Rapport

Anbefalinger videre interkommunalt samarbeid

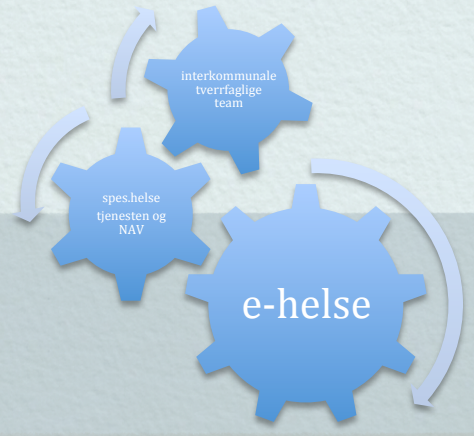
Lokalmedisinske tjenester Setesdal

2013

Sammendrag av kommunekartlegginger og prosjektanbefalinger

Prosjekt Lokalmedisinske tjenester Setesdal

September 2012



LOKAL-MEDISINSKE TJENESTER Setesdal

SETESDAL REGIONRÅD

Sørlandet sykehus HF

Innholdsfortegnelse

1 Innledning 3

2 Bakgrunn 4

3 Kartlegging - oppsummering 4

3.1 Kompetanse 5

3.2 Ressurser 5

3.3 Utfordringer 6

3.4 Løsninger 6

4 Organisasjonsmodell 7

4.1 Fag-/kompetansedeling 7

4.1.1 Demenskoordinator 7

4.1.2 Psykolog 8

4.1.3 Ruskonsulent 8

4.1.4 Interkommunal nettverksgruppe psykisk helse 8

4.1.5 Spesialisthelsetjenester 9

4.1.6 IKT helse superbruker og nettverkssamarbeid 10

4.1.7 Sykepleiedokumentasjon 10

4.2 Interkommunal samhandlingskoordinering 11

4.3 Prosjekt 12

4.3.1 Folkehelse og friskliv 12

4.3.2 Ambulante fagteam 12

4.3.3 Hørselkoordinator 13

4.3.4 Holter monitorering 13

4.3.5 Etablering kommunalt ø-hjelps tilbud 13

4.4 Helse som vekstnæring 14

5 Estimert kostnadsoversikt LMT Setesdal 2013 15

1 Innledning

Prosjektet Lokalmedisinske tjenester Setesdal er inne i en avsluttende fase. I tråd med vedtatt milepælsplan skal beslutning om videre organisering av det interkommunale helsesamarbeidet tas både administrativt og politisk i løpet av høsten. Det vil bli utarbeidet en endelig sluttrapport for hele prosjektperioden som vil gi en grundig gjennomgang av prosessen og erfaringene i prosjektene.

Det ble høsten 2011 etablert kommunale tverrfaglige ressursgrupper innen helse. I løpet av det siste året er det i samarbeid med disse gjennomført grundige kommunale kartlegginger for Bykle, Valle, Bygland og Evje og Hornnes. Målet med kartleggingene har vært å skaffe en oversikt over den enkelte kommunes ressurssituasjon og kompetansebehov. Anbefalingene i denne rapporten er således basert på tilbakemeldinger fra kommunene selv og konklusjonene fra prosjektgruppenes arbeid.

Det foreligger sluttrapporter/statusrapporter for følgende delprosjekt:

- Demensteam og pårørendeskole (evaluering per juni 2012)
- IKT Helse (sluttrapport)
- Psykisk helse og rus (sluttrapport)
- Forskningsprosjekt sykepleiedokumentasjon (sluttrapport)
- Hudprosjekt Bykle/Valle (sluttrapport)
- Desentralisert spesialisthelsetjeneste (statusrapport)
- Folkehelse og lærings- og mestringsarbeid (forprosjektrapport)
- FoU prosjekt sykepleiedokumentasjon (sammendrag, sluttrapport ikke ferdigstilt)

Kartleggingsresultatene fra den enkelte kommune og prosjektrapportene ligger vedlagt og vi anbefaler beslutningstakerne å lese gjennom disse.

Dette sammendraget inneholder hovedkonklusjoner fra delprosjektene, oppsummering fra de kommunale kartleggingene og anbefalinger til organisasjonsmodell fra 1/1- 2013.

September 2012

Wenche Tangene — Prosjektkoordinator

Frode Verpe — Prosjektmedarbeider

2 Bakgrunn

Følgende er hentet fra Regional utviklingsplan for Setesdal 2011 – 2020:

Trygt, kompetent og nært helsetilbod

HOVUDTILTAK	
1.	Møte helsereforma på ein aktiv måte, mellom anna gjennom ei vidareføring av prosjekt som er sette i gang.
2.	Sikre likeverdige tenester til innbyggjarane gjennom eit samarbeid om tildelingskriterium og styrkt juridisk kompetanse. Vurdere felles tenestekontor for helse- og omsorgssektoren.
3.	Vere førebudd på eldrebølgja gjennom eit godt utdanningstilbod og aktiv rekruttering innan helserelaterte yrke.
4.	Prøve ut ordningar med ambulerande fagteam.
5.	Starte pilotprosjekt på helsehus/distriktsmedisinsk senter på Evje i eit samarbeid mellom offentlege og private deltakarar.
6.	Etablere regional spesialisthelseteneste på minst eitt område i samarbeid med Sørlandet sjukehus.
7.	Få i gang minst eitt pilotprosjekt der ein tek i bruk telemedisin og ny teknologi for å sikre trygge og effektive helsetenester.

