der er behov for et skærpet fokus og hvor indsatsen er velfungerende. Der ses en tiltagende inddragelse af tværfaglige samarbejdspartnere i takt med en øget forståelse, et større fokus og en forenkling af arbejdsgange. Der ses dog fortsat et behov for endnu større involvering af tværfaglige samarbejdspartnere.

Ernæringsindsats for ældre på plejecenter

UNDERVISNING

EVS SCREENING

VEJNING



TIDLIG OPSPORING AF UTILSIGTET VÆGTTAB

ERNÆRINGSKOMPETENCER

- 54 medarbejdere er efteruddannede som ernæringsnøglepersoner. 1-2 pers. pr. afdeling.
- Alle medarbejdere er opkvalificeret til systematisk at veje og ernæringsscreene
- Fastholdelse af fokus ved ugentlige ernæringstriagemøder på alle afdelinger
- Forankring ved ernæringsteams som mødes en gang om måneden
- Workshops med ernæringstemaer
- Medarbejderne giver udtryk for en øget arbejdsglæde og en oplevelse af at
- opgaverne er meningsfulde.

PROJEKTETS BETYDNING FOR BEBOEREN

- 236 beboere har deltaget
- Beboerne giver udtryk for, at opleve en øget livskvalitet i al almindelighed og i særdeleshed forbindelse med måltidet
- Der ses en bedring af funktionsevne, et øget energiniveau og et større mentalt overskud
- Beboere i god ernæringstilstand har færre indlæggelser og genindlæggelser.

Foto: Finn Brandum

SUFFICIENT ERNÆRING

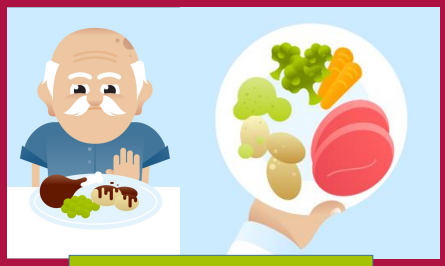
Med udgangspunkt i den enkelte beboers behov og ønsker er tilrettelagt indsatser som f.eks. indeholder mad til småtspisende, modificeret kost og fokus på rammerne om det gode måltid.

Dette har resulteret i, at 75 % af de ernærings-truede beboere er blevet vægtstabile eller har øget vægten i projektperioden.

TVÆRFAGLIGHED

- Fælles arbejdsgange på alle tre plejecentrene
- Skærpet fokus på sammenhæng i den tværfaglige indsats
- Fokus på vigtigheden af inddragelse af tværfaglige samarbejdspartnere – ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfaglig medarbejder, diætist, læge, tandlæge.

NEDSAT APPETIT | TANDSTATUS | DYSFAGI | KVALME & MADLEDE



RETTE MAD TIL RETTE BEBOER

Halsnæs Kommune

Halsnæs
Kommune

Projektnavn: Kronisk sygdom – rekruttering og forebyggelse – samarbjede mellem Sundhed og Jobcenter. I daglig tale: ***Projket Trivsel og Sundhed***	**Udarbejdet dato:** Februar 2020. Tilrettet august 2020
Projektleder: Karna Vinther, Sundhedsafdelingen	**Udarbejdet af:** Karna Vinther, Sundhedsafdelingen
Projektejer: Birte Carøe	
Projektets startdato: Midler bevilliget 1. oktober 2018	
Projektets slutdato: 31. december 2020	

