



Vinje kommune
Vinje sjukeheim

Internt notat

Til:

Frå: Kari Dalen

Saksnr.	Løpenr.:	Arkiv	Dato
04/1096	10871/06	144	11.09.2006

Rullering 2006 - Styringsdokumentet for omsorgstenester



Styringsdokument for omsorgstenestene i

Vinje 2004 – 2010

K-sak 04/126

Rullering 2006

Innleiing:	2
Mål:	2
Historikk:	3
Dagens tilhøve:	3
Folketalsutvikling:.....	4
Om statistikk:.....	6
Organisering:	7
Kva er gjort så langt i planperioden?	8
Kva er ikkje gjort:.....	8
Bygningar som omsorgstenestene disponerar per juli 2006:	8
Dei viktigaste utfordringane framover:	8
1. Tilbod til menneske med funksjonshemmingar	9
1.1. Særleg ressurskrevjande brukarar:	9
1.2. Råd for funksjonshemma.....	9
1.3. Bustadpolitisk plan.....	9
2. Eldre menneske.....	10
2.1. Aldersdemens.....	10
2.2. Dagtilbod til demente.....	10
2.2. Psykiatriske sjukdommar hjå eldre	11
3. Pleie og omsorg ved livets slutt:	11
4. Transportordninga:.....	11
5. Normering av legetenester i Sjukeheim:	11
6. Krav til kompetanse og tilgang på kvalifisert personell:	12
7. Fleirfagleg:.....	12
8. Kjøkenestena:	12
9. Natt-teneste:	12
Framlegg til tiltak for perioden 2006 – 2008:	14
C. Buffer	14

Innleiing:

Arbeidet med rullering av planen er gjort av styringsgruppa nedsett for gjennomføring av styringsdokumentet:

Sissel Jacobsen Bitustøyl, kommunalsjef
Anne Oddny Foldøy, einingsleiar heimetenestene
Kari Dalen, institusjonssjef
Gunvor Strømme, Fagforbundet Vinje
Gro Vaa, HMS-rådgjevar
Elin Haatvedt, politiskar, representant for komite II - observatør.

Dei tilsette i einingane, tillitsvalde og avdelingsleiarar har vore delaktige i utarbeidinga av planane i ulik grad.

Forankring av arbeidet, og ved rullering, er den enkelte einingsleiar sitt ansvar.

Rådmannsteamet, politisk komité 2, teknisk drift og vedlikehald og eldrerådet deltok i prosessen før vedtak av opprinneleg plan. Ved rullering vil politisk komite 2 og eldrerådet verte varsla om arbeidet, og få rullert plan til politisk handsaming før budsjetthandsaminga i 2006. Rullert plan skal endeleg handsamast i Kommunestyret.

Mål:

Mål med styringsdokumentet:

- eit samla, heilskapleg og framtidsretta styringsdokument for pleie og omsorgstenestene i Vinje kommune
- ein dynamisk arbeidsreiskap som skal brukast aktivt i omsorgseiningane i høve til verksemdsplan, planleggingsarbeid og leiging
- oppdatert og revidert i 2006 og 2008. Omsorgseiningane har ansvar for dette

Planen vart fyrste gong vedteken i Kommunestyret hausten 2004.

Omsorgsfilosofi for Vinje kommune:

Tenester skal gjevast ut frå eit syn om likeverd, individuelle behov og respekt for menneskeverd og heilskapssyn, uavhengig av alder, kor han/ho bur og sosial status.

Brukar sitt behov skal stå i fyste rekke, og skal stå framfor den tilsette sine interesser der dei kjem i konflikt med kvarandre, og der det er fagleg grunngjeving for tenesta.

Mål for tenestene:

Trygge tenester som innbuarane kan lite på er der når dei treng dei, og som er tilpassa den einskilde pasient/brukar sitt behov.

Innbyggjarane skal få ivaretekne sine behov for tenester frå omsorg uavhengig av korleis kommunen vel å organisere seg.

LEON-prinsippet (Lågaste Effektive Omsorgs Nivå) er viktig rettesnor.

Historikk:

Ser ein utviklinga av omsorgstenestene i eit historisk perspektiv, har det skjedd mykje i løpet av ein 20-års periode. Tenestetilbod og brukarar av dei ulike tilboda er i stadig endring.