Effektmål LMT Setesdal

Samhandlingsreformen er implementert i regionen og tjenestetilbudet til innbyggerne er i tråd med reformens intensjoner, tilfredsstiller nasjonale krav til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og er basert på BEON prinsippet (”Beste Effektive Omsorgsnivå”).

3 Kartlegging - oppsummering

Kommunekartleggingen har vært gjennomført i to faser og over en periode på 9 måneder. Kartleggingen har hatt som mål å fremskaffe oversikt over situasjonen i kommunene i dag og synspunkter på hvordan kommunene ser for seg å utvikle framtidas helse- og omsorgstjenester.

De fire Setesdalskommunene har opprettet hver sine kommunale ressursgrupper i tilknytting til kartleggingen. Ressursgruppene er primært bestående av fagpersoner fra helse- og omsorgssektoren og har gjennom utfylling av skjemaer og gjennom kartleggingsmøter med kartlegger formidlet informasjon om kommunens helse- og omsorgstjenester og synspunkter knyttet til utviklingen av framtidas tjenester og kompetanse.

I det følgende gjøres det rede for noen utvalgte områder i kartleggingen. Disse er fremstilt på et generelt og overordnet nivå. For detaljerte opplysninger om kartleggingsresultatene i den enkelte kommune vises det til kommunevise kartleggingsrapporter.

3.1 Kompetanse

Dagens helse- og omsorgstjenester stiller krav om høy kompetanse innenfor flere fagområder og på flere plan. Utviklingen av framtidige helse- og omsorgstjenester skjerper kompetansekravene ytterligere. Kartleggingen avslører at kompetansen i dagens helse- og omsorgstjenester er ulikt fordelt mellom de ulike fagområdene i den enkelte kommunene og mellom de ulike kommunene. Dette betyr at enkelt kommuner har høy kompetanse innenfor noen fagområder, mens de har lavere kompetanse innenfor andre fagområder. Samtidig er det tydelig at enkelt kommuner har høyere og bedre kompetanse samlet innenfor helse- og omsorgstjenestene enn andre kommuner i kartleggingen. Ser man derimot på kompetansen samlet for alle kommuner innenfor alle fagområder og spesialiteter så avslører kartleggingen at kommunene i stor grad utfyller hverandre. Det vil si at kommunene samlet sett har høy kompetanse innenfor de fleste av fagområdene og spesialitetene i kartleggingen.
Kartleggingen viser at det pr. i dag er liten grad av samhandling for å nyttiggjøre kompetansen på tvers av kommunegrensene. Det kan også synes som om det er liten grad av systematikk i å nyttiggjøre spesialisert kompetanse på tvers av organisatoriske strukturer i den enkelte kommune og det er også avdekket eksempler i enkelt kommuner hvor spesialisert kompetanse ikke nyttiggjøres innenfor den ansattes spesialistområde i det hele tatt.
Kartleggingen avdekker at kommunene ser store utfordringer knyttet til å etablere den kompetanse som defineres som nødvendig for å kunne yte fremtidige helse- og omsorgstjenester i samsvar med sentrale føringer. Disse utfordringene er både knyttet til å øke den generelle kompetansen hos eksisterende fagpersonell og til å etablere kompetanse innenfor nye fag- og spesialistområder.

3.2 Ressurser

Det er til dels store variasjoner i ressurstilgangen innenfor helse- og omsorgstjenestene mellom kommunene i Setesdal. Evje og Hornnes kommune har et ressursforbruk innenfor sine helse- og omsorgstjenester på nivå med landsgjennomsnittet. De tre andre kommunene har et ressursforbruk innenfor sine helse- og omsorgstjenester på et nivå som ligger vesentlig over landsgjennomsnittet. Fordelingen av det totale ressursforbruket innenfor helse- og omsorgstjenestene i kommunene i Setesdal viser at om lag 80% går til pleie- og omsorgstjenestene og om lag 20% til helsetjenestene.

Kartleggingen viser at alle kommunene oppgir at dagens ressurstilgang ikke er tilstrekkelig for å drifte nye tjenester og tilbud slik disse er beskrevet i Samhandlingsreformen og nytt helselovverk. Kartleggingen avslører at dersom kommunene skal etablere nye tjenester og ny kompetanse med det innhold og på det nivå som Samhandlingsreformen legger opp til uten samarbeid med andre kommuner så vil dette kreve en omfattende økning i den enkelte kommunes ressurstilgang innenfor helse- og omsorgstjenestene.