1. Abstract

Baggrunden for projektet er, at Halsnæs Kommune har en stor andel af borgere med kroniske sygdomme og borgere i den erhvervsaktive alder, som står uden for arbejdsmarkedet gør i ringe grad brug af kommunens sundhedsindsatser. **Problemstillingen er, at** målgruppen er vanskelig for sundhedsområdet at nå og muligvis er de eksisterende sundhedsindsatser ikke velegnet til at imødekomme de behov, som målgruppen oplever at have. **Projektets** formål er at øge ligheden i kronikerindsatsen og trivslen for den enkelte borger ved at forbedre rekrutteringen af borgere med komplekse problemstillinger og udvikle tilhørende individuelle forebyggelsestilbud. Projektets **målgruppe** er sårbare borgere tilknyttet Jobcenteret. Det er borgere, som alene er er aktivitetsparate og ikke jobparate, borgere tilkendt retten til et flexjob, som er ledige og borgere i ressourceforløb. Borgerne er yngre borgere med massive sundhedsmæssige og sociale udfordringer. Projektets **evalueringsmetode** er både af kvalitativ art og kvantitativ art. Der evalueres på mål og succeskriterier fra både det organisatoriske perspektiv, det faglige perspektiv og fra borgernes perspektiv. Borgernes trivsel måles ved hjælp af WHO 5- trivselsskema inden intervention og ved afslutningen af indsatsen. Der opgøres tal på bl.a. antal henviste borgere, antal gennemførte afklarende samtaler og antal og typer af indsatser, som borgerne henvises til. Borgernes tilfredshed og effekt af nyudviklede indsatser klarlægges ved hjælp af kvantitative og kvalitative besvarelser fra borgerne. Medarbejderne evaluerer undervisning i funktionelle lidelser med kvantitative og kvalitative besvarelser. **Interventionen** i projektet er, at medarbejderne i Jobcenteret henviser borgere fra målgruppen til den afklarende sundhedssamtale. Samtalerne afholdes og evt. som flere møder med den enkelte borger. Borgerne henvises alt efter borgerens behov til sundhedsindsatser. Tilgangen til borgerne i projektet er helhedsorienteret og med afsæt i "Det dobbelte KRAM". Der udvikles i projektet tre nye sundhedsindsatser rettet mod behov hos målgruppen. Der er udviklet en indsats kaldet Trivsel og sundhed i naturen, hvor naturen i et holdtilbud anvendes som medbehandler. Der afprøves en tovholderfunktion for borgere med funktionelle lidelser. Den tredje indsats vil være deltagelse i indsatsen Fortæller i fællesskab, hvor der læses høj for en gruppe borgere. Projektets t**idsramme** er to år og projektet afsluttes med udgangen af 2020. **Økonomien** til projektet er bevilliget af Sundhedsstyrelsen. Der er bevilliget 2.174.00 Kr. Midlerne anvendes primært til aflønning af to projektmedarbejdere. Halsnæs Kommune bidrager med projektledelsen.

Set i forhold til projektets formål kan det overordnet på nuværende tidspunkt (februar 2020) med forsigtighed **konkluderes**, at projektet bidrager til at øge ligheden i kronikerindsatsen. Denne konklusion drages på baggrund af, at

over 50 borgere fra projektets målgruppe, som er borgere med færre ressourcer end gennemsnitsborgeren, har modtaget en afklarende sundhedssamtale. De modtager ligeledes forskellige sundhedsindsatser. I august 2020 er der henvist ca. 90 borgere til Den afklarende sundhedssamtale.

Sundhedsområdet får således kontakt til en gruppe borgere, som det tidligere for sundhedsområdet har været vanskeligt at etablere kontakt til.

Flere af borgerne i projektet giver endvidere udtryk for at have gavn af projektets indsatser og oplever øget trivsel i forbindelse med indsatserne. Dette kan også forsigtigt konkluderes med udgangspunkt i målinger via Trivselsskemaet WHO-5 før og efter indsatsen Trivsel og Sundhed i naturen.

Projekt Trivsel og Sundhed

– et samarbejde mellem Jobcentret og Sundhedsafdelingen med fokus på at øge lighed i kronikerindsatsen og trivsel for den enkelte borger

Målgruppen for projektet er sårbare borgere med tilknytning til Jobcentret. Problemstillingen er, at denne gruppe er vanskelig for Sundhedsafdelingen at nå. Ofte imødekommer de eksisterende tilbud ikke i tilstrækkelig grad gruppens behov. ”**Den afklarende sundhedssamtale”** er omdrejningspunktet i projektet. I samarbejde med borgeren afklares dennes behov, og borgeren støttes i at deltage i sundhedsindsatser. Projektet har sit teoretiske afsæt i ”Det Dobbelte KRAM” og fokus er på både fysisk og mental sundhed. Projektet løber i 2019 og 2020.

Borgeren henvises af Jobcentret til projektmedarbejderne → **Den afklarende sundhedssamtale med udgangspunkt i borgerens behov og motivation** → **Indsatser til at øge borgerens trivsel og sundhed. Indsatserne kan både være etablerede, nye eller i frivilligområdet**

Per 1. Juli 2020 er 90 borgere blevet henvist til en afklarende sundhedssamtale. De typiske årsager til henvisning er psykiske problemstillinger, kroniske smerter og overvægt. Efter samtalen støttes borgerne blandt andet videre til egen læge, § 86 genoptræning, psykiater, Frivilligcenter Halsnæs, Aktivitetshuset Paraplyen eller naturtilbud. I projektets evaluering benyttes bl.a. WHO-5 trivselsindeks.
Ved inklusion scorer 45% af de 22 deltagende borger under 50 point på WHO-5. En score under 50 point kan tyde på, at borgeren er i risiko for at lide af stress eller depression. 17 af de 22 borgere har en slutmåling. 25 % af disse er steget over 10 point. Ved en stigning over 10 point kan stigningen tilskrives indsatsen.