Hovudtrekka kan oppsummerast slik:

- Gjennom HVPU-reforma fekk kommunane ansvar for tenestetilbodet til menneske med psykisk utviklingshemming på byrjinga av 1990-talet.
- Heimesjukepleietilbodet blei utvida til å omfatte alle tre distrikta i kommunen, med tilbod på dag og kveld, i 1991.
- Psykiatrireforma, av mange kalt "den stille reform" overlet store delar av ansvaret for mennesker med psykiske lidingar til kommunane.
- Den nasjonale eldresatsinga i perioden 1998 – 2001 medførde store omstillingar i høve til oppgradering av bygg, nye bygg og nedlegging av Vinje bygdeheim.
- Større grad av rettighetslovgeving for å ivareta pasientens rettar. (pasientrettighetslova mv.) Inneber større krav til sakshandsaming.
- Omstrukturering og nedskjeringar i helseforetak (sjukehusdrift) har medført at pasientar får kortare liggetid på sjukehusa. Det er sjukehusa som definerar når ein pasient er utskrivningsklar. Ein aktiv utskrivingspolitikk inneber at kommunen må ha kompetanse og kapasitet til å yte meir avanserte helsetenester enn tidlegare.

Dagens tilhøve:

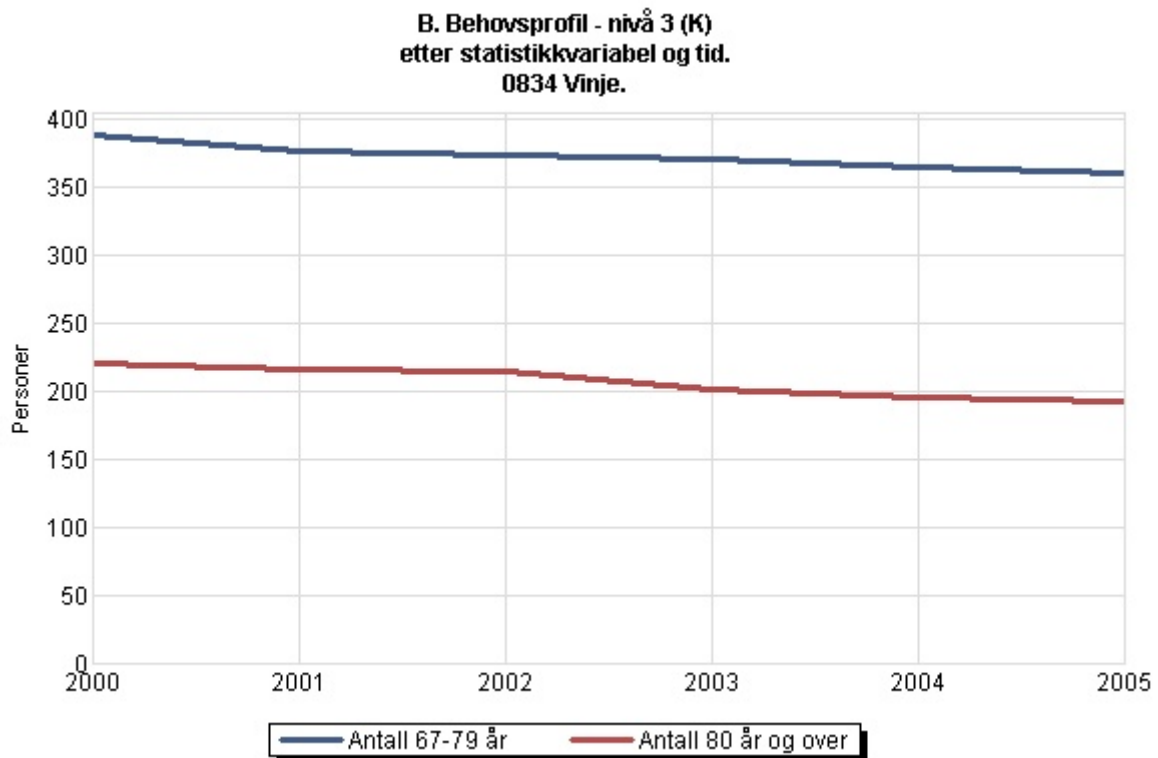
Kommunens ansvar og oppgåver vert stadig meir komplekse og krev meir både av utstyr og personell. Utviklinga i tenestetilbod har ført til at tenestemottakarar stiller andre krav og har større rettar enn tidlegare.

Ein del av tenestene vi yter er både kompetansekreivjande og kostbare.

Det er krevjande for ein liten kommune å løyse desse oppgåvene, samstundes som vi vel å sjå det som ei positiv utfordring, noko som gjer det meir attraktivt for folk med utdanning å vera stabile i jobb. Dette ser vi mellom anna ved ei total dreining i høve til rekruttering av helsepersonell innan vårt område dei seiste åra.