3.3 Utfordringer

Samhandlingsreformen og nytt helselovverk pålegger kommunene å etablere en rekke nye funksjoner, tjenester og tilbud. Flere av disse funksjonene, tjenestene og tilbudene stiller krav om et langt høyere befolkningsgrunnlag enn det man finner i de enkelte Setesdalskommunene. Kommunene ser utfordringer med bakgrunn i befolkningsgrunnlaget knyttet til flere faktorer.

Det vises til at det er behov for et stort spenn av kompetanse innenfor en rekke av de fremtidige tjenestene og tilbudene samtidig som pasientvolumet i den enkelte kommune er lite. Dette vil bety små stillingsbrøker innenfor en rekke av fagområdene og spesialitetene. Kommunen peker på at det vil være vanskelig å etablere den nødvendige kompetanse under disse forutsetningene.

Enkelte av tilbudene skal være døgnkontinuerlige tilbud bl.a gjelder dette Ø-hjelps sengeplasser. Kommunene peker på at det vil være vanskelig å etablere slike tilbud når det reelle behovet i kommunen vil tilsi at bare en liten del av kapasiteten vil bli nyttiggjort. Dette vil medføre at kommunen alltid må ha tilbudet operativt med den nødvendige kompetanse på vakt, mens tilbudet bare blir brukt et fåtall av årets døgn.

Alle kommunene i kartleggingen viser til at etablering av ny kompetanse hos eksisterende personell, rekrutering av nye fagpersoner og kontinuerlig vedlikehold av kompetanse vil utgjøre en vesentlig utfordring.

3.4 Løsninger

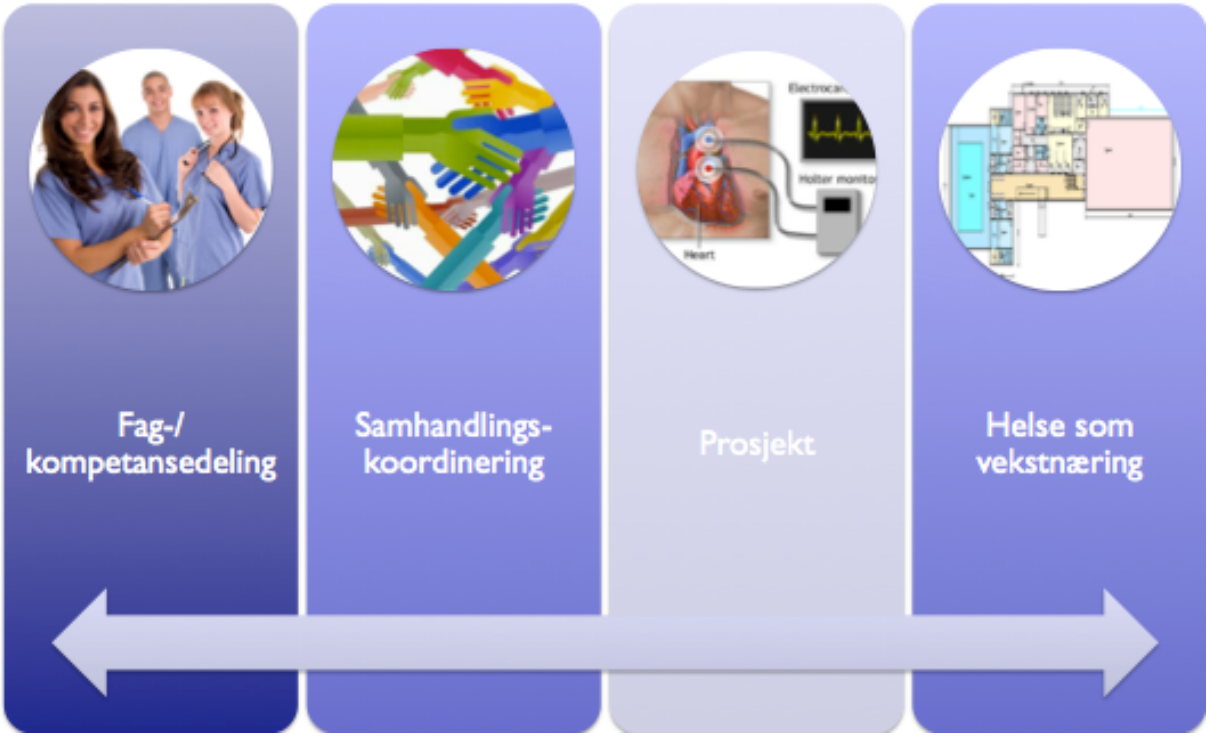
Kartleggingen viser at de helsefaglige miljøene i Setesdalskommunene mener at det må et utstrakt og formalisert samarbeide til mellom kommunene i Setesdal og mellom kommune og helseforetaket for å kunne etablere fremtidige tjenester i tråd med sentrale føringer og krav til kvalitet og kompetanse. De helsefaglige ansatte i kommunene ser behov for og ønsker et samarbeid innenfor de aller fleste av områdene som har blitt vurdert i kartleggingen.