I projektet er der udviklet tre nye sundhedsindsatser rettet mod målgruppens behov.

Trivsel og Sundhed i naturen

Indsatsen er et naturbaseret rehabiliteringstilbud, hvor naturen bruges som medbehandler. Metoden bygger på den nyeste forskning på området, og der fokuseres på følgende områder:

- **Natur** – aktiviteter til at åbne naturen – fx at lytte til fugle
- **Opmærksomhedstræning** – fokus på spontan opmærksomhed fx stillegang
- **Kropsbevidsthed** - let bevægelse, balanceøvelser og udstræk
- **Fællesskab** - kaffe over bål med højtlæsning, socialt samvær og snakke i uforpligtende rammer.

Holdet mødes en gang om ugen. Der er løbende optag., og både mænd og kvinder kan deltage.

WHO-5 målinger på efterårsholdet 2019:

Borger nr.	start	slut
1	48	64
2	32	52
3	76	mangler
4	56	76
5	20	24
6	72	mangler
7	24	mangler
8	60	mangler

Funktionelle lidelser

Indsatsen består af en sundhedsfaglig vejleder, der er målrettet borgere med en funktionel lidelse. Indsatsen er inspireret af Sundhedsstyrelsens anbefalinger om en tovholderfunktion på området.

Formål med funktionen som sundhedsfaglig vejleder

- Sikre tættere kommunikation omkring borgernes forløb både internt og eksternt
- Arbejde for afstigmatisering igennem vidensdeling
- Tilbyde støtte til mestring af livssituation

Udvalgte arbejdsopgaver for den sundhedsfaglige vejleder

- Vejlede i forhold til mestring af sundheds- og livssituationen
- Afdække sammen med borger, hvordan borgers netværk inddrages i forløbet
- Sikre forsat udvikling på området, fx. ved tværkommunalt samarbejde og kontakt til interessenter som patientforeninger.

Fortællinger i fællesskab

Indsatsen er et læsende fællesskab. En læseguide læser højt for deltagerne, hvorefter der talers om de erfaringer, følelser og tanker, som litteraturen vækker.
Metoden er udviklet af engelske The Reader Organisation.

Læsningen foregår i grupper. Deltagerne skal ikke forberede sig. Således bliver der i grupperne grobund for at dele al den umiddelbare undren eller begejstring, der opstår, når litteratur læses for første gang.
Man behøver ikke at være belæst eller vant til at tale om litteratur for at deltage.

Gruppen mødes en gang om ugen på karl-e. Der er løbende optag og både mænd og kvinder kan deltage.

Indsatsen er forankret i Sundhedsafdelingen og foregår i samarbejde med Halsnæs Bibliotekerne og Kulturmetropolen.

Halsnæs Kommune

Halsnæs
Kommune

Projektnavn: Projekt Partnerskabsaftale mellem Halsnæs Kommune og patientforeningerne om træningstilbud til borgere med kroniske sygdomme.	**Udarbejdet dato:** Januar 2020. Tilrettet august 2020
Projektleder: Karna Vinther, Sundhedsafdelingen	**Udarbejdet af:** Karna Vinther, Sundhedsafdelingen Kamv@halsnaes.dk
Projektejer: Birte Carøe	Tlf. 2916 1667
Projektperiode: 2018, 2019, 2020 og 2021	

Abstract/Resumé

Baggrund og problemstilling: I Halsnæs Kommune har en større andel af den voksne befolkning kroniske sygdomme end gennemsnittet i Region H. Halsnæs Kommune udbyder mange forskellige rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske sygdomme. Disse tilbud indeholder bl.a. fysisk træning. Ikke alle borgere er dog i målgruppen for disse tilbud eller de har tidligere gennemført et kommunalt tilbud og har efterfølgende vanskeligt ved at opretholde deres fysiske aktivitetsniveau og træne regelmæssigt. Set i lyset af, at både Halsnæs Kommune og nogle patientforeninger havde øje for denne problematik, blev det politisk besluttet at udmønte midler til træning målrettet borgere med kronisk sygdomme via en partnerskabsaftale mellem patientforeninger og Halsnæs Kommune. Patientforeninger og deres frivillige administrerer og afholder træningsforløb for borgere med kronisk sygdom. Træningen varetages bl.a. af en fysioterapeut, som får betaling for opgaven. Patientforeningerne står for alle aftaler og afregning med underviserne.
Det er velkendt viden, at civilsamfund og frivilligområdet kan supplere kommunale visiterede indsatser.
Formålet med partnerskabet mellem patientforeningerne og Halsnæs Kommune er, at der etableres et permanent træningstilbud til borgere med kronisk sygdom bl.a. med henblik på, at borgerne bliver mere fysisk aktive i deres hverdag.
Målgruppen for træningstilbuddet er primært borgere, som ikke opfylder kriterier til kommunale træningstilbud eller de har gennemført et træningstilbud og har vanskeligt ved at opretholde deres funktionsniveau.
Metode til evaluering er bl.a. fysiske validerede test af borgerne inden og efter træningsforløbet. Fra 2019 anvendes også det validerede skema fra WHO: Trivselsskemaet WHO-5.
Interventionen er fysiske træningsforløb planlagt og administreret af frivillige i patientforeningerne og med træning under bl.a. en fysioterapeuts ledelse.
Tidsplan og økonomi: Der er i hvert af årene 2018, 2019, 2020 og 2021 afsat 50.000 Kr. til partnerskabet.
Resultater: I 2018 deltog 36 borgere fordelt på tre hold. 19 borgere blev testet før og efter træning. Rejse-sætte sig Test (RRS) viser, at borgerne er blevet 25,7 % bedre og for Timed Up and Go (TUG) er forbedringen 17,8 %. I 2019 deltog 55 borgere fordelt på fire hold. RRS viser, at borgerne er blevet 26,4 % bedre og TUG viser en forbedring på 12,8 %. I 2019 viste WHO 5-trivselsskemaet følgende gennemsnitsværdier for alle fire hold: Før træning 57,7 og efter 65,8. Det er en stigning på 8,1 i gennemsnit for alle borgerne på de fire hold.
Konklusionen er to år inde i projektperioden, at patientforeningerne har etableret træningstilbud og deltagerne profiterer af træningsforløbene med forbedringer på fysiske test og trivselsmålinger. Partnerskabsprojektet er meget vellykket og der er etableret et solidt træningstilbud af patientforeningernes frivillige til borgere med kroniske sygdomme, som ikke får træningstilbud i andre regi. Samarbejdet og opgavefordelingen mellem partnerne, som er beskrevet i partnerskabsaftalen er velfungerende. Partnerskabsaftalen og samarbejdet mellem patientforeningerne, Frivilligcenter Halsnæs og Halsnæs Kommune repræsenteret ved Sundhedsafdelingen må anses for en succes for alle parter.

Partnerskab om træningstilbud til borgere med kroniske sygdomme betyder øget trivsel og bedre fysisk form

Baggrund

Halsnæs Kommune har en højere andel af borgerne med kroniske sygdomme end gennemsnitligt i Region H. En stor del af borgere med kroniske sygdomme har vanskeligt ved at vedligeholde deres fysiske aktivitetsniveau. En del oplever, at eksisterende trænings- og motionstilbud ikke passer til dem. Det er kendt viden, at fysisk aktivitet og god træningstilstand er meget væsentlig ved kroniske sygdomme. Halsnæs Kommune og Patientforeningsnetværket har derfor indgået en partnerskabsaftale, hvor borgerne tilbydes gratis træning.

Formål

Det primære formål er, at der via partnerskabet etableres et permanent træningstilbud til borgere med kronisk sygdom.
Det sekundære formål er at afprøve nye samarbejdsformer mellem patientforeninger og Halsnæs Kommune.

Målgruppe

Borgere med en eller flere kroniske sygdomme, som har behov for og ønsker træningstilbud:

- Borgere, som af forskellige årsager ikke er i stand til at gøre brug af private tilbud fx fitnessklubber
- Borgere, som ikke opfylder kriterier til kommunale trænings- og behandlingstilbud efter Serviceloven eller Sundhedsloven
- Borgere, som har afsluttet træningstilbud i kommunale regi

Intervention

Patientforeningsnetværket består af frivillige, som organiserer alt vedr. træningstilbuddene, herunder entrerer med undervisere fx fysioterapeut, annoncering, kursusadministration og evaluering.
Borgerne tilbydes træning ved fagperson og på hold i enten Frederiksværk eller Hundested.
Træningen foregår 1 time en gang om ugen og i ca. 12 uger.

Patientforeningsnetværket Halsnæs

Halsnæs Kommune ved Sundhedsafdelingen støtter op om annoncering, rekruttering og er ansvarlig for at sikre kvaliteten i tilbuddet.
Frivilligcenter Halsnæs bidrager ligeledes med vejledning og understøtter Patientforeningsnetværket bl.a. ved at forestå administrative opgaver.
Aller tre parters opgaver og ansvar er nærmere beskrevet i Partnerskabsaftalen.

En borger siger: *"Fint sted, god modtagelse, god servering og godt med cafe"*

Tidsplan og økonomi

I hvert af årene 2018, 2019, 2020 og 2021 er der i Halsnæs Kommunes budget afsat 50.000 Kr.
Midlerne anvendes primært til aflønning af underviserne på træningsforløbene.

Resultater

2018

På hvert af de tre hold deltog både mænd og kvinder. I alt 36 borgere deltog.
19 borgere blev testet før og efter træning. Rejse-Sætte sig Test (RRS) viser, at borgerne er blevet 25,7 % bedre og for Timed Up & Go (TUG) er forbedringen 17,8 %.

2019

18 mænd og 37 kvinder deltog fordelt på fire hold. RRS viser, at borgerne er blevet 26.4 % bedre og TUG viser en forbedring på 12.8 %.

Målinger på WHO-5 Trivselsskema:

	Gennemsnitligt trivselsresultat før træningsforløbet	Gennemsnitligt trivselsresultat efter træningsforløbet	Stigning i trivselsresultat
Hold 1 forår/Frederiksværk	48,4	58,7	10,3
Hold 2 forår/Frederiksværk	54,8	65,2	10,4
Hold 3 forår/Hundested	66,8	73,1	6,3
Hold 1 efterår/Frederiksværk	60,7	66	5,3
Det samlede gennemsnitlige trivselsresultat for alle hold	**57,7 pointtal før træningsforløbet**	**65,8 pointtal efter træningsforløbet**	**8,1**

Konklusion

- Der er i årene 2018 og 2019 etableret et træningstilbud til borgere med kroniske sygdomme og der er lagt plan for 2020
- De fysiske test viser, at borgerne profiterer af træningen
- Borgernes trivsel stiger mål ved WHO - for nogle er stigningen over 10 point så effekt med sandsynlighed kan tilskrives træningen
- Der er opnået positive erfaringer med de nye samarbejdsformer

Halsnæs Kommune

Halsnæs Kommune

Projektnavn: Projekt Tværsektorielt parløb – for borgere med KOL	**Udarbejdet dato:** Januar 2020 og tilrettet august 2020
Projektleder: Kristine Zebbelin Mortensen	**Udarbejdet af:** Karna Vinther, Sundhedsafdelingen
Projektejer: Styregruppen for projektet (ledere fra de to kommuner og hospital)	Kamv@halsnaes.dk Tlf. 2916 1667
Projektperiode: Oktober 2017 til oktober 2019, hvor projektet overgik til drift.	

Abstract/Resumé

Baggrund og problemstilling
Projektet er ét af to samarbejdsspor udsprunget på baggrund af visionerne om etablering af et tværsektorielt sundhedshus i Frederikssund. KOL er den fjerede hyppigste dødsårsag i Danmark og 430.00 danskere lider af KOL. Sygdommens alvor og konsekvenser gør, at borgere med svær og meget svær KOL ofte har behov for kontakt eller tæt opfølgning af fagprofessionelle i forbindelse med behandling og mestring af hverdagen med KOL. Borgere med KOL i Nordsjællands Hospitals optageområde kan f.eks. have kontakt til en udgående CAPTAIN-sygeplejerske[1] fra Lunge- og infektionsmedicinsk afdeling, til KOL-/hjemmesygeplejersken, egen læge samt til hjemmeplejen med henblik på hjælp til personlig og praktisk pleje. Erfaringen er, at det skaber utryghed og forvirring hos borgerne med KOL, når Indsatserne ikke er koordinerede, borgerne ikke oplever at sundhedsfaglige budskaber og vejledninger er koordineret og ensartet og der ikke er kendskab til aftaler og tilbud på tværs af sektorer hos de involverede aktører i forløbet.

Projektets formål er at skabe støtte tryghed i hverdagen for borgere med svær og meget svær KOL og at skabe nye erfaringer med tværsektorielt samarbejde.

Målgruppen i projektet er borgere med svær og meget svær KOL, som er er tilknyttet en CAPTAIN-sygeplejerske fra hospital med udgående funktion til borgerens hjem samt samtidig er tilknyttet KOL-hjemmesygeplejersken.

Projektet er et udviklings- og implementeringsprojekt med fokus på organisation og samarbejde samt faglige kompetencer og kompetenceudvikling til gavn for borgere med KOL.

Evalueringsmetoderne er individuelle interview med borgere, som har deltaget i fælles møder og telefoninterview med borgere, som har fået udleveret "KOL-kontakter. "KOL-kontakter" er et skema med overblik over de individuelle sundhedsfaglige kontakter, borgeren har. Ligeledes er der udført et fokusgruppeinterview med medarbejdere, som har været involveret. Medarbejderne udfyldte endvidere et evalueringsskema efter hver gennemført aktivitet f.eks. efter fællesmøde med borgeren.

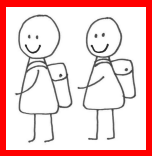
Interventionen i projektet består i projektets fase 1 af udvikling, afprøvning og implementering af følgende indsatser: Fællesmøder med borgerne, "KOL-kontakter", Tværsektorielle møder for alle kommuner i planområde Nord, formaliserede kommunikationsveje og møder med projektnær ledelse. I fase 2 blev indsatserne suppleret med beskrivelse af fagligt indhold og struktur for fællesmøder med borgerne, modellen

[1] CAPTAIN-sygeplejerske: Captain (Comprehensive And Prospective Treatment And Individual Nursing) retter sig mod behandling af patienter med den kroniske lungesygdom KOL. De udekørende CAPTAIN-sygeplejersker fra hospitalet tilknyttes de mest syge patienter. De tilbyder: Tæt samarbejde mellem patient, læge og sygeplejerske, Minimum én årlig ACP-samtale, Åben telefontid hverdage 8-10 og mailkontakt, Mulighed for "sub-akut" tid (2 hverdage), Mulighed for hjemmebesøg, Opkald efter indlæggelse (ringer hjem), Opkald til pårørende efter dødsfald

blev overført til plejecentrene og der er udviklet arbejdsgangsbeskrivelse for modellen for både Hjemmesygepleje og Plejecentre.

Tidsramme og økonomi: Projektet startede i oktober 2017 og overgik til drift i oktober 2019. De deltagerne parter har udført projektet indenfor den eksisterede økonomiske ramme.

Konklusion: Projektets formål at skabe støtte tryghed i hverdagen for borgere med svær og meget svær KOL, som er tilknyttet en CAPTAIN-sygeplejerske og en kommunale KOL-sygeplejerske kan på baggrund af analysen siges at være opnået. Projektets andet formål at skabe nye erfaringer med tværsektorilt samarbejde kan overordnet siges at være opnået, da projektet har skabt vigtige, interessante og meget positive erfaringer med samarbejdet på tværs.



Tværsektorielt parløb – for borgere med KOL

Samarbejdsprojekt mellem Nordsjællands Hospital, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune og Hillerød Kommune

2017 - 2019

Baggrund

- Visioner om et tværsektorielt sundhedshus i Frederikssund
- Borgere med KOL har behov, som både primær og sekundær sektor skal imødekomme
- Mellem medarbejderne manglende kendskab på tværs af sektorer til muligheder og rammer i arbejdet
- Mange aktører i borgerens hjem kan skabe forvirring

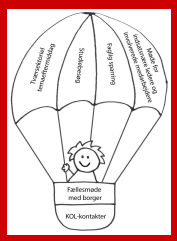
Idé

- Fælles "platform", som understøtter og muliggør helhedstænkningen
- Finde de mest hensigtsmæssige løsninger på borgernes individuelle udfordringer

Formål

- At borgerne oplever sammenhæng i deres KOL-forløb, og oplever større tryghed i hverdagen
- At forberede det nære sundhedsvæsen til fremtiden, hvor samarbejdet mellem sektorerne skal udbygges (bl.a. omkring tværsektorielle sundhedshuse)

Indsatser



Fællesmøder med borgere:

2018: 19
2019: 10

Evalueringsmetoder

Datagrundlag:

- 5 borgerinterviews (hjemmebesøg)
- 6 korte telefoninterviews
- 1 fokusgruppeinterview med medarbejdere fra begge sektorer
- Evalueringsskemaer udfyldt af medarbejdere (26 stk.)

Resultater (borgere)

Har projektet bidraget til større tryghed i hverdagen for borgere med svær KOL?

- Borgerne oplever i høj grad, at samarbejdet og koordination på tværs skaber tryghed i hverdagen, - særligt ved symptomforværring eller ændringer i pleje- og behandlingstiltag
- "KOL-kontakter" er brugbare - særligt enlige borgere og pårørende

Resultater (medarbejdere)

Hvilke erfaringer med samarbejde på tværs af sektorer er tilvejebragt gennem projektet?

- Mest værdi i de komplekse borgerforløb
- Det specialiserede fra lungeafdelingen er rykket tættere på borgeren, hvilket styrker kvaliteten
- Lettere at finde løsninger på borgernes individuelle problemstillinger
- Kendskab til rammer og muligheder på tværs af sektorer afgørende
- Relationer er en vigtig faktor
- Samarbejde bidrager til bedre udnyttelse af de faglige ressourcer
- Kompetenceudvikling "drypper ud" i organisationerne
- Tiden, medarbejderne bruger på den enkelte borger, er uændret
- Ledelsesopbakning er afgørende

Overgang til drift

- Indsatsen er overgået til drift fra oktober 2019
- Der er udarbejdet implementeringsguide
- Alle kommuner i planlægningsområde Nord kan deltage

Halsnæs Kommune

Halsnæs Kommune

Sundhedssymposium 2020

Mestringsforløb til et bedre liv og job

Resumé

Pilotprojektet "Mestringsforløb til et bedre liv og job" omhandler træning i kropsbevidsthed, der skærper fokus på kroppens signaler og hvor mentaltræning anvendes. Til at synliggøre og give borger indsigt i egen udvikling anvendes et livshjul som metode. Samtidig kan livshjulet give sagsbehandler og fysioterapeut indsigt og mulighed for at støtte op om borger. Livshjulet består af otte anerkendende udsagn, der tager udgangspunkt i temaer fra hverdagen og er af betydning for sociale relationer. Livshjulet udfyldes ved start og slut i samarbejde med fysioterapeuten. Interventionen består af fysisk- og mentaltræning á 60 min. varighed to gange ugentligt. I projektet indgik otte borgere med forløb på mellem 11 og 53 dage. Resultaterne viser, at 2/3 af borgerne oplevede positiv effekt på minimum seks ud af otte udsagn. Tre borgere oplevede negativ effekt på ét til fire udsagn ud af otte. De negative effekter relaterede sig særligt til samarbejdsevner og i forholdet til, hvad der opleves til at give mening for den enkelte. Tre borgere oplevede ingen effekt på 1-2 af de otte udsagn. Forløbets længde ses ikke umiddelbart sammenhængende med effekten af interventionen. Livshjulet vurderes relevant at anvende til at synliggøre temaer for borger. Herudover kan det identificere opmærksomhedspunkter for sundhedsprofessionelle samt evaluere og synliggøre den samlede udvikling for borger på vej til at mestre liv og job. Pilotprojektet har givet anledning til nye perspektiver. Det findes interessant at inddrage borger i udviklingen af udsagnene på livshjulet, at afdække borgers oplevelser med livshjulet og undersøge om mentaltræning kan medvirke til at effektivisere træningen i kropsbevidsthed og derigennem hjælpe borger hurtigere tilbage til selvforsørgelse. Et fremtidigt projekt kunne endvidere omhandle relevansen af at anvende livshjulet og her kunne et studiedesign med en interventions- og kontrolgruppe være relevant. Yderligere har pilotprojektet medført en nysgerrighed på hvad der opretholder samfundsnormen om at være tilknyttet arbejdsmarkedet.

Gitte Elmelund Pedersen, Fysioterapeutisk Ressourcekonsulent, gielp@halsnaes.dk

Helene Rejkjær Hjorth, Udviklingsfysioterapeut, helh@halsnaes.dk

Sundhedssymposium 2020
Halsnæs Kommune

”Mestringsforløb til et bedre liv og job”

Gitte Elmelund Pedersen & Helene Rejkjær Hjorth

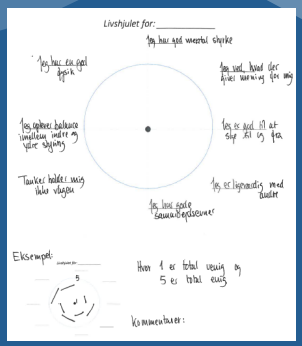
Introduktion og formål

Som en del af den Sundheds- og beskæftigelsesfremmende indsats tilbyder ”Træning og Aktivitet” borgere i Jobcenteret træning i kropsbevidsthed. Træningen indeholder både fysisk- og mentaltræning og afspejler dermed kompleksiteten i en travl hverdag hvor krop og tanker ikke er overensstemmende. Her retter borger fokus mod at mærke, respektere og acceptere kroppens signaler. Formålet er at få krop og tanker til at stemme overens. Livshjulet anvendes til at synliggøre borges egen udvikling i træningsforløbet.
Med pilotprojektet ønsker vi at evaluere om livshjulet som metode kan give borger indsigt i egen udvikling på vejen til at mestre liv og job samtidig med, at sagsbehandler og fysioterapeut opnår indsigt i borgers udvikling, der derved kan støttes op om.

Metode og materiale

Borger udfylder livshjulet i samarbejde med fysioterapeuten ved opstartssamtale og slutevaluering.
Livshjulet indeholder centrale temaer fra hverdagen, der er af betydning for sociale relationer.

Livshjulet



”Træningstilbuddet er det mest skånsomme lovmæssige aktiveringstilbud, vi kan give borgerne i denne fase og samtidig også det bedste tilbud, kommunen har.”
– Sagsbehandler i Halsnæs Kommune

“Mentaltræning fungerer bedre for mig, da den starter med at få fokus på hoved og tanker i stedet for at starte med benene. Jeg bliver mere rodfæstet. Starter jeg i benene flyver jeg hurtigere ud af kroppen.”
– Borger i træningsforløb i krops-bevidsthed 2019.

Resultater

- Dataindsamlingsperioden 01.09.19-15.11.19
- Resultaterne er på baggrund af otte udfyldte livshjul.
- 2/3 af borgerne oplevede positiv effekt på minimum seks ud af otte udsagn.
- Lidt over 1/3 af borgerne oplevede negativ effekt på maksimalt fire ud af otte udsagn.
- Lidt over 1/3 af borgerne oplevede ingen effekt på 1-2 af de otte udsagn.

Diskussion

Metoden giver anledning til visse udfordringer. Disse relaterer sig til selve udfyldelsen af livshjulet og til indholdet i de prædefinerede udsagn.

- Ved udfyldelse markeres med et kryds og diskussionen omhandler, hvor stor en ændring der skal opnås for, at der er tale om en reel forandring for borger.
- Når udsagnene på livshjulet er prædefineret kan der opstå distancering fra borger og manglende følelse af ejerskab.

Konklusion

Livshjulet identificerer opmærksomhedspunkter for fysioterapeut og sagsbehandler, der kan understøtte borgers udvikling. For borger kan livshjulet endvidere evaluere og synliggøre udviklingen gennem forløbet.

Perspektivering

- **Inddragelse** af borger i udviklingen af udsagnene på livshjulet
- Afdække **borgers oplevelser** med livshjulet
- Undersøge om mentaltræning kan medvirke til at **effektivisere** træningen i kropsbevidsthed → hjælpe borger hurtigere tilbage til selvforsørgelse.
- Nysgerrighed på hvad der opretholder **samfundsnormen** om at være tilknyttet arbejdsmarkedet.

Halsnæs Kommune

Halsnæs
Kommune

Godt fra start

Ny 'Godt fra start' model er afprøvet i hjemmesygeplejen.

Projektet er startet på baggrund af sygeplejerskernes ønske om en forbedring af modtagelsen af nye borgere.

Modellen omhandler, at give alle borgere der tilknyttes hjemmesygepleje i Halsnæs kommune samme helhedsorienterede indgang til sygeplejen.

Et 'Godt fra start' team af sygeplejersker er oplært til at varetage opgaven; at tage imod nye borgere.

Der har været 111 borgere gennem 'Godt fra start' i projektperioden fra 1. september til medio januar 2020.

<u>Konklusion;</u>

- Godt fra start sikrer 'Lige sundhed for alle'.

- Borgerne føler sig alle godt modtaget.

- Den helhedsorienterede sygepleje understøttes.

- Sygeplejerskerne kommer bedre fra start – højere kvalitet.

- Sygeplejerskerne kender praksis, hvorfor ledelsen tager afsæt der.

- Projektet er så vellykket, at det er fortsat i drift.

Godt fra start

Helhed gennem forenkling

Projekt i hjemmesygeplejen i perioden juni 2019 til februar 2020 initieret af kommunens sygeplejersker.

Der ses en større sygdomskompleksitet, som kræver et større behov for koordinering og overblik.

Model

Ny model til modtagelse af nye borgere i hjemmesygeplejen skal sikre helhedsorienteret sygepleje og ensartet tilbud til kommunens borgere - lige sundhed for alle.

Modellen omhandler en ændring af arbejdsgange og et større tidsforbrug til at modtage nye borgere.

Sigtet er at sygeplejerskerne får bedre overblik fra start, at patientsikkerheden øges og at borgeren oplever større tryghed.

Resultat

Borgere bosat i Halsnæs kommune har fået en helhedsorienteret og ensartet modtagelse i hjemmesygeplejen gennem Godt fra start modtagelsen.

Projektet er så VELLYKKET, at det er fortsat i drift.

Mere tid til opgaven = brug af færre ressourcer i den fremadrettede sygepleje.

”Med et stigende antal aktører, faldende kontinuitet, flere dokumentations- og kommunikations- og planlægningssystemer vokser kompleksiteten i organisatoriske systemer, sygeplejerskerne er en del af. Men kompleksiteten handler ikke kun om, at systemerne vokser. Det handler også om, måden de er organiseret på.

Citat: Sidsel Vinge

[Bagside tekst – hvis ingen slet dette felt]

Halsnæs Kommune
[Gade/Vej & nr]
[Postnummer & By]
Telefon [xxxx xxxx]
[xxxx]@[xxxx]
[web]

PART OF
GREATER
COPENHAGEN