Folketalsutvikling:

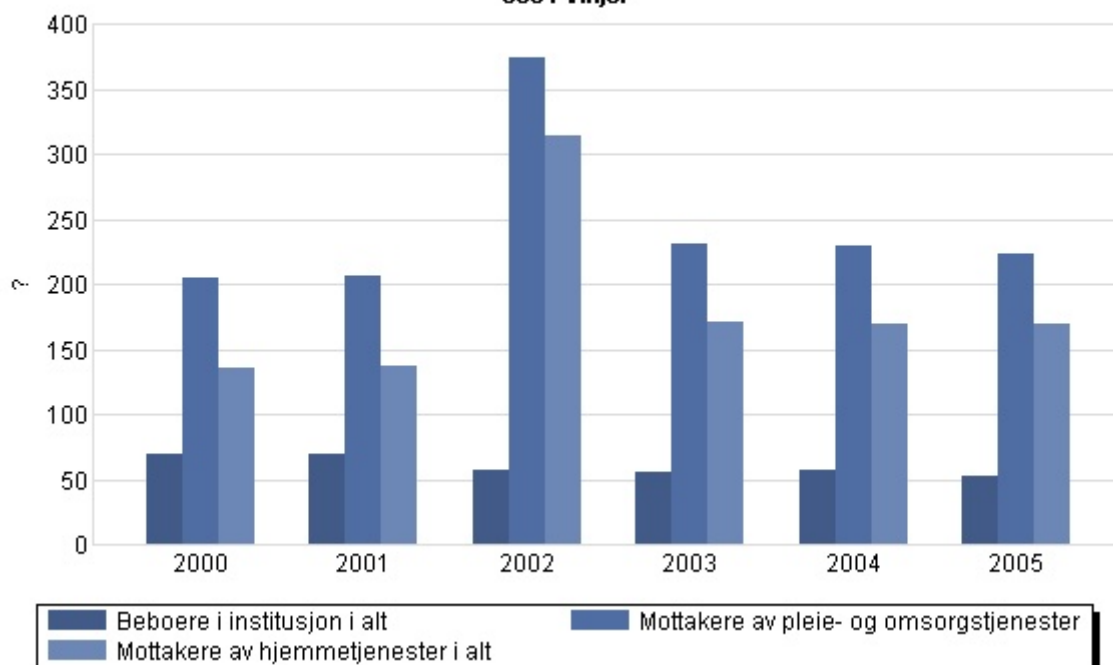
Det har vore ein gradvis reduksjon i talet på eldre i Vinje gjennom fleire år. Utviklinga etter 2000 kan framstillast slik:



Kjelde: SSB

Brukarane av omsorgstenester fordelar seg slik:

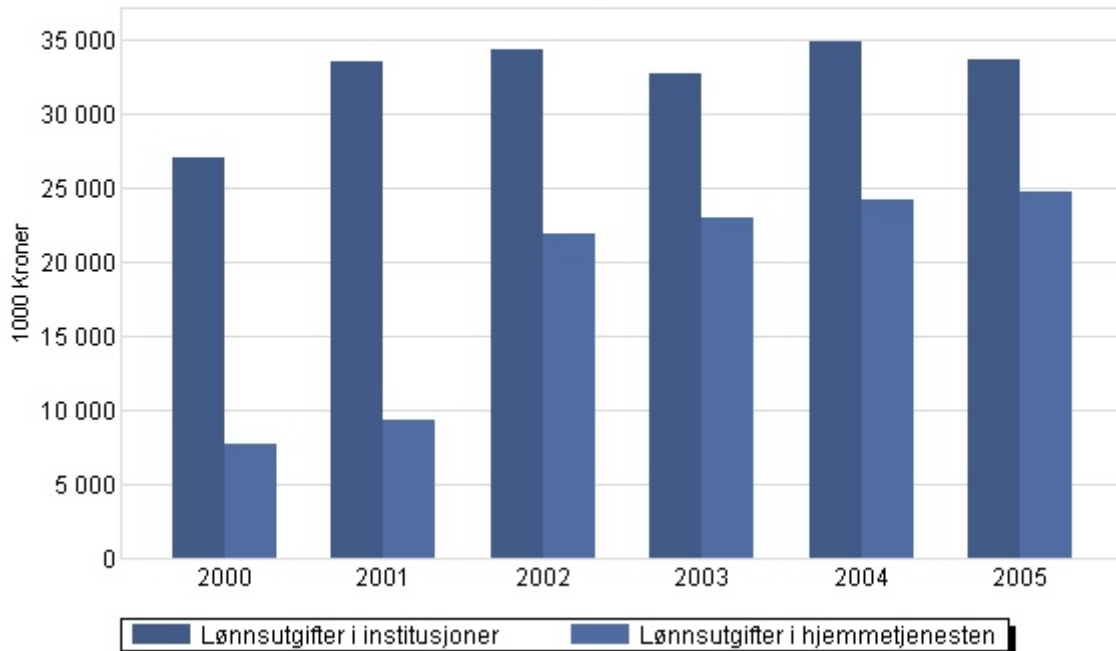
F. Pleie og omsorg - nivå 3 (K)
etter statistikkvariabel og tid.
0834 Vinje.