Samhandling og samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak er en av grunntankene i Samhandlingsreformen. Ressursgruppene vurderer at et regionalt samarbeide om kompetanse, tjenester og tilbud vil gi høyere kvalitet og bedre pasientsikkerhet, da dette vil gi muligheter for etablering av høyere og bredere kompetanse og bedre driftsforutsetninger enn hvis kommunene skal etablere tilsvarende alene.

Ressursgruppene presiserer samtidig at et regionalt samarbeide om helse- og omsorgstjenester i seg selv ikke er nok til å løse alle utfordringer. Det er også behov for å utvikle og reorganisere eksisterende kompetanse og tilbud i kommunene og utvikle ny kompetanse og nye tilbud i kommunene. Ressursgruppene mener at det er avgjørende og se utvikling på regionalt og kommunalt nivå i sammenheng og etablere strukturert samhandling mellom disse nivåene for å sikre et samlet helse- og omsorgstilbud av tilstrekkelig kvalitet.

4 Organisasjonsmodell

På bakgrunn av konklusjoner fra kommunekartleggingene, anbefalinger fra delprosjektgruppene og en vurdering av hva som er realistisk og praktisk gjennomførbart, så anbefales følgende organisasjonsmodell for det interkommunale helsesamarbeidet i Setesdal fra 1/1-2013:



Administrativt verstskommunesamarbeid. Det etableres en interkommunal helseenhet med delegasjon av administrativ vedtakskompetanse fra kommunestyrene i Bykle, Valle og Bygland til Evje og Hornnes kommune som vertskommune. Kommunestyrene fatter politiske vedtak etter forberedelse av aktuelle saker i vertskommunen.

Den interkommunale helseenheten ledes av samhandlingskoordinator, jfr. pkt. 4.2.

Samarbeidet evalueres senest i løpet av 2014.

4.1 Fag-/kompetansedeling

4.1.1 Demenskoordinator

Anbefaling fra 1/1-2013:

- **Det interkommunale samarbeidet om demensteam videreføres og går over i ordinær drift.**
- Teamet består av demenskoordinator i 30 % stilling og 4 demenskontakter i hver 10 % stilling. I tillegg er lege tilknyttet teamet.
- Demenskoordinator ansettes i den interkommunale helseenheten.
- Kommunene er representert med en demenskontakt hver i teamet. Disse er ansatt i den respektive kommune.

- Demensteamets hovedoppgaver er utredning av personer der det er mistanke om demens og drift av pårørendeskole.
- Teamet bør være bredt tverrfaglig sammensatt.
- Dersom demensteamet ikke har ergoterapeut, kan slik kompetanse ved behov kjøpes innenfor en fastsatt økonomisk ramme pr. år.
- Demensteamets medlemmer har anledning til faglig ajourhold ved deltakelse på relevante kurs og konferanser.
- Utgifter til administrasjon, reiser, kurs, legenes engasjement o.l deles kommunene mellom etter fastsatt fordelingsnøkkel.

4.1.2 Psykolog

Anbefaling fra 1/1-2013:

Samarbeidet om interkommunal psykolog videreføres. Helselederne bør komme sammen for å finne en god løsning for videre bruk og organisering av stillingen.

4.1.3 Ruskonsulent

Anbefaling fra 1/1-2013:

Da alle kommunene mangler ansatte med ruskompetanse anbefales stillingen videreført. Helselederne bør komme sammen for å finne en god løsning for videre bruk og organisering av stillingen. Stillingsinstruks og arbeidsform evalueres, før det ansettes en ny ruskonsulent fra 1/1-2013.

- ***Interkommunale rusmiddelpolitiskhandlingsplan med Av- og Til Lokalt som en del.***
  Kommunestyrene i alle kommunene har vedtatt at det skal utarbeides en interkommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan.
  Kommunene har fått bistand og midler til 40 % stilling fra Borgestadklinikken for å utarbeide en interkommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan. Ruskonsulenten har koordinert dette arbeidet i 40 % stilling i 2012, med en representant fra hver kommune samt fra politiet. Det skal høsten 2012 settes ned tverrfaglige grupper i hver kommune som skal bidra med forslag til tiltak i planen. Planen skal sendes på høring og deretter legges frem i kommunestyrene i mars-2013.

4.1.4 Interkommunal nettverksgruppe psykisk helse

Anbefaling fra 1/1-2013:

Det etableres en interkommunal nettverksgruppe for psykisk helse og rus. Fagnettverket samles fire ganger i året. Det er primært ansatte i psykisk helse og rus tjenestene, ruskonsulent og kommunepsykolog som vil delta på nettverkssamlingene. Leder for døgnpost Byglandsfjord er også invitert inn for å styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

4.1.5 Spesialisthelsetjenester

Anbefaling fra 1/1-2013:

Samarbeidet med Sørlandet sykehus HF om desentralisert kardiologtjeneste videreføres (forutsatt avtale med SSHF om dette). Samarbeidet med SSHF på andre diagnoseområder videreføres og utvikles i tråd med inngåtte samarbeidsavtaler.

