

Handlingsprogram 2015 – 2018

**AVDELING 36B
Helsehjelp i heimen**

ANSVAR: 3430

HANDLINGSPROGRAM OG ØKONOMIPLAN 2015 – 2018

Helsehjelp i heimen:

Mål 2015 - 2018

Helse og omsorgsplan for Gol kommune blir slutført i 2014 og er gjeldande for perioden 2014 – 2025. Planen beskriv Gol kommune sine utfordringar i åra som kjem, og skal vere ein langtidsplan for helse og omsorg, og som vidare skal fungere som eit grunnlag for organisering og utvikling av tenesteområdet i forhold til endra rammevilkår, offentlige føringar og lokale behov dei neste åra.

Kommunen sin visjon er : «Samarbeid former framtida»

Overordna mål for omsorgsavdelinga i kommuneplanen sin tekstdel:

- **Alle skal oppleve å bli møtt med respekt og tillit**
- **Ulike behov skal møtast med individuell tilrettelegging**

Omsorgsavdelinga har brukt følgjande visjon dei siste åra: «Omsorgstenester – for mestring av eigen livssituasjon.»

Målet er ivaretaking og styrking av brukars egne ressursar og ferdigheter.

Heimetenestene:

Overordna mål:

- Gol skal vere ein trygg og god plass å bu for alle menneske med behov for pleie og omsorg.
- Brukarane av tenesten skal ha mulighet til å leve trygt og aktivt i eigen heim.
- Tenester blir ytt etter prinsippet om beste effektive omsorgsnivå.
- Den einskilde brukar skal vere trygg på å få akutt hjelp.
- Pårørande skal vere trygg på å få hjelp og avlastning.
- Gol har eitt tenestetilbod med fagleg riktig kvalitet tilpassa behov, individuelt tilpassa.

Strategiar for å nå måla:

- Heimetenestene er tilgjengeleg for brukarane heile døgnet.
- God kommunikasjon og forventningsavklaring med brukar og pårørande.
 - Brukarmedverknad så langt som råd og på brukaren sin premissar.
- Aktivt arbeid med arbeidsmiljø og redusert sjukefråvær
- Kompetansehevande tiltak

Vi arbeider for å oppnå dette bl.a gjennom:

Brukardialog og kommunikasjon med brukarar – vi er ferd med å utvikle system for dialog med pårørende- og vil gjennomføre brukarundersøking hausten 2014. Pårørende til bebuarar i omsorgsboligane får invitasjon til pårørandemøte to gonger i året.

Myndiggjorde medarbeidarar – mange ufaglærte i avdelingane har starta på utdanning for å bli helsefagarbeidar. Me jobber med etisk kompetanseheving, og annan intern kompetanseheving for å trygge medarbeidaren i arbeidsstuasjonen.

Tilretteleggjande leiing – Innføring av nye datasystem som ressursstyring, gjennomføre intern opplæring i tiltaksplaner og riktig bruk av Gerica.

Heilskapeleg og tverrfagleg tenking- ny helse og omsorgsplan vil forhåpentlegvis hjelpe oss vidare i dette arbeidet. Utvida samarbeid med fastlegane. Gjerne faste møter.

Stimulere ansatte til å ta vidareutdanning. Kartlegge kva for område det er behov å auke kompetansen i, og kva for område den ansatte har interesse av å spesialisere seg i. Kartlegge og bruke den kompetansen ansatte sitter inne med per i dag aktivt.

Pasientsikkerheitskampanjen fortset med legemiddelgjennomgang.

Helsehjelp i heimen har 27,96 årsverk.

Å drive kvalitativt bra, men også kostnadseffektivt har klar samanheng med kompetanse. Og eitt av våre rekutteringstiltak bør vere å tilby kompetanseheving i konkurransen om arbeidskraft.

Helsehjelp i heimen gir lovpålagte tenester ut frå Lov om pasient og brukarettigheter, og Lov om helse og omsorgstenester i kommunen kap. 3.

- Helsetenester i heimen
- Praktisk bistand, heimehjelp til dei som ikkje kan dra omsorg for seg sjølv

Har desse tenestene som ikkje er lovpålagt, men som er eit tilbod som demper presset på tyngre omsorgstenester:

- Tryggleiksalarm
- Velferdsteknologi slik som: Døralarm, GPS o.a
- Matombringning

Drift 2015:

Heimesjukepleien opplever for tida at kapasiteten er nærast sprengt. Dei klarer stort sett å ta imot utskrivingsklare pasientar i samband med samhandlingsreformen, samt å snu seg på hælen i forhold til nye situasjonar som oppstår. Det er full fagdekning, relativt lite korttids sjukefråvær.

I høve samhandlingsreformen og nye krav til kommunene er det ønskeleg å styrke heimetenestene med anna kompetanse som ergoterapi og-/eller fysioterapi. Fleire vil trenge hjelp til rehabilitering i eigen heim pga stuttare liggetid i institusjon. Forskning viser at trening i kvardagens aktivitetar i kjende omgivingar er god rehabilitering - og gir resultat i reduserte kosnader. Sidan fysioterapitenestene er organisert i helseavdelinga er det naturleg at denne auken kjem der fagmiljøet er. Me støtter ei auke i den avdelinga, på dette området, men vil også trenge ein 25% stilling til å følge opp dei brukarane dette høver for intensivt slik at vi får ønska effekt. Å satse her vil mest truleg kunne forebygge sjukehusinnleggingar og press på kommunale helse og omsorgstenester, dvs. også gi brukarane bedre livskvalitet.

Etter samhandlingsreformen har presset på kommunale pleie og omsorgstenester auka. Me har hittil dette året kjøpt over nesten 90 døgn sjukeheim i andre kommuner- medan vi har kun 7 døgn så langt med overliggarar på sjukehus.

Dette er eit uttrykk for at enkelte personar som vert skrivi ut frå sjukehus treng eit korttidsopphald i sjukeheim i etterkant for at funksjonsnivået skal bli godt nok til å fortsette å bu heime. Hjø andre treng vi tid til tilrettelegge heimen i tillegg. Så langt i 2013 har vi kjøpt plasser frå stat og kommuner for vel vel 150`.

Heimetenestene treng å bli styrka med ein person til på dag – også helg – såleis er det egentleg snakk om 1,4 årsverk. Me søker likevel ikkje om meir enn 1 årsverk – med grunngjeving i at styrka bemanning vil redusere slitasje-/sjukefråvær og auke muligheten til å ta imot flerie direkte frå sjukehus- altså med større pleietyngde enn i dag.

Pr i dag bruker me om lag eit halvt årsverk meir enn vi har heimel til i samband med ein tung ressurskrevande brukar. Dette er een del av overforbruket i heimesjukepleien- men der vi får 80% refusjon frå staten i høve ressurskrevande brukar.

Kreftkontaktfunksjonen bør aukast med 10 prosent, slik at det blir 20 prosent. Kreftkontakten har mange oppgåver med å planlegging, samtaler med pasient, pårørande og andre samarbeidspartnarar. Veilede og lære opp kollegaer i serskilde aktuelle prosedyrer, slik som smertepumpe, intravenøs behandling via VAP, CVK og PICC line osv.

Omsorgsbustader for demente:

Omsorgsbustadene i Torstadvegen og Furuvegen er utforma og serskild tilrettelagt for å høve for demente. Ideologien bak bygginga av desse bustadene var at så lenge ein hadde integrerte tenester var det mulig å bemanne opp eller ned ut frå behovet til dei som bur der. Utfordringa vår no er at presset er urimelig stort på heimesjukepleien, og det ikkje er muleg å flytte meir personale inn. Pleietyngden er svært stor i Torstadvegen – i tillegg til demens er mange pleietrengande.

Ein bolig i Drammen som er bygd for demente og har tilgjengeleg all kjend teknokogi har til samanlikning 1/3 meir bemanning enn Torstadvegen har i dag. Det betyr at vi burde hatt 1,5 årsverk meir i dette tenesteområdet i tillegg til nattvakt.

Kvardagsrehabilitering

Kvardagsrehabilitering er rehabilitering som foregår i brukars heim. Rehabiliteringen gjennomførast i hovudsak av «skolerte» heimetrenarar under veildning frå ergo-/fysioterapeutar. Dette er ein tverrfagleg innsats som kan foegå heile døgnet, heile veka gjennom. For å sikre kontinuitet blir det etablert eit team rundt kvar brukar. Noko som innebær ein langt meir omfattande innsats enn den mange kommuner har i dag. I

kvardagsrehabilitering er målet at pasienten etter ein intensiv opptreningsperiode skal klare seg heilt sjølv, eller ha eit minimalt behov for hjelp vidare. Det er viktig at dei «riktige brukarane» blir vald ut til eit slikt program. Dei må ha potensial til å klare seg sjølv etter at opptrening er avslutta – og ikkje minst så må dei ønske og ville det sjølv.

Møblar:

Møblar i fellesareale i omsorgsbustadene er omsorgsavdelinga sitt ansvar. Gol byggdrift har ansvar for faste installasjonar, medan møblar må avdelinga ta ansvar for. Me må starte i det små for å kunne foreta ein gradvis utskifting av nedslitte sofaer og stolar i fellesareale i omsorgsboligane. Heilt nødvendig å få gjort noko i 2014 også.

Det er i dag eit nært samarbeid med frivillige organisasjonar som gir møblar og blommar som gåver. (handicaplaget, LHL, Lions og Frøya). For at dette skal haldast i gang treng vi eggasjerte tilsette som ivaretek kontakten.

Forebyggjande-/ demens team:

Det er ønskjeleg å opprette forebyggjande team på 2 til 3 personar med ulik fagleg bakgrunn f.eks ergo-/fysioterapeut-/sjukepleie. Teamet skal drive oppsøkjande verksemd hjå heimbuande eldre med tanke på tilretteleggjing for å hindre fall, isolasjon, underernæring m.m. Eit slikt team vil truleg kunne gi eit pluss til kommunen i færre sjukehusdøgn.

Eit forebyggjande team vil også kunne ha som formål å kartleggje kor vidt ein person kan nyttigjere seg tekniske hjelpemiddel av alle slag – og såleis utsette tidspunktet for når kommunen må inn med individuelle tenester.

Karlegging og utredning av demente i samarbeid med fastlegen. Vi tenker at demensteam og forebyggjande team kan kombineres. Vi har behov for stillingsressurs tilsvarende 50% med aktuell vidareutdanning, (demens/psykiatri/ergoterapeut)

Framskivi tal for befolkningsauke i Gol viser ein auke i antal eldre frå om lag 2020. Me bør derfor allereie no starte med å planleggje ei utviding av tilbodet. Pr i dag har Gol tilsaman 43 omsorgsbustader, dersom ein ser talet på sjukeheims plassar og omsorgsbustader i lag er talet 75. Dekningen bør ligge på 25% av antal eldre over 80 år. I 2030 bør vi ha 90 sjukeheims plassar-/omsorgsbustader. Det er ønskjeleg at ein starter dette arbeidet med at Ada-/Oda avdeling blir renovert til ein god demensavdeling, og at kjellaren vert sett i stand til 4 omsorgsboligar.

Vi har fått 200 000,- til investering i ny tekonologi, PDA eller nettbrett til heimesjukepleien i 2015. Dette vil føre til ei effektivisering av tenesta, og redusere presset på medarbeidarane.

Hallingdal held for tida på med ei vurdering av kva slag program dalen skal nytte seg av i framtida i høve dokumentasjon. I tillegg er det ikkje muleg å søke tilskot til toppfinansiering dette året. Såleis må desse pengane bli overført til 2015 med håp om endeleg avklaring av programvare + nye tilskotsmuligheter.

Mål	Målsetting	Tiltak
Redusere presset på helsehjelp i heimen	<p>- Starte med kvardagsrehabilitering</p> <p>Endra haldningar i forhold til korleis vi yter helsehjelp i heimen i forhold til dei brukarar som kan nyttigjere seg metoden</p> <p>- Fleire omsorgsbustader sentralt i Gol for å redusere tid til køyring.</p> <p>Redusere mengde arbeidstid brukt til rapportering og utskrifter av arbeidslister -</p>	<p>Kursing av alle tilsette i kvardagsrehabilitering.</p> <p>Få prosjektmidlar eller andre friske midlar til oppstartsperioden.</p> <p>Helseavdelinga og heimetenestene treng tilsamen 1,25 årsverk- for å spare 400`.</p> <p>Ombygging parallelt med Oda-/Ada.</p> <p>Innføre PDA (håndholdte nettbrett med tilgang til all brukarinfo til ei kvar tid)</p>
Beholde kontinuitet og gode leiarar i helsehjelp i heimen	Sikre at vi har arbeidsmengde som er mulig å gjennomføre for områdeleiar – dynamikken i helsehjelp i heimen er enorm etter samhandlingsreformen.	Dele helsehjelp i heimen i 2 med 2 områdeleiarar.
Tidlig innsats for demente	Tidlig diagnostisering gir mulighet til tilrettelegging av bustad s, amt avlastning for familien- og kan utsette behovet for meir kostnadsdrivende tiltak.	50% ressurs til lgangsetting av demensteam og forebyggjande team.
Etablere gode fysiske rammer i høve yngre demente	Som eit ledd i helse og omsorgsplanen utgreie behovet og mulighetene i Gol for å etablere slike rammer – for å gi gode og forsvarlege tenester – også økonomisk.	Bygge om -/ renovere Ada og Oda avdeling inkl. uteområdet.
Gi unge og gamle kreftpasientar i Gol trygge rammer i eigen heim.	Sikre kvalitet og tryggleik gjennom opplæring av tilsette , dialog med pasient, pårørande og samarbeidspartnarar	10% stillingsressurs som kreftkoordinator
Rett teneste til rett tid	Sikre brukars rettsikkerheit- men også kommunen sin økonomi gjennom god sasbehandling av tenester	50% saksbehandlar ressurs