Kjelde: SSB

Merknad: KOSTRA-tala for 2002 er ikkje representative, av di det dette året var mykje feilrapportering. Det korrekte er nok ei utvikling i tråd med dei øvrige åra. Det kjem likevel tydeleg fram av oversynet at det sidan 2000 har vore ei satsing mot heimebasera tenester. Dette gjenspeglar seg og i ressursbruk:

**F. Pleie og omsorg - nivå 3 (K)
etter statistikkvariabel og tid.
0834 Vinje.**



Kjelde: SSB.

Ein vil her sjå ytterlegare endring frå rapporteringsåret 2006, då Rauland Bygdeheim vart erstatta med Rauland omsorgssenter og vart heimebasera tenester frå 01.02.2006.

Om statistikk:

Statistikken gjev eit bilete av den utvikling vi har sett dei seinare åra. Den har imidlertid ein del svakhetar: I Vinje har ein høge forventningar til dei kommunale tenestene, dette kjem ikkje fram, men er ein faktor som gjer det krevjande å redusere eller fjerne tilbod. Utfordringane vi har i høve til å yte tenester i eit stort geografisk område, er heller ikkje synleg.

Det er og slik at omstilling til flat struktur i 2001, flytta administrative ressursar frå administrasjon og ut i einingar. Eit moment er og at fagstillingar etter mange år med vakans, er besatt.

Statistikken skal frå rapporteringsåret 2006 utvidast med innføring av IPLOS. Dette er obligatorisk for kommunane frå mars 2006. I høve til kartlegging av ressurskrevjande brukarar ser vi dette verktøyet som positivt, då det vil gje betre oversyn over tunge brukarar.

Når det gjeld fordeling av tenestemottakarar i høve til alder, kan vi beskrive dette slik: Sjukeheimen: For sjukeheimen representerar dei eldste aldersgruppene 80 + den største gruppa pasientar. Det har imidlertid dei siste åra vore ei betydeleg auke i aldersgruppa 67 – 79 år. Gruppa er nær dobla på tre år.

Årsakar til dette er fleire. Sjukehusas aktive utskrivingspolitikk, kommunens auka omsorgs- og behandlingsansvar for ulike grupper og det at behandlingsmogelegheiter i stadig større grad gjer at folk kan leve lenger med alvorlege sjukdomstilstandar, er nokon av desse.

For heimetenestene sin del ser vi at totalt for heimetenestene er talet på brukarar stabilt gjennom ein periode på 3 år. Det er imidlertid svingningnar mellom dei geografiske områda. Ein ser og endringar i arbeidsoppgåver. Ikkje minst i høve til det psykiske helsearbeidet. Når brukarar har trong for varig oppfølging og omsorg, vert dei ein del av heimetenestene sitt ansvarsområde. Gruppa 50 – 66 år er ei stor gruppe i heimetenestene, nest etter dei eldste. Det kan ha samanheng med ovannemnde, men og at mange av dei som er brukarar av tenestene innom PU, er i denne aldersgruppa. Det er og slik at vi har ein auke i heimebuande, med oppfølging frå palliativ avdeling ved sjukehuset Telemark. På området lindrande behandling, er det skjedd mykje både lokalt og sentralt, som gjer at menneske med alvorlege sjukdomar kan få behandling i eigen heim.

Organisering:

I 2001 vart Vinje kommune organisert som ein to- nivåkommune med sjølvstendige resultateiningar og eit rådmannsteam som overordna.

Den einskilde eining har totalt driftsmessig ansvar både for tenesteproduksjon og økonomi. Omsorgstenestene er per. 2006 delt inn i to einingar, Vinje sjukeheim og Vinje heimetenester. Vi har gjennomført vedteken endring jfr. styringsdokumentet frå 2004, og innlemma heimetenestene i Rauland med tidlegare Vinje Omsorg. Endringa medførde reduksjon av ei leiarstilling i 100% og ei merkantil stilling i 80%, med verknad frå 01.01.2005.

I dei heimebasera tenestene har Vinje i tillegg til tilbod om hjelp i eigen heim, og trygdebustader og omsorgsbustader. Dei med lågast hjelpebehov bur heime, anten i eigen heim eller i tilrettelagt omsorgsbustad/ trygdebustad.

Dei med høgast hjelpebehov og kompliserte medisinske og pleiemessige behov er pasientar på sjukeheimen. At dei sjukaste for det meste er på sjukeheimen ser vi mellom anna på talet på dødsfall her.