Oversikt Kardiologi, Evje pr. juni 2012

Antall pasienter i 2012: 134 stk.

Inntekt på konsultasjoner i 2012: 102 798 kroner (hvis disse hadde blitt registrert uten prosedyrekoder ville det gitt 123 063 kroner). Refusjon for transport er vanskelig å beregne, men under er det listet opp hvor pasientene kom fra og skiller på de som er født før og etter 1930, sykehjemspasienter settes opp som at de er født før 1930 da disse antakelig ville brukt drosje til Kristiansand. Dere må da gjøre en vurdering på om man kan regne med at de som er født før 1930 også ville brukt drosje.

Bygland: 10 pasienter – 1 før 1930, 9 etter 1930.

Byglandsfjord: 12 pasienter – alle etter 1930.

Grendi: 1 pasient – etter 1930.

= Bygland kommune 24

Bykle: 1 pasienter – etter 1930.

Valle: 17 pasienter – 11 fra sykehjemmet – 1 før 1930 – 5 etter 1930.

Rysstad: 6 pasienter - alle etter 1930.

= Helseavd. Bykle/Valle 24

Evje og Hornnes: 77 pasienter - 14 før 1930 – 63 etter.

Andre kommuner 10 pasienter

Kardiologen skal gå visitt på sykehjemmene i Bykle og Bygland høsten 2012.

Risiko knyttet til utstyr for kardiologen: behov for investering i bærbar ekko-maskin.

Geriatri 2013: kobles opp mot SSHF sin Handlingsplan for eldremedisin.

4.1.6 IKT helse systemansvarlig og nettverkssamarbeid

Anbefaling fra 1/1-2013:

- **Det opprettes en interkommunal ressurs for fagsystemer.** Den bør fylles av en person med helsefaglig bakgrunn. Ressursen vil kunne dekke behovet for faglig oppfølging fremover. Det anbefales i tillegg å styrke ressursene knyttet til systemansvarlig i Profil, i de kommunene som ikke har prioritert dette tidligere.
- Nettverk IKT Helse. Videreføre samlinger med representanter fra alle kommunene - et forum for å bygge og dele kompetanse, dele erfaringer, planlegge fellesaktiviteter osv.

Anbefalinger fra 1/1- 2013 administrativt plassert i Setesdal IKT:

- Koordinerende rolle i Setesdal IKT med tanke på samkjøring/innføring av nye IKT løsninger. Det vil hindre tilfeldige løsninger i kommunene og skape oversikt i regionen.
- Opplysningsansvar hos Setesdal IKT. Bør ha ansvar for å introdusere «nye teknologiske løsninger» og belyse muligheter for pleie/omsorg og helse.
- Opprette døgnkontinuerlig vaktordning for IKT. Vil sikre tilgang til journalsystem 24/7 til helsepersonell med pasientansvar, og er en forutsetning for felles drift av servere i regionen.
- Samarbeid om kvalitets- og internkontrollsystem. Implementere felles elektronisk løsning for internkontroll og samkjøre utarbeidelse av dokumenter og rutiner. Det vil trolig være tidkrevende, og vi foreslår en interkommunal ressurs på 50 % i 6 måneder (prosjektstilling).

4.1.7 Sykepleiedokumentasjon

I løpet av foregående år er det gjennomført en forstudie av Agderkommunene bruk av velferdsteknologi. Denne forstudien er beskrevet i en rapport (Rapport nr. 7 2012). I forbindelse med status og utfordringer som beskrives i rapporten er det likhetstrekk med situasjon i tilknytning til utviklingsprosjektet i kommunene i Setesdal. Det er mangel på ressurspersonell, det er lav kompetanse hos pleiepersonell, og innføring av teknologiske løsninger reiser etiske problemstillinger, i tillegg til de faglige og juridiske utfordringer

Veiledere for kvalitet i pleie og omsorgstjenester i kommunen og for saksbehandling /dokumentasjon er helt tydelig på hva de ansatte har av krav. Når verktøyet som foreligger som redskap til å utføre dette arbeidet har tydelige mangler så blir situasjonen i praksis svært sårbar. Den elektroniske systemvaren understøtter ikke pålagte arbeidsprosesser. Dermed blir arbeidssituasjonen svært omfattende og krevende i forhold til å innfri de krav Staten setter til ansatte i den kommunale helsetjeneste når det handler om dokumentasjon av helsehjelp. Når denne delen uteblir, eller er mangelfull så forplanter dette seg til all dokumentasjon av helsehjelp. Det blir vanskelig å få fram hvordan helsehjelpen er planlagt, gjennomført og vurdert.

Anbefaling fra 1/1-2013: Det bør være svært tydelige arbeidsbeskrivelser over hva slags ansvar de ansatte har. Det bør også beskrives i alle stillingsinstrukser hva slags oppgaver de ansatte har i forhold til å dokumentere det arbeidet de gir i form av helsehjelp. Det at de skal ha primæransvar for noen pasienter og hva det innebærer bør også beskrives, om ikke det tas med i stillingsinstrukser, så i kvalitetssikringshåndboken.

4.2 Interkommunal samhandlingskoordinering

Det er i løpet av 2012 inngått en rekke juridisk og økonomisk forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommunene i Setesdal og Sørlandet sykehus HF. I samhandlingen med SSHF opptrer kommunene som en region, uten at en har en formalisert ramme for koordineringen av dette samarbeidet. Samhandlingskoordineringen har frem til nå vært ivaretatt av prosjektkoordinator for helseprosjektene i Setesdal. Uavhengig av omfang og rammer for det videre interkommunale helsesamarbeidet, så vil det være nødvendig å samkjøre og koordinere oppfølgingen av samarbeidsavtalene med SSHF gjennom ansettelse av en felles samhandlingskoordinator for Setesdal.

Anbefaling fra 1/1-2013:

Vertskommunen ansetter en felles interkommunal samhandlingskoordinator i 100% stilling. Samhandlingskoordinatoren har det overordnede ansvaret for koordinering av helsesamarbeidet på tvers av kommunene og på tvers av forvatningsnivåene. Koordinatoren leder også en evt. Interkommunal helseenhet .

Samhandlingskoordinatoren vil bl.a ha følgende arbeidsoppgaver:

- Medlem i Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS) arbeidsutvalg
- Sekretær Regionalt samarbeidsutvalg (RSU)
- Medlem i koordinerende avtalegruppe OSS
- Lede, følge opp og utvikle LMT, felles interkommunale helsetjenester for å løse Samhandlingsreformen
- Lede/delta i Helsenettverk Setesdal
- Oppfølging avtaler SSHF
- Bidra til systematisk implementering av samarbeidsavtaler i kommunene
- Strategisk samarbeid internt og eksternt
- Prosjektkoordinering/ koordinere søknader om tilskudd til samhandlingstiltak
- Søknader/rapport tilskudd
- Prosessansvarlig for evt. endring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommuner og SSHF (jfr prosedyre i delavtale 1)
- Oppfølging av prosess knyttet til delavtale 4 etablering av kommunal ø-hjelpstilbud
- Ivareta et helhetlig overblikk over utfordringer og muligheter i forbindelse med reformen på vegne av alle kommunene
- Innhente og analysere data mht bruk av spesialisthelsetjenester
- Informasjonsarbeid
- Systemarbeid i samarbeid med Helsenettverket
- Koordinering IKT helse og satsing på velferdsteknologi i samarbeid med Setesdal IKT
- Helseovervåking i samarbeid med kommuneoverlegene
- Utarbeide felles skjematikk i samarbeid med Helsenettverket
- Utarbeide felles vedtaksmaler i samarbeid med Helsenettverket
- Bidra i utviklingsarbeid/næring Innhenter og analyserer informasjon med tanke på utarbeidelse av en felles strategisk plan for helse- og omsorg samarbeidet i regionen (?).

4.3 Prosjekt

4.3.1 Folkehelse og friskliv

Anbefaling fra 1/1-2013:

Igangsetting av pilotprosjekt med interkommunal folkehelsekoordinator i 100% stilling og til drift av friskliv- lærings- og mestringsaktiviteter. Ressursene fordeles på det tallet personer som er nødvendig for å kunne etablere tilstrekkelig kompetanse til å yte aktuelle frisklivs- og lærings- og mestringsaktiviteter. Personene rekrutteres etter behov i de enkelte kommunene. Styrket strategisk samarbeid innen samfunnsmedisin utredes.

= ønskjer interkommunal løysing = ønskjer ikkje interkommunal løysing

FOLKEHELSE, FØREBYGGING OG SAMFUNNSMEDISIN				
Tenesteområde	Evje og Hornnes	Bygland	Valle	Bykle
Folkehelsearbeid	1	1	1	1
Friskliv	1	1	1	1
Læring/mestring				
Samfunnsmed.				
Helse i plan				
Helsestasjon og skulehelse	2	2	2	2

Merknad:

- 1. tiltak ytes lokalt, kompetansen er interkommunal
- 2. tiltak og kompetanse er lokal, men kan samarbeide om spesialiserte/avgrensa kompetanseområder

4.3.2 Ambulante fagteam

Anbefaling fra 1/1-2013: Helselederne i Setesdal, i samarbeid med Samhandlingskoordinator, utreder i løpet av 2013 organiseringen av interkommunale fagteam innenfor utvalgte diagnoser (KOLS, diabetes, palliativ, habilitering/rehabilitering), i tråd med anbefalingene fra de kommunale ressursgruppene.

= ønskjer interkommunal løysing = ønskjer ikkje interkommunal løysing

AMBULANTE FAGTEAM				
Tenesteområde	Evje og Hornnes	Bygland	Valle	Bykle
Diabetes				
KOLS				
Rehab/hab				
Palliasjon				

4.3.3 Hørselkoordinator

Anbefaling fra 1/1-2013

Det gjennomføres et pilotprosjekt i tråd med prosjektbeskrivelsen, der SSHF og kommunene i Setesdalsregionen samarbeider om en felles hørselskoordinator (audiograf), for å styrke kvaliteten på tjenestetilbudet til hørselshemmede og øke kompetansen i kommunene innenfor fagfeltet. Hørselskoordinatoren skal jobbe 50% i helseforetaket og 50% i kommunene.

4.3.4 Holter monitorering

Anbefaling fra 1/1-2013:

Prosjekt "Ny samhandlingsmodell for Holter-monitorering" gjennomføres i tråd med vedtatte prosjektplan. Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom kommunene i Østre Agder, kommunene i Setesdalsregionen, Sørlandet sykehus HF, Universitetet i Agder og SINTEF.

Prosjektleder er forskningsleder Ingrid Svagård, SINTEF IKT, avd. Instrumentering. Valle legesenter, v/ kontaktperson Hanne T. Straume og Bygland legesenter v/kontaktperson Aasulv Horverak (+ evt. Evje legesenter v/ fastlege Ole K. Gundersen) deltar i prosjektet.

4.3.5 Etablering kommunalt ø-hjelps tilbud

I avtaleperioden forplikter kommunene Bykle, Valle, Bygland og Evje og Hornnes seg til sammen med Sørlandet sykehus HF, til å samarbeide om følgende:

- utrede status av hva som finnes av tjenester
- hva partene ønsker å etablere av tilbud
- hvordan prosessen skal være for å etablere dette tilbudet

Frist	Tiltak
31.05.12	SSHF og regionen inngår delavtaleavtale om SSHF sin deltakelse i regionens planlegging av ø. hjelpstilbud
30.06.12	Delavtale 4 godkjent i kommunestyret og styret i SSHF
14.08.12	Kommunale kartleggingsrapporter foreligger
30.09.12	Frist for nedsetting av fagutvalg som skal utrede og planlegge det kommunale ø-hjelpstilbudet. Spørsmål knyttet til transportkostnader skal være en del av mandatet. Dette må sees i sammenheng med nytt veiledningsmateriell som skal komme (jfr veileder kommunenes plikt til øyeblikk hjelp døgnopphold 02/2012 kap 6.4 s. 21)
15.01.13	Fagutvalget legger frem en beskrivelse av prosessen frem mot etablering av ø-hjelps døgntilbud for de fire kommunene i Setesdalsregionen. Partene har tatt stilling til om søknad om tilskudd til etablering av ø-hjelps tilbud skal sendes innen fristen 01.03.2013.

01.05.13	Delavtale 4 er ferdig revidert første gang.
01.01.16	Øyeblikkelig hjelptilbudet i kommunene er etablert og i drift.

4.4 Helse som vekstnæring

Anbefaling fra 1/1-2013:

Kommunene i regionen slutter seg til intensjonen om en felles, regional satsing på helse som vekstnæring.

5 Estimert kostnadsoversikt LMT Setesdal 2013

5.1 BUDSJETTFORSLAG TOTALT

Anbefalinger for 2013	**Totalsum for Bykle, Valle, Bygland og Evje/Hornnes**
Interkommunal samhandlings-koordinering/OSS/RSU/tjenestekjøp/drift	**1250000,-**
Driftskostnader – prioriterte driftsområder	**1413000,-**
Prosjektkostnader	**1475000,-**
SUM	**4138000,-**

5.2 BUDSJETTFORSLAG DRIFT

Anbefalinger for 2013	**Totalsum for Bykle, Valle, Bygland og Evje/Hornnes**
Interkommunal samhandlings-koordinering/OSS/RSU/tjenestekjøp/drift	**1250000,-**

5.2.1 BUDSJETTFORSLAG SAMHANDLINGSKOORDINERING

Anbefalinger for 2013	**Totalsum for Bykle, Valle, Bygland og Evje/Hornnes**
Interkommunal samhandlingskoordinator 100 %	600000,-
OSS/RSU	250000,-
Tjenestekjøp/driftsutgifter	400000,-
SUM	**1250000,-**

5.2.2 BUDSJETTFORSLAG DRIFT – PRIORITERTE DRIFTOMRÅDER

Anbefalinger for 2013	**Totalsum for Bykle, Valle, Bygland og Evje/Hornnes**
Psykisk helse og rus	513000,-
Demenskoordinator/pårørendeskole	350000,-
IKT systemansvarlig/superbruker	500000,-
Kardiolog; sykepleietjeneste	50000,-
SUM	**1413000,-**

5.3 FINANSIERINGING - FORDELINGSNØKKEL DRIFTSKOSTNADER

TOTALBELØP **2.663.000,-**

40% LIKEDELING **1.066.000,-**

60% FOLKETALL **1.597.000,-**

KOMMUNE	**40%**	**60%**	**ANT. INNBYGGERE**	**SUM**
BYKLE	266.300	218.500	950	**484.000**
VALLE	266.300	295.320	1284	**561.000**
BYGLAND	266.300	278.760	1212	**545.000**
EVJE OG HORNNES	266.300	807.530	3511	**1.073.000**

5.4 BUDSJETTFORSLAG PROSJEKT

Anbefalinger for 2013	**Totalsum for Bykle, Valle, Bygland og Evje/Hornnes**
Folkehelsekoordinator	600000,-
Friskliv-, lærings- og mestring	500000,-
Interkommunal ressurs intern- og kvalitetskontroll 50 % Prosjekt 6 mnd	125000,-
Holter	Tilskudd Helsedialog
Hørselkoordinator 50%	250000,-
Forskningsprosjekt	?
Helse som vekstnæring	?
SUM	**1475000,-**

5.5 FINANSIERING – PROSJEKT

Prosjekt igangsettes fortløpende når det foreligger disponible ressurser/ fullfinansiering.

Setesdal regionråd avsetter årlig ramme på kr. 500.000,- i en 3-års periode til m.a. egenandel i prosjektfinansiering . Denne disponeres i samråd med styringsgruppa / rådmannsgruppa.

Vedlegg:

- Kartleggingsrapport Bykle, Valle, Bygland og Evje og Hornnes
- Notat oversikt over kommunale forpliktelser som flg. av inngåtte samarbeidsavtaler med SSHF
- Prosjektrapport IKT helse
- Prosjektrapport Psykisk helse og rus
- Evaluering per juni 2012 demensteam
- Forstudierapport folkehelse og friskliv
- Statusrapport desentralisert spesialisthelsetjeneste

VEDLEGG:

BUDSJETTFORSLAG Psykisk helse og rus

		Tilskudd	**Budsjett 2013**
Lønn psykolog inkl. sos. Utg.	670 000	275 000	
Kjøp av veiledning	20 000		
Kurs	20 000		
Faglitteratur	2 000		
Inventar utstyr	2 000		
Telefon	3 000		
Kjøregodtgjørelse	40 000		
Sum	737 000		
Lønn ruskonsulent inkl. Sos. Utg.	520 000	550 000	
Kurs	20 000		
Faglitteratur	3 000		
Inventar utstyr	2 000		
Telefon	2 000		
Kjøregodtgjørelse	40 000		
Sum	591 000		
Utgifter til Fagnettverksgrupper	10 000		
Sum	1 338 000	825 000	**513000**

	Budsjett 2014	**Tilskudd**	**Budsjett 2015**	**Tilskudd**
Lønn psykolog inkl. sos.	687 000	275 000	704 000	0

Utg.				
Kjøp av veiledning	20 000		20 000	
Kurs	20 000		20 000	
Faglitteratur	2 000		2 000	
Inventar utstyr	2 000		2 000	
Telefon	3 000		3 000	
Kjøregodtgjørelse	40 000		40 000	
Sum	774 000		791000	
Lønn ruskonsulent inkl. Sos. Utg.	533 000	450 000?	547 000	450 000?
Kurs	20 000		20 000	
Faglitteratur	3 000		3 000	
Inventar utstyr	2 000		2 000	
Telefon	2 000		2 000	
Kjøregodtgjørelse	40 000		40 000	
Sum	600 000		614 000	
Utgifter til Fagnettverksgrupper	5 000		5 000	
Sum	**1 379 000**	**725 000**	**1 410 000**	**450 000**

BUDSJETTFORSLAG – Demensteamet

	Kommentar	**Årlig utgift - totalt**	**Budsjett**
Lønn demenskoordinator	30 % stilling	180000,-	
Lønn demenskontakter	10 % stilling x 4(egenandel)	240000,-	
Honorar - lege	Timebasert	20000,-	
Honorar - ergoterapeut	Timebasert	20000,-	
Faglig oppdatering	Kurs, Konferanser	50000,-	
Reiseutgifter		50000,-	
Øvrige driftsutgifter	Lokalleie pårørendeskole, porto, telefon, etc	30000,-	
SUM		**590000,-**	**350000,-**

BUDSJETTFORSLAG IKT Helse

Anbefalinger for 2013	**Totalsum for Bykle, Valle, Bygland og Evje/Hornnes**
Interkommunal ressurs fagsystemer	500000,-
Interkommunal ressurs intern- og kvalitetskontroll 50 % Prosjekt 6 mnd	125000,-
Styrke ressursene for systemansvarlig i Profil Aktuelle kommuner	Egeninnsats kommunene
Nettverkssamlinger 4 ganger årlig	Egeninnsats kommunene
Vaktordning IKT	Budsjett IKT Setesdal
SUM	**625000**,-

BUDSJETTFORSLAG Folkehelse og friskliv

Anbefalinger for 2013	**Totalsum for Bykle, Valle, Bygland og Evje/Hornnes**
Interkommunal folkehelsekoordinator 100 % Prosjektstilling	500000,-
Styrking av kommunale ressurser til friskliv-, lærings- og mestringsaktiviteter Innleie	500000,-
SUM	1000000,-