Omorganiseringa har ført til at einingane har fått større oversikt og handlefridom i høve til enklare sakshandsaming og større fleksibilitet i høve til personell. Det er likevel ikkje til å koma forbi at her og er kritiske punkt:

Det manglar eit koordinerande ledd som kan sikre pasientflyt mellom einingane. Einingane er sidestilte, ikkje i hierarki. Dei ulike nivå i tenestekjeda krev at pasientar i ein del tilfelle må flytte mellom einingar etter som tilstanden endrar seg. Det er eit mål at dette skal skje på ein lett og lite byråkratisk måte.

Dette stiller svært store krav til dei tilsette i høve til samarbeid, og ein må bruke mykje tid til samarbeid. Det hender at det vanskeleg å få tatt avgjerder,- særleg i dei tilfelle det er snakk om svært kostnadskrevjande brukarar. Dette er naturleg, i og med at vi har rammestyrt som verkty.

Kva er gjort så langt i planperioden?

- Reduksjon frå tre til to einingar frå 01.01.2005. Dei to einingane er Vinje sjukeheim og Vinje heimetenester.
- 100% st. einingsleiar, og 80% merkantil ressurs er teken bort i heimetenestane.
- Det vert gjennomført vekentlege tiltaksmøter i Vinje heimetenester og ved Sjukeheimen.
- Det er felles tiltaksmøte for langtidsopphald i institusjon og tildeling av omsorg/trygde-bustader annankvar. Talet på personar i kvart møte er redusert, for å rasjonalisere og effektivisere arbeidet. Det er laga nye prosedyrer i kvalitetsutvalet i høve til dette.
- Ombygging av Rauland Bygdeheim til Rauland omsorgssenter er gjennomført. Overgang frå institusjon til bustad skjedde 01.02.2006. Omsorgssenteret har no ti bueiningar for langtidsleige - samt to bueiningar for korttidsleige, under same tak. I tillegg er det tre disponible rom i fellesbygget som kan nyttast til kvilerom for dagbrukarar og eventuelt avlastning ved behov. Vidare er det sju omsorgsbustader. Det er laga 2 stoger med kjøkkenkrok, i kvar ende av gangane i omsorgssenteret. "Falkeriset" vert nytta som dagsenter for demente, og har plass for fem brukarar.

Kva er ikkje gjort:

- Det er ikkje innført natteneste i perioden.

Bygningar som omsorgstenestene disponerar per juli 2006:

- Sjukeheimen med 41 plassar
- Trygdebustader i Åmot: 8 bak helsesenteret, ein på Fristadbygget
- Omsorgsbustader for funksjonshemma og psykisk utviklingshemma i Åmot, som har fast personell: 13
- Omsorgsbustader i Øvre Vinje, med delvis fast personell: 12
- 1 trygdebustad i bustadfelt i Øvre Vinje
- Omsorgssenteret i Rauland med 17 omsorgsbustader for langtidsleige og 2 for korttidleige.
- 2 –(3) dagsenter, eit i Åmot og eit på Rauland for aldersdemente, samt Vinje dagsenter med tilbod for psykiatri og PU

Ansvar for vedlikehald av bygg ligg på teknisk drift og vedlikehald, dei får og leigeinntektene.

Dei viktigaste utfordringane framover:

1. Tilbod til menneske med funksjonshemmingar

Talet på personar med diagnose psykisk utviklingshemming har vore rimeleg konstant dei siste åra. Fleire av brukarane er 60 år og eldre. Det har og kome til yngre brukarar som heimetenestene har fått oppgåver i høve til. Dei fleste brukarane bur i dei tre bufellesskapa i Åmot (Vestli, Reini og Sandehus), og får si oppfølging frå heimetenestane der. I perioden fram mot år 2010 kan ein sjå for seg at talet på brukarar endrar seg når det gjeld alder og behov for bistand. Ein bør vurdere å sentralisere tilbodet til større, tilrettelagde bufellesskap med fleksible løysingar der ein kan gje gode tilbod til brukarane, og utnytte ressursane på ein god måte. Førebygging av einsemd/isolasjon, samt det arbeidsmiljømessige og faglege innhaldet i tilbodet, tilseier ei slik løysing.

1.1. Særleg ressurskrevjande brukarar:

Begrepet vert gjerne knytt opp mot brukarar med psykisk utviklingshemming, ikkje minst med tanke på statleg rapportering. Ein forventar at talet innom denne gruppa vil auke og endre seg, i det det vil omfatte andre grupper og. Dobbeltdiagnoser og personar med kroniske lidningar kjem og inn under denne gruppa. For kommunen vil dette vera ei økonomisk utfordring, men og arbeidskrevjande i høve til ressursinnsats, menneskeleg og kompetansmessig.

Vi har fleire yngre og vaksne menneske i kommunen som har sjukdommar som utviklar seg negativt over tid. Desse vil sannsynlegvis trengje omfattande og kostnads-krevjande tenester frå helse og omsorgstenestene. I tillegg til sjukdom, må vi og kunne gje tilbod til menneske som har vore utsette for ulykker. Vi trur at ordninga med brukarstyrt personleg assistent, vil bli meir aktuell i framtida.

Buffer til bruk i slike tilfelle, er meir aktuelt enn nokon gong, alternativt ei organisering av ressursflyt, slik at penger fylgjer brukar i større grad enn tidlegare.

1.2. Råd for funksjonshemma

Eldrerådet er brukarrepresentantar for omsorgstenestene i dag.

Frå 01.01.07 har Sosial og helsedirektoratet pålagt kommunane å opprette råd for funksjonshemma i alle kommunar. Dette skal vera i funksjon i løpet av valghausten 2007.

Rådet for funksjonshemma er meint å vera vera talerøret for mennesker med funksjonshemming, og er eit rådgjevande organ. Kommunen kan velje å ha eit eige råd eller slå det sammen med eldreråd. Vinje kommune har brukarar med funksjonshemmingar i eit alderspenn frå under skulealder til eldre opp i 70 – 80 åra, og ein signaliserar difor eit ynskje om eige råd for funksjonshemma.

1.3. Bustadpolitisk plan

Det kjem nye grupper som vil ha behov for tilrettelagde tilbod i kommunen. Dette gjeld unge /vaksne innom psykiatri, rusomsorg med tilleggshemmingar og ungdommar med

særlege behov, som treng tilrettelagd butilbod med oppfølging av ulik grad. Planlegging av slike tilbod bør starte i næraste framtid. Syner til bustadsosial plan som er under utarbeiding.

2. Eldre menneske

Eldre menneske har ofte mange sjukdommer på ein gong. Dette gjev eit komplisert bilete som krev kompetente fagpersonar for at pasienten skal kunne leve så godt som råd med sine plager, eller få hjelp til å få fjerne desse.

Moderne teknologi gjer at folk lever lenger med alvorlege sjukdommar enn før.

2.1. Aldersdemens

Aldersdemens er ein diagnose som gjer menneske avhengig av hjelp til å dekke sine grunnleggande behov i ulik grad. Ein erfarer at når desse møter tenesteapparatet, har dei ofte trong for mykje hjelp. Pårørande er ofte slitne både mentalt og fysisk etter krevjande omsorg for sin pårørande gjennom lang tid.

Det er ei viktige utfordringar i høve til denne gruppa, sjølv om temaet for så vidt har hatt fokus i fleire år.

Eit tilhøve som gjer arbeidet særleg krevjande, er at det krev eit tett og koordinerande samarbeid mellom fleire einingar, - helse og sosial, heimetenester og sjukeheim, og at det er lite ressursar sett av til arbeidet.

Vi ønsker å styrke demensteamet i kommunen, som grunna økonomi har ligge delvis nede over tid. Teamet sin funksjon er å vere koordinerande instans mellom einingane/legane, og brukarar/pårørande. Dei skal og vera kontaktleddet til 2.linje tenesten på fylkesplan. Til å ivareta dette viktige arbeidet treng ein til sammen 80% stilling, fordela med 40% kvar på sjukeheimen og i heimetenestene.

Ein ser stort behov for å styrke innsatsen både i høve forebygging, diagnostisering og behandling, dagtilbod og avlastning for pårørande og rettleiing og oppfølging av det personellet som yter hjelp og bistand til denne gruppa.

2.2. Dagtilbod til demente

Etter ombygging på Rauland er det no etablert dagtilbod der, for inntil fem brukarar. Dette har vore i drift i 2006, og ein ser at det dekker eit behov. Ein vel å bruke personellressursar til dette.

I slutten av juni 2006, stengde ein dagtilbodet for demente ved Grannestoga i Åmot, grunna få aktuelle brukarar og økonomi. Grannestoga er førebels ikkje lagt ned, men er ikkje i drift. Å ikkje ha dagtilbod er eit steg tilbake for omsorga for menneske med byrjande demens og deira pårørande, då særleg i Ytre Vinje. Ein ser for seg at ein alternativt kan lage individuelt tilrettelagte tilbod for einskildbrukarar som har behov for dagtilbod, knytt opp mot sjukeheimen.

Det er og trong for å frigjera bustaden Grannestoga disponerar i dag, slik at ein kan nytte denne som del av omsorgsbustadene i kommunen. Dette er avhengig av innføring av natt-teneste. (Sjå pkt. om natt-teneste seinare i dokumentet)

Det vart oppretta ei pårørandegruppe i 2005. Grunna nedskjeringar og avgang i stillingar, har vi ikkje klart å halde dette tilbudet oppe. For pårørande til heimebuande demente er dette er viktig førebyggjande tiltak. Vi meiner det bør leggjast vinn på å få dette i gang att. Ein er då avhengig av stillingsressurs.

2.2. Psykiatriske sjukdommar hjå eldre

som angst og depresjonar, og eksistensielle problem i den eldste gruppa menneske har ikkje hatt så stort fokus i satsinga på psykiatri. Dette er likevel eit viktig område som kommunen må handtere.

3. Pleie og omsorg ved livets slutt:

Mange menneske er avhengige av å ha eit godt og trygt fagleg tilbod rundt seg ved livets avslutning.

Å legge til rette for ei verdig avslutning på livet er ei utfordring både for heimetenestene og for Sjukeheimen, både når det gjeld smertelindring, respektfull pleie og tryggleik.

4. Transportordninga:

Dette har vore tema over lang tid. Det vert reist ei eiga politisk sak om dette.

Det er ulik praksis i kommunane i Vest-Telemark når det gjeld kven som tek ansvar og kostnadane ved transportbehov i heimebasera tenester. Ein kan tenke seg fylgjande løysingar:

- Brukarar som ikkje mottok tenester etter kommunehelseloven – skal sjølve bet. fullt ut for transport frå og til tenester.
- Brukarar skal betale ein eigenandel og kommunen betalar resten
- Kommunen betalar all transport der det er fatta vedtak om tenester etter sosialtenestelov og kommunehelselov.

For sjukeheimen er reglane klare, i det institusjonen skal dekke alle utgifter.

Vedtaket som vert fatta, bør innarbeidast i styringsdokumentet når dette skal vedtakast.

5. Normering av legetenester i Sjukeheim:

Det er gjeve ut ein Sintef-rapport i 2006 med dette som tema. Vi ventar at det vil koma endringar her. Sjukeheimen har i dag 15 timar legetilsyn i veka. Forslaget som ligg ute, inneber nesten ei fordobling av timetalet. Frå Sjukeheimen sin ståstad er dette positive signal. Pasientar på sjukeheim i dag forbrukar mykje legetenester. Nok ressursar til å gje

legetilsyn innom ramma av tilsynstid, utan så stor grad av legevakt, ser ein som positivt, ikkje minst i høve til kontinuitet og å kunne gje kvalitativt gode tilbod.

6. Krav til kompetanse og tilgang på kvalifisert personell:

Å ha tilgang på godt kvalifiserte og motiverte fagfolk er ein føresetnad for gode omsorgstenester.

For å skape og vedlikehalde eit godt arbeidsmiljø og kvalitet på tenestene, er det viktig å skaffe økonomiske midlar til kompetanseutvikling, og til å skape miljø for kontinuerleg læring.

Kommunen har hatt og har eit aktivt forhold til å ha studentar og elevar.

Som erstatning for hjelpepleiar og omsorgsfagutdanningane, startar det opp ei ny helsefagutdanning hausten 2006. Denne utdanninga vil krevje at kommunen aukar talet på lærlingeplassar, alternativt endrar fag, frå 2008. Utdanninga er organisert med to år skule, og to år læretid i bedrift. Kommunen skal då dekke vårt framtidige kompetanse- og rekrutteringsbehov på fagarbeidarnivå gjennom lærlingeordning. Det vert viktig at det er tilstrekkeleg lærlingeplassar til å dekke kommunens framtidige behov for arbeidskraft. Kommunen har intensjonsavtale med Høgskulen i Telemark (HiT) og forpliktar seg til å ta imot studentar derfrå. Det har tidlegare vore ein liten økonomisk kompensasjon knytt til denne ordninga. Den har no falt bort, men kommunens opplæringsansvar står ved lag.

7. Fleirfagleg:

Kommunen si organisering er fragmentert. Det gjer at det vert stilt store krav til einingane i høve til samarbeid, i stort og smått. Eit døme på dette er psykiatri, heimetenester, institusjon, legetenester, fysioterapitenester. Det er trong for gode arenaer for samarbeid. Det har ikkje vert lagt nok vekt på kor tidkrevjande denne arbeidsformen er, ei heller på behovet for koordinering av tenester og tenestetilbod.

Det tverrfaglege arbeidet til beste for pasienten er det viktig å legge til rette for.

8. Kjøkenestesta:

Mat er ein viktig del av det totale tilbodet både for pasientar på institusjon og i heimetenestene. Det er vedteke ei rolleomfordeling mellom Vinje kjøkendrift og Vinje sjukeheim frå 2007.

Dersom ein vel å satse på meir heimebaserte tenester framover må tilbodet om levering av ferdiglaga middagsmat vere ein del av tilbodet i større utstrekning enn det er no.

9. Natt-teneste:

Det har ikkje vore prioritert å få i gang fast tilbod om natteneste til heimebuande i kommunen så langt. Dette grunna skifte av leiarar, stort arbeidspress, omorganisering, og ombygging av Rauland bygdeheim til omsorgsbustader. Ein har heller ikkje har vore samde om ein vil bruke stillingsressursar på eit permanent natt- tilbod. Det er framleis usemje

internt i heimetenesta om dette er eit tilbod for framtida, då behovet for natt-tenester er svært skiftande og ein har løyst behovet når det har oppstade, ved innleige av ekstravakter.

Ein har i dag ei godt fungerande avtale med Falck redningsteneste v/Dag Lie, som har ansvar for utrykking på nattestid til brukarar av tryggleiksalarm, når denne ikkje når dei personane som står på "beredskapslista" Alle som søker om tryggleiksalarm i Vinje, og oppfyller kriteriane for å få alarm – vert tildela dette i vedtak på lokalt tiltaksmøte.

Det er sagt i styringsdokumentet si målformulering at ein skal "Trygge tenester som innbuarane kan lite på er der når dei treng dei, og som er tilpassa den einskilde pasient/brukar sitt behov."

Dette er målet heimetenestene vil strekke seg mot, og som innbuarane forventar.

Det er og forventa av sjukehusa at kommunen tek kompleks medisinsk oppfølging både i eigen heim, i omsorgssentra og på sjukeheimen.

Ein ser at det vert meir, og oftare lagt på oss oppgåver som krev stor grad av kompetanse på komplekse medisinske og sjukepleiefaglege område – dette er f.eks. tett oppfølging av dialysepasientar, oppfølging og rehabilitering av slagpasientar, medisinsk og sjukepleiefagleg oppfølging av kreftsjuke og andre alvorleg sjuke, og terminalpleie/omsorg ved livets slutt.

Ein vil difor hausten 2006 og våren 2007 arbeide for å få på plass ein tilfredstillande prøveordning av aktiv og passiv natteneste. Denne bør evaluerast og eventuelt endrast i tråd med eksisterande behov, i løpet av våren 2008.

Brannforskrifter og klassifisering av eksisterande omsorgsentra som særskilte brannobjekt av Vest-Telemark branntilsyn gjer at nattevaktene ved desse bueningane ikkje kan regnast med i den aktive natt-tenesta ute i distrikta. Einingsleiaren og øvrig ansvarleg personell på omsorgsentra kan heller ikkje ta på seg ansvaret det er å forlate opp til 12 hjelpetrengande personar på nattestid.

Slik ein ser behovet i dag vil ein vera tent med å opprette ein nattpatrulje som dekkjer sentrumsnære område i alle tre distrikta. Jamfør grunngjeving over anbefalar ein at denne stillinga vert besatt av sjukepleiar. Ein tenker seg følgjande organisering:

- Nattpatrulja har hovedbasen sin ved heimesjukepleiekontoret i Åmot – men kan etter som behova er til ei kvar tid i distrikta, flyta til Rauland og Edland/Haukeli og nytte omsorgssentra som base. Det er gode og nye bilar til bruk for nattenesta i alle tre distrikt
- Nattpatrulja har eit tett samarbeid/nettverk i allereie eksisterande nattevakter ved omsorgssentra på Rauland og Nordheimstunet, Vestli og Sjukeheimen. Dette sikrar god og nødvendig kommunikasjon/ samarbeid i heile kommunen. Ein tenkjer seg å lage gode og nødvendige prosedyrer for denne kommunikasjonen
- Ein ønskjer å oppretthalde avtala med Falck redningsteneste med tanke på utrykking knytt opp mot tryggleiksalarmane. Dette vil og avlaste nattpatrulja med tanke på dei store avstandane som er i kommunen, det er dessutan eit billig supplement til styrking av nattenesta.

Bemanning på natt på Sjukeheimen, med to nattevakter til 41 pasientar, er marginal i høve til dei oppgåver som skal løysast.

Framlegg til tiltak for perioden 2006 – 2008:

A. Natteneste:

Organisering og bemanning:

Nattenesta (utanom sjukeheimen) vert organisert som ein del av kommunen sine heimetenester.

Tenesta vert oppretta ved å leggje økonomiske forsterkingar tilsvarande 1,82 stilling inn i budsjettet for 2007

Ein tek sikte på å ha ein aktiv natt-teneste til heimebuande brukarar med behov for tilsyn og hjelp på nattetid, frå 01.04.07

B. Demensomsorg:

Demensteamet vert styrkt med 40% st. spesialsjukepleiar Vinje sjukeheim, og 40% sjukepleiarressurs i heimetenestene. Koordineringsansvaret vert lagt til Vinje sjukeheim.

C. Buffer

Etablering av buffer til bruk ved særleg ressurskrevjande brukarar. Det må etablerast rutiner for tildeling av desse ressursane.

Kopi til: