

HELSE SØR

Sykehuset i Vestfold HF



12-kommunesamarbeidet i Vestfold

Rapport fra forprosjektet

Fra delt til helt

Sammen om rehabilitering, læring og mestring

Mai 2009

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG OG ANBEFALING | 4 |
| 1 INNLEDNING | 6 |
| 1.1 Forprosjektets bakgrunn og oppdrag | 6 |
| 1.2 Begrunnelse for valg av tilnærming | 7 |
| 1.3 En desentralisert rehabiliteringsmodell | 7 |
| 1.4 Prosess | 7 |
| 2 HOVEDUTFORDRINGER | 8 |
| 3 FORSLAG TIL TILTAK, MODELL FOR SAMHANDLING I VESTFOLD (SAVE) 11 | |
| 3.1 Innledning | 11 |
| 3.2 Hovedmål for samhandling | 11 |
| 3.3 Organisering og styring | 11 |
| 3.4 Framdrift | 17 |
| 4 EVALUERING | 18 |
| 5 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON | 18 |
| 6 VEDLEGG | 19 |
| 6.1 Case Rehabilitering | 19 |
| 6.2 Helsekommuner i Vestfold; et mulig virkemiddel | 25 |
| 6.3 Referanser | 29 |

Tabelloversikt

Tabell 1. Antall pasienter fra Vestfoldkommuner som ble behandlet for hjerneslag ved hhv SSR og SiV i 2008.

Tabell 2 Ressursfordeling kommunene Holmestrand, Hof og Re

Tabell 3 Ny kommunal organisering - SIKS

Tabell 4 Ressursfordeling Vestfold

Figuroversikt

FIGUR 1 A. KOMMUNAL ORGANISERING OG STYRING

Figur 2 B. SiV

Figur 3 C. Modell for felles samhandlingsarealer i Vestfold (SAVE)

Figur 4. Tjeneste- og samhandlingsområder.

Figur 5 Behandlingslinje – SiV

Figur 6 Rehabilitering – valg av tilnærming

Figur 7 Modell for sammenhengende innsats – SIKS

Figur 8 Oppgaveendring 1 og 2 linjetjenesten

Figur 9 Organisering av helsetjenester

Figur 10 Kart Vestfold

Vedlegg

1. Prosjektsøknad til Helse- og omsorgsdepartementet 2007
2. Forprosjektets bakgrunn, arbeidsform og gjennomføring
3. Pasientforløp – forprosjektets arbeidsmodell: prosjekter, arbeidsgrupper og lov- og regelverk
4. Nasjonale, regionale og lokale føringer og strategier - en sammenfatning
5. Kartlegging kommuner, SiV, andre prosjekter
6. Prosjektplan SiV/SSR og 12k

SAMMENDRAG OG ANBEFALING

Prosjektet *Fra delt til helt* er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset i Vestfold (SIV) og 12-kommune-samarbeidet i Vestfold (12k). Målsettingen med prosjektet er å skape gode helhetlige pasientforløp med raskere og integrerte rehabiliteringsforløp. Basert på erfaringer fra praksisfeltet og erfaringer fra tilsvarende prosjekter i inn og utland, skal prosjektet utforme forslag til organisering hvor også pasient og pårørende trekkes aktivt med i rehabiliteringen og oppleve mestring og læring. Prosjektet skal bidra til å utvikle gode samhandlingsrutiner internt i kommunene og sykehuset og mellom 1. og 2. linjetjenesten. Utfordringene skulle nåes ved å etablere et felles sentralt rehabiliteringssenter som også skulle være en arena for læring og mestring for pasient og pårørende.

Basert på funn i prosjektarbeidet, erfaringer og endringer i rammebetingelser, foreslår styringsgruppen å utvikle en desentralisert rehabiliteringsmodell. Målet om et desentralisert lærings- og mestringstilbud for pasienter og pårørende samt utvikling av behandlingslinjer og pasientforløp står fast.

Modellen er basert på samhandling med et helhetlig perspektiv på behandlingsforløpet. Samhandling skal styrke helse og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert måte. Bedre koordinering og samordning mellom helsetjenestene i kommunene vil gi økt kompetanse, økt handlekraft, bedre servicenivå og pasientflyt.

De viktigste utfordringene som har kommet fram i forprosjektet mellom 1. og 2. linjetjenesten er behovet for å kvalitetsforbedre informasjonsflyten, utvikle helhetlige behandlingsforløp med økt brukerfokus, standardisert tjenesteutøvelse, økt satsning på kompetanse og tydeliggjøring av ledelse, pasientfokus og brukermedvirkning. Ulike finansieringssystemer og lite integrerte IKT-systemer gir viktige utfordringer.

Tjenesteapparatets leveranser må ses i sammenheng, og være forankret i en helhetlig strategisk tenkning. Det er derfor behov for å skape faste og forpliktende arenaer for samhandling og koordinering internt i kommunene og på sykehuset, og mellom sykehus og kommuner. Styringsgruppen foreslår at det etableres modell for samhandling i Vestfold (SAVE). Modellen består av tre hoveddeler; en felles del, en for kommunene og en for sykehuset. For hver del etableres det arenaer for samhandling både på operativt og strategisk nivå. For kommunalt nivå anbefales å opprette en stilling for kommunal koordinering og samhandling med sykehuset.

Samhandlingsarenaene skal

- Legge til rette for både strategisk og operativt samarbeid i helsetjenesten mellom kommunene og sykehuset
- være drivkraft for å få helhetlige tjenester til beste for pasient og pårørende
- legge grunnlaget for helhet og kontinuitet i pasientforløp
- legge grunnlaget for helhet og kontinuitet i behandlingslinjer
- sørge for bedre systematikk og gjensidighet i samarbeidet og kompetanseoverføring mellom sykehus til primærhelsetjenestene
- sørge for riktig ressursanvendelse i forhold til bruk av kompetanse og økonomiske midler

Forprosjektets arbeid og erfaringer

Pasientforløpet: Det er i pasientforløpet at tjenesteutøvelsens innhold, kvalitet og resultat synliggjøres. Derfor har pasientforløpet vært en naturlig struktur for innhenting av informasjon fra de ulike områdene for forprosjektets arbeid. Målsettingen er pasientforløp uten avbrudd.

Prosjektarbeid i Vestfold: Samlet sett viser en gjennomgang av ulike prosjekter at det er mye kunnskap, innsikt i endringsbehov og engasjement blant aktørene. Mange av prosjektene omhandler samhandling og forbedret tjenesteutøvelse og innhold. Mye tyder på at prosjektene i stor utstrekning har vært preget av begrenset koordinering og samordning på tvers av kommunene i forhold til planlegging, gjennomføring og anvendelse av resultater. Dette gjør det vanskelig for andre kommuner å nyttegjøre seg erfaringene fra enkeltprosjekter. Flere prosjekter har fokus på de samme områdene, det jobbes parallelt uten at dette samordnes.

Tjenesteutøverne: Tjenesteutøverne gav uttrykk for at det i dag ikke er tilstrekkelig helhetlig planlegging for den enkelte pasient med den tverrfaglige tilnærmingen dette i mange tilfeller krever. De var også opptatt av at kompetansen mellom 1. og 2. linjetjenesten i en del tilfeller ikke blir brukt optimalt i ulike faser av pasientforløpet. Det etterspørres arenaer for fagutveksling og behandlingsoppfølging. Det er ønske om større grad av involvering og aktiv deltakelse i forbindelse med diagnostisering og behandling av pasienter. I tillegg ble behovet for bedre informasjonsutveksling i ulike faser understreket.

Manglende kriterier for hva slags behandling som skal gis på ulike nivåer og arenaer ble trukket fram. Det ble også mangel på tydelige ansvars- og oppgaveavklaringer, og en enhetlig struktur med klare prosedyrer og rutiner på flere områder, for eksempel kvalitets- og avviksrutiner, utforming av henvisningsskriv, pleieplaner og epikriser.

Pasienter og pårørende: Det ble lagt stor vekt på betydningen av å få til bedre helhet og sammenheng i tjenestene. Det var et ønske om bedre tilgjengelighet til tjenestene, og et tilbud som i større grad er fokusert på deres behov for å være delaktige og ha innflytelse på egen behandling og oppfølging. Pasienter og pårørende var opptatt av at tilbud blir mer fleksible med tanke på hvor tjenestene skal ytes og av hvem.

Lov- og regelverk: Lov- og regelverk har bestemmelser og merknader som legger til rette for pasientforløp der tjenesteutforming- og utøvelse preges av sammenheng og kontinuitet. En av utfordringene synes å være at tjenesteapparatet ikke i stor nok grad ser og utnytter potensialet som ligger her. I dette perspektivet vil det være formålstjenlig dersom lov- og regelverk i større grad løftes fram som premiss for tjenesteytingen.

Anbefaling: Styringsgruppen anbefaler at det etableres en integrert modell for samhandling i Vestfold (SAVE). Modellen består av en del for kommunene, en del for SIV-HF og felles strategisk og operative samhandlingsarenaer. De felles samhandlingsarenaene er strategisk forum for samhandling og Samhandlingsutvalg.

- Strategisk forum for samhandling består av ordførere, rådmenn og foretaksledelsen ved SiV og en brukerrepresentant
- Samhandlingsutvalg består av kommunaldirektør /helse- og sosialsjefnivå i kommunene og samhandlingssjef og klinikkjefer i SiV

1 INNLEDNING

1.1 Forprosjektets bakgrunn og oppdrag

De regionale helseforetakene ble i 2007 invitert til å søke om prosjektmidler til utvikling av lokalsykehus og samhandling mellom tjenestenivåene. Sykehuset i Vestfold HF og 12-kommunesamarbeidet i Vestfold (12k) utarbeidet i fellesskap en søknad om midler til prosjektet "Fra delt til helt – sammen om rehabilitering, læring og mestring". Prosjektet ble tildelt midler i 2007.

Intensjonen var å utvikle en Vestfoldmodell som svar på sentrale utfordringer på organiseringen av rehabiliteringsområdet. Tanken var å legge grunnlaget for etablering av et felles senter for rehabilitering, læring og mestring der pasientene kommer raskt fra sykehuset og får aktiv behandling og oppfølging og hvor utskrivning planlegges og legges til rette til beste for pasient og pårørende. Formålet var å få en rehabiliteringstjeneste som oppleves mer helhetlig.

Vestfoldmodellen var tenkt å omfatte et felles senter for rehabilitering og etterbehandling, lærings- og mestringssenter med økt fokus på pasient og pårørende (sentralisert modell), brukerforankring og -medvirkning, lærings- og mestringsmetodikk i behandlingen og tettere samhandling om den helhetlige behandlingslinje. Basert på funn i prosjektarbeidet og endringer i rammebetingelser fant styringsgruppen det strategisk riktig å utvikle en desentralisert rehabiliteringsmodell basert på samhandling mellom flere kommuner, og hvor hele behandlingsforløpet blir trukket inn som en del av strukturen.

Et forprosjekt ble etablert 1. april 2008 med varighet frem til 1. mai 2009. Oppdragsgivere for forprosjektet er 12k og SiV. Prosjektet har vært organisert med styringsgruppe, en prosjektgruppe og ulike arbeidsgrupper.

Styringsgruppen har bestått av:

Kommunaldirektør: Karen Kaasa, leder

Samhandlingssjef SiV: Irene Jørgensen (f.o.m 1.1.09)

Ordfører: Thorvald Hillestad

Daglig leder 12k: Torill Lønningdal

Fagdirektør SiV: Halfdan Aass

Rådgiver SiV: Torgeir Grøtting

Sykehusdirektør SiV: Stein Kinserdal har deltatt på noen innledende møter.

Prosjektgruppen har bestått av:

Prosjektleder: Jan Ove Nesse

Prosjektmedarbeider: Anita B. Archer

Prosjektmedarbeider: Stine Margrethe S. Jacobsen

Arbeidsgruppene var breitt satt sammen fra kommuner og sykehus samt representanter for brukerne.

1.2 Begrunnelse for valg av tilnærming

Forprosjektet ble etablert for å utarbeide forslag til et felles rehabiliteringssenter med fokus på læring og mestring i Vestfold.

Etter hvert som man fikk mer kunnskap og erfaring gjennom prosessarbeidet, ble behovet for en justering av mandatet stadig mer tydelig.

1.3 En desentralisert rehabiliteringsmodell

Det var ikke et utbredt ønske om etablering av et felles rehabiliteringssenter for Vestfold verken blant tjenesteutøvere eller brukere. Det ble heller lagt større vekt på å styrke den kompetanse og de arenaer kommunene allerede har fremfor å etablere noe nytt. Større grad av samordning og koordinering mellom 1 og 2 linjetjenesten, og et mer helhetlig og systematisert grunnlag for tjenesteyting, ville gi bedre forutsetninger og muligheter for et mer helhetlig tilbud.

En gjennomgang av tidligere og pågående prosjekter i Vestfold viste at det har vært gjennomført prosjekter som til en viss grad har felles fokus. De har i begrenset grad vært koordinert, og mangler i mange tilfeller forankring som gjør det mulig å ta ut effekter som kan være til nytte for flere.

Underveis i arbeidet har det i Vestfold blitt etablert sentrale prosjekter med fokus på styrket samhandling mellom sykehus og enkeltkommuner, og et riktigere og mer tilpasset behandlingstilbud til pasientene. Et av prosjektene omhandler bruk av ambulante team, observasjonssenger, forsterkede sykehjemssenger og en utvidet legetjeneste. Et annet prosjekt har fokus på akutsenger i sykehjem. Et tredje prosjekt omhandler flaskehals i utskrivingsfasen mellom sykehus og kommune. Et siste prosjekt som har materialisert seg i sluttfasen av forprosjektets arbeid, har fokus på forløpsbaserte samarbeidsavtaler som et virkemiddel for å sikre riktig kvalitet og god pasientflyt i rehabilitering.

Prosjektene ovenfor kan bidra til å synliggjøre hva som må til for å levere optimale tjenester og avdekke om det ytes de riktige tjenestene på de rette stedene i pasient- og behandlingsforløpene. Det er først når prosjektene ses i sammenheng at de vil få varig effekt.

Samlet sett understreker disse eksemplene behovet for en samordnende og koordinerende instans som ser helhet og sammenheng på tvers av kommunegrenser og forvaltningsnivåer. Det bør derfor i første rekke etableres en felles plattform hvor samhandling skal være selve drivkraften i den strategiske planleggingen, og utvikling av en helsetenkning der det er konsistens mellom klinisk hverdag og de rammene som utformer denne. Det er først når dette er på plass at andre egnede tiltak som for eksempel etablering av et fremtidsrettet rehabiliteringssenter kan få ønsket effekt.

1.4 Prosess

Hovedutfordringer og muligheter i samhandlingen og bedret kvalitet i tjenestene er belyst gjennom innspill fra arbeidsgrupper, referansegruppe og brukegruppe, ulike prosjekter som er etablert på området og en gjennomgang av lov- og regelverk og øvrige rammebetingelser. I tillegg har det vært studiebesøk i Trondheim, Danmark og England.

Det ble dessuten lagt vekt på innhenting av informasjon gjennom dialog med øvrige aktører som har en rolle og funksjon knyttet til tema.

Grunnlaget for de vurderinger som framkommer av rapporten er i hovedsak basert på innspill fra deltakerne i prosessarbeidet og bearbeiding av disse.

2 HOVEDUTFORDRINGER

Informasjonsflyt og samhandling

God pasientflyt innebærer at det er sammenheng i tjenesteytingen. Samhandling skal styrke helse og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert måte. Samhandling mellom aktørene som yter tjenester skal legge grunnlaget for bedre kvalitet på tjenestene og maksimal kapasitetsutnyttelse slik at pasienten i større grad opplever helhet og kontinuitet. Prosjektet har avdekket at det mye å hente på å videreutvikle struktur, system og lojalitet knyttet til systematisk og gjensidig informasjonsutveksling.

Samhandling skjer mellom mennesker; mennesker som har ulike erfaringer og kompetanse, holdninger og synspunkter og ulike ståsted innenfor tjenesteapparatet – mennesker som skal *handle sammen* for å nå et mål. Noen er brukere av tjenestene, andre skal yte dem. Dette bidrar til å underbygge kompleksiteten i det å skulle vurdere hva som *egentlig gjør* at samhandling i enkelte tilfeller fungerer godt, mens det i andre sammenhenger ikke fungerer etter intensjonen og gjør det vanskelig å skape ønsket helhet og sammenheng i tjenestene. Samhandling kommer også til uttrykk gjennom de samhandlingsverktøy som er tilgjengelige, hvor godt egnet de er og hvordan de benyttes.

Helhetlige behandlingsforløp

Det er et bredt spekter av virkemidler som må til for at pasientflyten skal styrkes. Bestemmelser i lov- og regelverk angir forventninger og krav til utforming og gjennomføring av tjenestene.

Kommunene har gjennom kommunehelsetjenesteloven en plikt til å samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat for å bidra til best mulig helhet i helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har på sin side ansvar for å gi råd og veiledning til kommunene og samarbeide med dem både generelt og spesielt i forhold til enkeltpasienter.

Fastlegen har en sentral behandlende og koordinerende funksjon i pasientforløpet og dermed et sentralt ansvar for å sikre pasientflyt og samhandling. Kommunene skal gjennom kravene til egen sykepleietjeneste bidra til å sikre intern og ekstern samhandling med øvrig helsepersonell. Kommunenes og spesialisthelsetjenestens rolle i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet gjennom blant annet krav om etablering av koordinerende enhet, er et annet sentralt virkemiddel som skal bidra i retning av bedre pasientflyt og samhandling.

Bestemmelsene knyttet til individuell plan finnes både for spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste. Disse er tenkt å være et sentralt virkemiddel både for tjenesteytere og tjenestemottakere med tanke på å få til en god samhandling om tjenestene og sikre helhet og sammenheng.

Det stilles krav om at det skal knyttes en pasientansvarlig lege til hver pasient innenfor spesialisthelsetjenesten. Denne skal bidra til å sikre kontinuitet i møtet mellom pasient og helsetjenesten gjennom samordnet behandling og kommunikasjon. Pasientansvarlig lege skal også være en kontaktperson mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Lovverket stiller krav til helsepersonell om at det skal samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det, uavhengig av hvilket forvaltningsnivå tjenestene ytes på gitt begrensningene i annet lovverk.

Tjenesteapparatet står overfor flere store endringer som underbygger behovet for styrket samhandling; det blir flere eldre med sammensatte lidelser, flere kronisk syke, økende spesialisering på sykehus, større bredde i behandlingstilbudet utenfor sykehus og teknologiske nyvinninger.

Kompetanse / kvalitet

En forutsetning for å yte gode tjenester er at man har godt kjennskap til pasienten og pasientens behov. Så langt tyder det på at en sentral utfordring er mangelen på helhetlig planlegging med et tverrfaglig perspektiv og kriterier for avklaring av riktig behandling, på riktig nivå og på riktig arena. Dessuten er det rom for større grad av styring og tydeligere prioritering av de ressurser som har et direkte ansvar for å sikre helhet for pasienten. Leger/fastleger har en sentral rolle i arbeidet med å påvirke, styre og tilrettelegge for optimal ressursbruk.

Pasientfokus og brukermedvirkning

Ansvars- og oppgaveavklaringer er i en del tilfeller ikke tilstrekkelige og kompetansebehovene mellom 1. og 2. linjetjenesten er ikke samstemt. Det kommer til uttrykk gjennom den økende grad av spesialisering. For å utjevne dette er det behov for større grad av gjensidighet i kompetanseoverføring. Det er også en utfordring at kompetanseutvekslingen pr i dag ikke imøtekommer det reelle behovet som finnes. Det er ønske om større grad av involvering og aktiv deltakelse i forbindelse med diagnostisering og behandling av pasienter.

I dag synes det å være for lite fokus på en systematisk og helhetlig tilnærming til hvordan ulike sider ved tjenesteutøvelsen faktisk virker og har effekt for den enkelte pasient og pårørende, men også for tjenesteyterne og tjenesteapparatet i sin helhet. Det tyder på at pasientfokus i større grad kan styrkes og anvendes i forbedringsøyemed. Ressursinnsatsen synes ikke i tilstrekkelig grad å være godt nok tilpasset pasientbehovene.

Standard for tjenesteutøvelse

I Vestfold mangler det felles standarder for tjenesteutøvelsen på flere områder. Sett fra brukernes side legges det stor vekt på å kunne få et kvalitativt godt behandlings- og rehabiliteringstilbud så nært hjemmet som mulig. De er også opptatt av ulike måter å få bedre kontinuitet i behandlingen og dermed større trygghet i ulike faser.

Ledelse

En gjennomgang av ulike helsefaglige prosjekter i Vestfold viser at prosjektene i begrenset utstrekning er koordinert og samordnet i forhold til planlegging, gjennomføring og anvendelse. Dette får konsekvenser for mulighetene til å vurdere nytteverdien for andre enn de som er direkte involvert.

Utfordringene understrekes ytterligere ved at det ofte ikke er samsvar mellom ambisjonene for prosjektene, prosjektutøvelse og videreføring i permanent drift.

På bakgrunn av utfordringene er det behov for en samordnet innsats for å styrke helhet og sammenheng i tjenesteutvikling og tjenesteyting. Det er behov for en overordnet strukturering og systematisering av dette arbeidet. En styrking av denne siden ved tjenestene vil få stor og direkte betydning for faglig kvalitet og pasientens opplevelse av tilbudet. Dette vil legge grunnlaget for bedre fundert planlegging og oppfølging av et pasientforløp, noe som vil gi pasienten større forutsigbarhet og trygghet.

Generelt er det rom for i større grad å se nytten av og legge til rette for samarbeid og gjensidig involvering på tvers av kommunegrensene og mellom 1 og 2 linjetjenesten.

Det vurderes å være formålstjenlig dersom lov- og regelverk i større grad løftes fram som premiss for tjenesteytingen. Kjennskapet til og kunnskapen om rammebetingelsene varierer også. Lov- og regelverk betraktes til en viss grad som sekundært i forhold til det faglige arbeidet som gjøres og de strukturelle rammene det jobbes innenfor. Bestemmelse i lov- og regelverk oppleves nok til en viss grad heller begrensende enn stimulerende for samhandling og nyskaping innenfor tjenesteutøvelsen.

IKT

Informasjons- og kommunikasjonsteknologien (IKT) kan brukes som verktøy i samhandlingen. Helsenett gir muligheter til sikker og rask meldingsinformasjon og overføring av epikriser. Det bør fokuseres på å få dette på plass som verktøy for god og sikker informasjonsoverføring.

Den teknologiske utvikling gjør det mulig å benytte et stadig bredere spekter av virkemidler til flere formål og på flere arenaer. Om de vil virke positivt i samhandlingsøyemed vil være avhengig av flere forhold, blant annet av funksjonalitet i forhold til behov, infrastruktur, standardisering, tjenesteyterne og tjenestemottakernes kunnskap og vilje til å ta ulike teknologiske verktøy i bruk.

Bedre utnyttelse av helsenett er et felles satsingsområde.

Finansiering

Fornuftig pasientflyt mellom nivåene begrenses i mange tilfeller av et uhensiktmessig finansieringssystem. Kommunene får rammeoverføringer fra staten til sin drift. Rammetilskuddet er bl a basert på alderssammensetning i befolkningen og en rekke andre objektive kriterier. Kommunene får de samme statlige overføringene uansett om de er raske til å ta imot ferdigbehandlede pasienter fra sykehusene eller ikke. Sykehuset får ca 60 % av sin finansiering som basistilskudd, og ca 40 % som innsatsstyrt finansiering. For sykehusene er det økonomisk gunstig å overføre pasienter til kommunene så raskt som mulig, mens det for kommunene er økonomisk gunstig at pasientene behandles på sykehuset lengst mulig.

Endringer i finansieringsmodell må til for at pasientene skal få en mer helhetlig og sammenhengende helsetjeneste. Dette er et sentralt element i samhandlingsreformen.

3 FORSLAG TIL TILTAK, MODELL FOR SAMHANDLING I VESTFOLD (SAVE)

3.1 Innledning

Samhandling skal styrke helse og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert måte. Flere forskningsrapporter viser at systematisk, målrettet og strukturert samhandling mellom sykehus og kommune gir resultater¹. Gode samarbeidsrelasjoner oppnås gjennom faste og strukturerte arenaer for samhandling mellom likeverdige parter.

Behovet for mer kontinuitet og systematikk i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten understrekes også i regjeringens budsjettforslag for 2009. I dag finnes det få slike arenaer i Vestfold mellom kommunene og Sykehuset i Vestfold, og ingen som involverer politisk ledelse i kommunene.

På denne bakgrunn foreslås det at man i Vestfold iverksetter modell for samhandling i Vestfold gjennom arenaer både på faglig og strategisk / politisk nivå. Samhandlingen skal skje på felles arenaer mellom likeverdige parter.

- SAVE skal være et sentralt virkemiddel for å styrke strategisk og operativ samhandling mellom sykehuset i Vestfold og kommunene i Vestfold.
- SAVE skal danne grunnlaget for praktiske prioriteringer og legge grunnlaget for strategisk styring og anvendelse av helseressursene til beste for pasient og pårørende.

De faglige forane skal til enhver tid være basert på lov- og regelverk, myndighetskrav, utviklingstendenser og trender. Dette skal forankres og formidles på en måte som gjør det anvendbart for tjenesteutøvere og bidra til å sikre større grad av helhet og sammenheng i tjenestene.

3.2 Hovedmål for samhandling

Samhandlingen (SAVE) skal:

- være en drivkraft i samhandlingen for å få helhetlige tjenester til beste for pasient og pårørende.
- legge grunnlaget for helhet og kontinuitet i pasientforløp og de enkelte behandlingslinjene ved å gi et overordnet, helhetlig og samordnet tilbud.
- 2sørge for bedre systematikk i samarbeid og kompetanseoverføring fra sykehus til primærhelsetjenesten og omvendt.
- sørge for bedre ressursanvendelse i forhold til bruk av kompetanse og økonomiske midler.

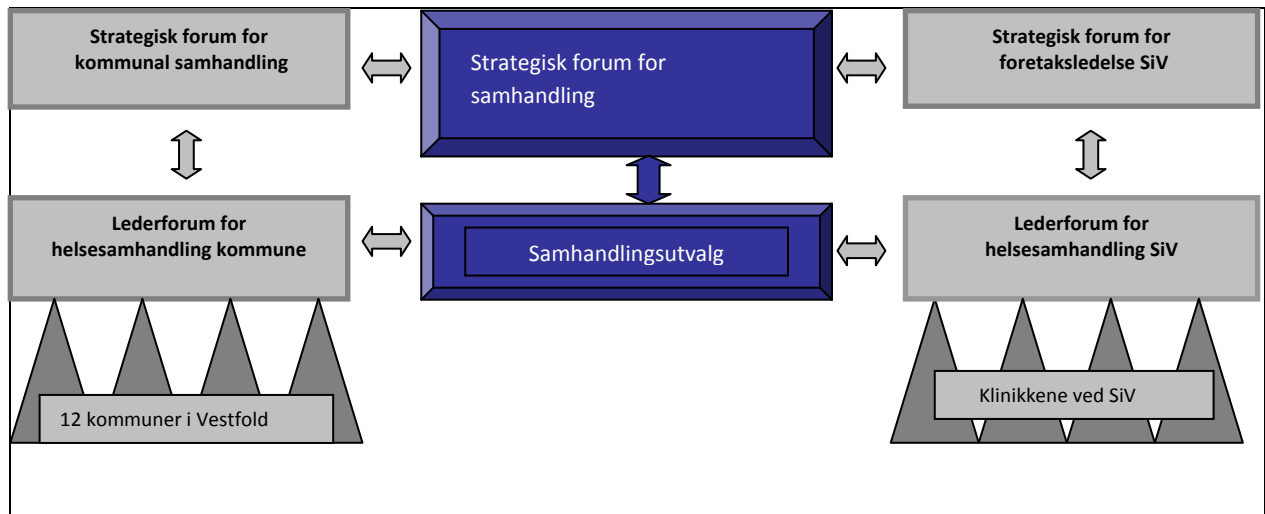
3.3 Organisering og styring

Modell for samhandling i Vestfold (SAVE) er basert på tre hovedelementer: A: En felles del., B: En kommunal del og C: En sykehus del

¹ http://www.ks.no/upload/94178/064004Rapport_samh.pdf

3.3.1 Modell for samhandling i Vestfold (SAVE)

Samhandlingsarenaene illustreres slik:



A Felles del: Strategisk forum for samhandling og Samhandlingsutvalg

Strategisk helsetenkning

Innenfor rammene av endret oppgaveløsning mellom 1 og 2 linjetjenesten understrekes behovet for en helhetlig og gjennomgående tenkning. Kjernen i "Modell for samhandling i Vestfold" utgjøres av "Strategisk forum for samhandling" og "Samhandlingsutvalget". Her utformes den langsiktige kursen og de prinsipielle avgjørelsene som gir grunnlag for et helhetlig og et bedre koordinert helsetilbud i Vestfold.

Strategisk forum for samhandling

Her møter SiVs styreformann, administrerende direktør, fagdirektør, og øvrig strategisk personale fra SiV, samt strategisk forum for kommunal samhandling (rådmenn og ordførere). Leder av lederforum for helsesamhandling kommune og samhandlingssjef ved SiV er felles ansvarlig for saksforberedelse og sekretariat for forumet.

Strategisk forum skal ha et overordnet, strategisk fokus på utvikling, ressursstyring og samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten. De skal forene myndighetenes krav til oppgaveløsning og sørge for at det utformes lokalt tilpassede tilbud til beste for brukerne av helsetjenestene i Vestfold.

Forumet møtes 2-4 ganger årlig.

Samhandlingsutvalget

I Samhandlingsutvalget møter Lederforum for helsesamhandling kommune og Lederforum for helsesamhandling SiV samt en representant for brukerne. De skal legge til rette for og sikre iverksetting av den strategi som er bestemt i "Strategisk forum for samhandling".

Det legges opp til 6-10 møter pr år.

God strategisk helsetenkning innebærer blant annet å ha et helhetlig og strategisk fokus og tilnærming til behov for tjenester, hvilke tiltak som er best egnet, hvilken ressursinnsats og oppfølging dette vil kreve:

1. Tjenesteapparatet må ha presis og god kunnskap om behov for helsetjenester.
2. Tjenesteapparatet må vurdere mulighetene for å dekke behovene – hva er relevante tjenester for å dekke de ulike behovene på en best mulig måte og hvilken ressursinnsats er best egnet. Dette handler om hvem som skal yte tjenesten, hvor den skal ytes, og hvordan.
3. Tjenesteutøvelsen skal følges opp og effekt vurderes.

A. En strategisk helsetenkning fordrer at områdene 1-3 vurderes og systematiseres med tanke på å gi et best mulig helhetlig resultat og grunnlag for optimal tjenesteyting.

B. Samhandlingen er et verktøy for å nå gode resultater. Virkemidlene som må samspille for å gi best mulig samhandling illustreres i figur 4.

Figur 4. Tjeneste- og samhandlingsområder.

| PRAKSISFELTET | SAMHANDLING | | | |
|-------------------------------|---|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| | P L A N L E G G I N G | R E L A S J O N E R | A V T A L E R | R E S U L T A T |
| Behov og kapasitet | | | | |
| Utforming av behandlinglinjer | | | | |
| Utøvelse i pasientforløp | | | | |
| Resultat | | | | |

For å sikre en god og helhetlig innretning av tjenestene til pasientene må behov og kapasitet kartlegges. Sentrale nøkkelvriabler må identifiseres og tallfestes

og annen informasjon og kunnskap må skaffes til veie. Disse ses i sammenheng og vurderes.

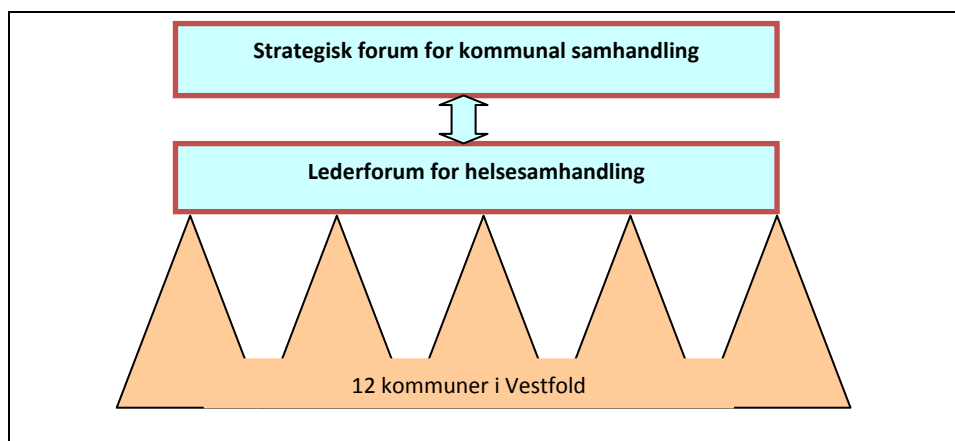
Utforming av behandlinglinjer baseres på hva som er beste tilnærming til de ulike diagnosegruppens behov. Utøvelsen i pasientforløpet handler om hvordan behandlingstilbudet kan gjøres optimalt for den enkelte pasient; hvilke ressurser det er behov for og hvordan disse skal brukes. Et sentralt spørsmål er om tjenestene har ønsket resultat i forhold til de målene som ligger til grunn for tjenestene.

Områdene danner grunnlaget for beslutninger om hvordan tjenestene skal innrettes og for samhandlingen som vil være nødvendig.

B. Kommunal del

Den kommunale modellen er basert på, og forutsetter, at kommunene samarbeider om, og løser i fellesskap, oppgaver som krever en større organisatorisk og faglig ramme.

Alle kommunene inngår i en felles struktur som setter kommunene i stand til å håndtere utfordringer i en mer helhetlig sammenheng og få bedre håndtering av ressurser. Samarbeid mellom kommunene er en forutsetning for å kunne løse utfordringer i samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten.



Noen kommuner går sammen i et tett interkommunalt samarbeid (jmf helsekommuner) for å løse helseutfordringer, f eks opprettelse av et felles rehabiliteringssenter, tilbud til kronisk syke og utskrivingsklare pasienter. Nye oppgaver til kommunene som følge av samhandlingsreformen vil trolig gjøre samarbeid om helseoppgaver svært aktuelt.

Strategisk forum for kommunal samhandling

Politisk forankring og styring:

Strategisk forum for kommunal samhandling skal bestå av alle kommunene i 12k representert ved ordførere og rådmenn. Alternativt basert på en utvelgelse av representanter fra samarbeidende kommuner.

I tillegg skal det delta en representant for brukerne i forumet.

Ansvarsområder:

Strategisk forum for kommunal samhandlings ansvarsområder:

- Strategisk planlegging
- Gi føringer for årlige satsningsområder og ressursstyring
- Vedtar lederforums økonomi
- Behandler prinsipielle saker
- Tar opp spørsmål av felleskommunal interesse

Lederforum for helsesamhandling kommune

Innledning

Lederforumet skal være selve drivkraften i strategisk planlegging og utvikling av en helsetenkning i kommunene som grunnlag for felles resultatopptåelse i samarbeid med 2. linjetjenesten der det er konsistens mellom klinisk hverdag og de rammene som former denne.

Forumet må ha en arbeidsform som etterspør og utvikler en systematikk i oppgaveløsningen og samhandlingen.

Forumet bør ha en bemanning i tråd med de funksjoner som legges til forumet. For å sikre kontinuitet og sammenheng bør forumet ha et lite sekretariat/ daglig ledelse.

I utgangspunktet har lederforum for helsesamhandling stor grad av selvstendig ansvar for å ta fatt i oppgaver og felles utfordringer. Dette vil måtte gjøres innenfor det handlingsrom som er gitt gjennom lov- og regelverk og andre føringer nasjonalt og lokalt. Forumet er også sekretariat for strategisk forum for kommunal samhandling.

Lederforum for helsesamhandling skal koordinere kommunene slik at kommunen i Vestfold fremstår som en samkjørt samarbeidspartner for sykehuset. Lederforum skal også vurdere muligheter for samarbeid mellom kommunene innenfor områder som krever spesialiserte kommunale tjenester, som for eksempel rehabilitering og lindrende behandling.

Lederforum for helsesamhandling skal ha fokus på de ulike fasene i pasientforløpet; fra pasient henvender seg til fastlege, undersøkelser blir gjort, henvisninger blir sendt, spesialistvurdering innhentet, behandling iverksatt og ulike varianter av oppfølgingstiltak blir bestemt og satt i verk. Fasene skal være retningsgivende og styrende for virksomheten og det tverrfaglige perspektivet som skal legges til grunn i de ulike fasene.

Dette forutsetter og stiller store krav til god informasjonsflyt mellom aktører på ulike nivåer.

Andre viktige forutsetninger for faglig forum for kommunal samhandling er:

- Smidig, effektiv og tilpasningsdyktige
- Pådriver for god tjenesteutøvelse
- Tydelig og konsekvent
- Initiativtaker
- Premissleverandør
- God på informasjon rettet mot brukerne av Faglig forum for kommunal samhandling

For at lederforum for helsesamhandling og resultatene av dens arbeid skal bidra til å optimalisere tjenesteytingen, er det enkelte andre forutsetninger som må være tilstede:

- God ledelse
- Gode og hensiktsmessige arenaer
- God kulturforståelse, vilje til utvikling gjennom samarbeid

Bruk av verktøy

Lederforum for helsesamhandling skal synliggjøre hva som er rimelige forventninger til tjenesteapparatet både på systemnivå og på utøvernivå. Det er et viktig utgangspunkt for å utvikle relevante og aktuelle verktøy som tjenesten er tjent med i form av standarder, retningslinjer/prosedyrer/rutiner, avtaler og indikatorer. Dette skal legge grunnlaget for å velge verktøy som er enhetlige og danner standarder som er gjennomgående og anvendbare uansett behandlingsnivå.

I tillegg vil forumet ha en sentral rolle i arbeidet med ulike teknologiske verktøy som allerede er i bruk og den videreutvikling som planlegges nasjonalt der målet er en helhetlig utvikling og drift av IKT-infrastrukturen i helsetjenesten.

Formidle fra forskning og utviklingsprosjekter, samt sikre oppfølging og videreføring

Lederforum for helsesamhandling skal være kjent med og kunne gjøre anvendbart for praksisfeltet det fag- og forskningsarbeidet som gjøres. I tillegg blir det viktig å ha et godt fokus på prosjektetablering, prosjektgjennomføring og anvendelse av resultater. Det er sentralt å sikre at prosjektetableringer er basert på et reelt behov, at de er samordnet og har nødvendig forankring. Prosjektresultater må vurderes opp mot behov og mulighetene for videreføring i drift. Forumet tar initiativ til evalueringer og sikrer at det skjer en systematisk og samordnet spredning av resultater.

Innholdet i prosjektene har relevans for de fleste kommunene. Effektene av planlegging, gjennomføring og implementering begrenses dersom prosjektene ikke tidlig innrettes og utvikles med tanke på å bli felleseie for hele 12k.

Dette illustrerer behovet for og understreker betydningen av forumets funksjon på dette området.

Kompetanse og økonomiske ressurser

Lederforum for helsesamhandling vil legge til rette for og sikres koordinert og effektiv bruk av kompetanse.

I dag etableres prosjekt på ulike områder med ulik ressursinnsats uten at dette er koordinert. Faglig forum for kommunal samhandling vil ha en viktig rolle i å se prosjektetablering og prosjektutvikling i sammenheng slik at ressursutnyttelsen kan bli best mulig.

Det vil være en viktig oppgave for faglig forum for kommunal samhandling å legge til rette for nettverksbygging og lage møteplasser for fagfolk i 1 og 2 linjetjenesten som gir mulighet for konkret oppgaveløsning. Lederforum for helsesamhandling vil i stor grad være avhengig av å ha gode relasjoner til aktuelle parter, og det er mange aktører som på ulike måter vil ha relevans for forumets virksomhet.

Informasjonstilrettelegging og formidling

Utteksling av informasjon mellom tjenestenivåene bør styrkes. Gjennom informasjon og kommunikasjon kanaliseres viktig kunnskap som når den fungerer optimalt, vil være et sentralt bidrag til å gi pasientene et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. I dag opplever tjenestefeltet til dels stor grad av tilfeldighet med tanke på hvem man får tak og når det skjer. Utfordringene er særlig stor i overgangene mellom de ulike fasene i pasientforløpet.

Lederforum for helsesamhandling kan på ulike måter bidra til å tilrettelegge for bedre informasjonsflyt ved å vurdere hva som er hensiktsmessige informasjonskanaler i forhold til ulike problemstillinger.

Lederforum for helsesamhandling skal ha fokus på å formidle og informere om ulike sider ved egen virksomhet. Det er sentralt å tydeliggjøre hvilke forventninger man kan ha til forumets virksomhet, og formidle status i saker som ligger innenfor forumets ansvarsområde. Det vil handle om å avklare hva forumets informasjonsrolle innebærer, hvordan den best blir ivaretatt og hvilke virkemidler som er best egnet.

Finansiering av lederforum for helsesamhandling

Lederforum for helsesamhandling blir tillagt mange oppgaver: saksbehandling og saksforberedelse, ledelse, sekretariat for strategisk forum for samhandling samt en rekke selvstendige arbeidsoppgaver. Det vil derfor være nødvendig å avsette ressurser til ledelse av dette forumet.

Styringsgruppen anslår at det bør avsettes minimum 50% stilling og noe driftsmidler til ledelse / sekretariat for forumet, totalt kr 375 000. Kostnadene fordeles på kommunene etter 12k-modell, dvs 50% fordelt fast pr kommune og 50% fordelt etter innbyggertall.

C. Sykehuset i Vestfold

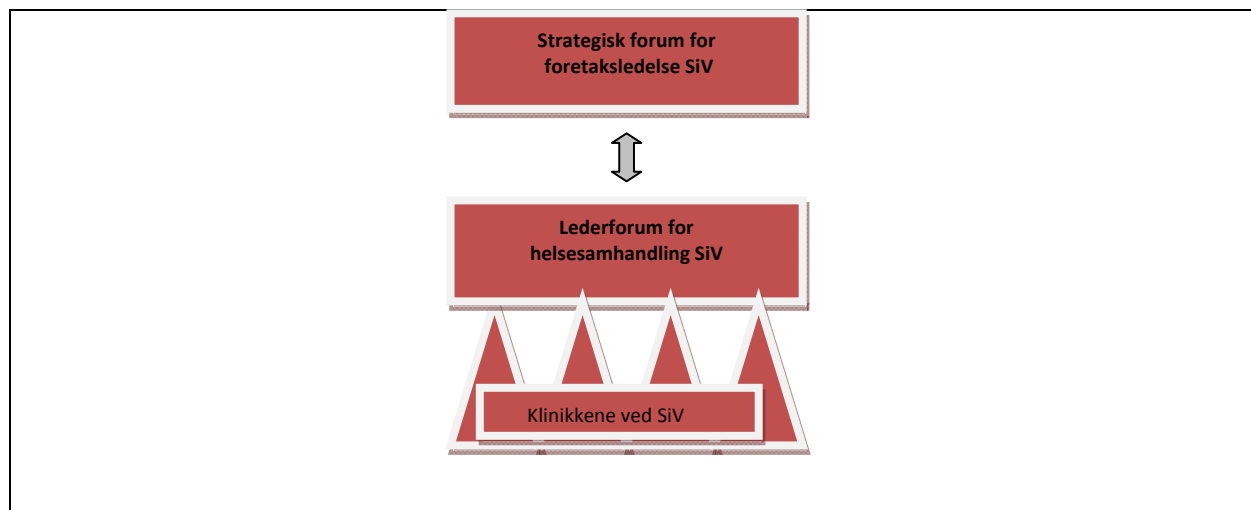
Strategisk forum for foretaksledelse, Sykehuset i Vestfold HF

Strategisk forum for foretaksledelse består av administrerende direktør og sykehusets styre. Forumet skal gi føringer for årlige satsningsområder, ha det overordnede ansvaret for ressursstyring og oppfølging.

Lederforum for helsesamhandling Sykehuset i Vestfold HF

Sykehuset er organisert i følgende klinikker; Medisinsk klinikk, Kirurgisk klinikk, Klinikk for diagnostikk, klinikk for prehospitaltjenester og en servicedivisjon. Lederforum for helsesamhandling består av samhandlingsenheten, klinikkensjefen og fagdirektør.

Enheten skal sikre god samhandling med fagmiljøene internt i sykehuset og med kommunehelsetjenesten. I dialog basert på gjensidig respekt og likeverdighet, skal dagsorden settes i samarbeid med relevante partnere for oppgaven.



3.4 Framdrift

Styringsgruppen foreslår at strukturen for samhandling (SAVE) gjennomføres snarest mulig.

4 EVALUERING

SAVE bør evalueres eksternt med fokus på etablering, drift og nytte for tjenesteutøverne. I tillegg legges det opp til interne evalueringer underveis. Uansett hvordan man velger å legge opp evaluering av virksomheten, er det viktig at dette blir gjort og satt i system, slik at man også har fortløpende muligheter for justeringer.

5 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

De viktigste utfordringene mellom 1. og 2. linjetjenesten som har kommet fram gjennom arbeidet er manglende arena for samhandling og beslutningstaking, ubalanse i kompetanse, mangelfull informasjonsflyt, fragmenterte helsetjenester, mangel på felles standard for tjenesteutøvelse, begrenset pasientfokus og mangelfullt fokus på hvordan tjenesteutøvelsen fungerer for brukerne.

Sentrale årsaker til dette er begrenset koordinering, dårlig strukturering, lite systematisering og begrenset formalisering. Den foreslåtte modellen styrker mulighetene for bedre pasientflyt og behandlingskvalitet gjennom samhandling.

Det foreslås i rapporten at det etableres en integrert modell for samhandlingsarenaer i Vestfold (SAVE). Modellen består av tre elementer i system; en felles del, en del for 1 linjetjenesten og en for 2 linjetjenesten.

Optimalisering av modellen forutsetter tydelig ledelse med nødvendig gjennomføringskraft.

Arenaene skal styrke grunnlaget for utvikling av tjenestene og vil være en forutsetning for målrettet vurdering av behov for etablering og utvikling av egnede tiltak som for eksempel intermediære avdelinger, ambulante team, lærings- og mestringssentra og rehabiliteringssentra. Effekten av disse vil være begrenset dersom de ikke settes inn og vurderes i en helhetlig sammenheng.

Arenaene vil gi et bedre grunnlag for å avklare og systematisere behov, samordne og effektivisere ressursbruk og etablere en målrettet og resultatorientert prosess mellom 1 og 2 linjetjenesten slik at den strategiske helsegevinsten styrkes. God strategisk helsetenkning innebærer blant annet å ha et helhetlig og strategisk fokus og tilnærming til behov for tjenester, hvilke tiltak som er best egnet, hvilken ressursinnsats og oppfølging dette vil kreve. Det mangler i dag strategier og arenaer for i større grad å utøve tjenester i fellesskap. Det medfører at aktørene i stor grad handler på egne vegne framfor å hente ut gode, helhetlige og samordnede løsninger. Tjenesteapparatets leveranser må ses i sammenheng og være forankret i en helhetlig strategisk tenkning.

Arbeidet skal rettes mot praksisfeltet og legge grunnlaget for et overordnet, helhetlig og samordnet tilbud. Kompetanseoverføring mellom 1 og 2. linjetjenesten skal styrkes og samarbeidet skal systematiseres. Kvaliteten på og effekten av tjenesteytingen skal styrkes gjennom en helhetlig og systematisk tilnærming.

6 VEDLEGG

6.1 Case Rehabilitering

6.1.1 Strategisk helsetenkning anvendt på rehabilitering

Den strategiske helsetenkningen som er skissert ovenfor eksemplifiseres her med case hjerneslag. Tenkningen er av generell karakter og kan anvendes på alle diagnoser og behandlingsforløp.

Case – et tenkt kommunesamarbeid på rehabiliteringsfeltet:

Kommunene Holmestrand, Re og Hof inngår et forpliktende samarbeid om å styrke kommunenes samlede rehabiliteringstilbud. Utgangspunktet for samarbeidet er at kommunene ønsker å optimalisere tjenesteytingen innenfor dagens rammer. Hjerneslag brukes som eksempel i case for å konkretisere strategisk helsetenkning.

Fakta om hjerneslag:

Insidens: 300 / 100 000 pr. år. Det betyr ca 14 500 hjerneslag i Norge pr. år. Av disse ca 3500 hatt hjerneslag tidligere. Ca 3/4 av hjerneslagspasientene er over 70 år og ca halvparten av pasientene er over 80 år. Dødeligheten er synkende, men antall slagtpasienter er stigende grunnet økt andel eldre i befolkningen. Antallet slagtilfeller vil sannsynligvis øke med ca 50 % fram mot 2030 grunnet økt andel av eldre i befolkningen. Av disse vil ca. 30% trenge spesialisert rehabilitering.

Hjerneslag er den 3. hyppigste dødsårsaken i Norge, etter hjertesykdom og kreft
Dødeligheten i løpet av første måned ca 15 - 20 %.

Ca 1/3 får en betydelig funksjonssvikt som gjør dem avhengige av hjelp fra andre.

Ca 1/3 får redusert funksjon, men forblir stort sett selvhjulpne.

Ca 1/3 blir tilnærmet symptomfrie.

Ca 20 % blir sykehjemspasienter.

Kilder.

Tiltaksplan for rehabiliteringstjenester i Helse Sør.2006

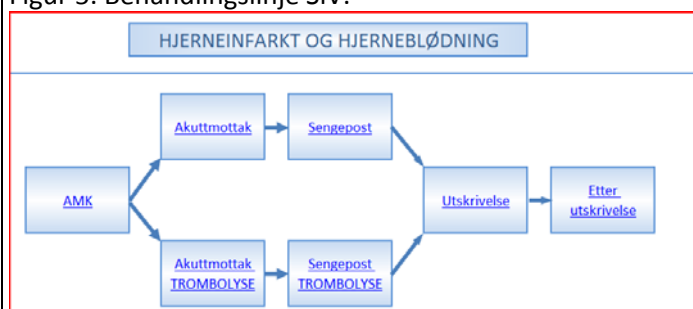
Veileder i rehabilitering av slagrammede, Statens Helsetilsyns veiledningsserie 4-1996

Rehabiliteringsforløp.

Rehabiliteringstilbudet til slagtpasienter baseres på etablerte faglige kriterier og nasjonale retningslinjer der de finnes, og en oppgave- og ansvarsfordeling i forhold til et definert behandlingsforløp.

Figur 5 viser hvordan spesialisthelsetjenesten, i dette tilfelle SiVs, skal ta i mot, behandle og skrive ut pasienter med hjerneinfarkt og hjerneblødning. Pkt. "Etter utskrivelse" handler om kommunenes mottak og videre oppfølging av pasientene.

Figur 5. Behandlingslinje SiV.



Behandling av hjerneslag.

Tabell 1 viser hvor mange pasienter fra kommuner i Vestfold som fikk behandling for hjerneslag ved Spesialistsykehuset for rehabilitering (SSR) og SiV i 2008. Kommunene Holmestrand, Re og Hof er markert spesielt i tabellen fordi kommunene utgjør eksempelet i caset.

Tabell 1. Antall pasienter fra Vestfoldkommuner som ble behandlet for hjerneslag ved hhv SSR og SiV i 2008.

| | Larvik | Sandefj | Stokke | Tbg | Re | Hol. str. | Lardal | Andebu | Nøtterøy | Tjøme | Horten | Hof | Vestfold |
|-----|--------|---------|--------|-----|----|-----------|--------|--------|----------|-------|--------|-----|----------|
| SSR | 10 | 12 | 3 | 17 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 6 | 2 | 70 |
| SiV | 131 | 140 | 24 | 115 | 18 | 30 | 12 | 5 | 54 | 19 | 77 | 13 | 638 |

Ressurssituasjonen.

Tabell 2 viser et utvalg nøkkelvariabler som er relevante for videre planlegging av kommunenes samlede rehabiliteringsinnsats. Tallene er basert på data fra Kostra – og vil kunne suppleres ved behov.

Tabell 2. Ressursfordeling kommunene Holmestrand, Hof og Re – et utvalg nøkkelvariabler rehabilitering.

| Navn på kommune | Legeårsverk pr 10 000 innb. (2007) | Fysioterapi-årsverk Pr 10 000 innb. (2007) | Årsverk til rehab. pr 10 000 innb. (k-helse + PLO) (2007) | Plasser i somatisk sykehjem/alders og sykehjem (2006) | Andeler (%) plasser til hab. / rehab. (2007) |
|-----------------|------------------------------------|--|---|---|--|
| Holmestrand | 8,9 | 8,4 | 6,2 | 55 | 9,1 |
| Hof | 5,8 | 7,2 | 2,4 | 27 | 0 |
| Re | 9,2 | 4,9 | 4,7 | 20 | - |

1. Behovskartlegging – og vurdering:

Den første fasen av en strategisk helseplanlegging er at kommunene Holmestrand, Hof og Re gjør en behovsavklaring knyttet til hjerneslag.

Antall innbyggere i de tre kommunene er ca. 21 000.

I 2008 ble 61 hjerneslagtilfeller fra Holmestrand, Hof og Re kommune behandlet på SiV. SSR gav et tilbud til 7 av disse pasientene (Prosjektsøknad SSR 2009). Kommunenes rehabiliteringsansvar tilsier at også de må kartlegge omfang og innhold i eget tilbud til slagpasienter i 2008.

Behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten avklares. Dette skjer i et samarbeid mellom 1 og 2 linjetjenesten og er forankret i behandlingslinjer som favner et forløp både i 1 og 2 linjetjenesten, og som omfatter standarder for behandlingssinnhold og kvalitet.

For Holmestrand, Re og Hof vil det si at:

Ca 20 pasienter får en betydelig funksjonssvikt som gjør dem avhengige av hjelp fra andre.

Ca 20 pasienter får redusert funksjon, men forblir stort sett selvhjulpne.

Ca 20 pasienter blir tilnærmet symptomfrie.

Ca 20 % blir sykehjemspasienter.

Basert på dette gjøres en vurdering av hvem og hvor mange som er tjent med hjemmebasert rehabilitering, døgnbasert rehabilitering eller en kombinasjon av disse. Det må vurderes hvordan tilrettelegge for de ulike pasientgruppene på en måte som gjør at funksjonsevnen bedres og flere blir

mer selvhjulpne. Til grunn for dette legges en vurdering av pasientenes funksjonsevne og individuelle mål basert på egne klassifiseringer, for eksempel FIM - scores.

Det er viktig å forebygge slik at det ikke oppstår nye sykdomstilfeller som gir ytterligere fall i funksjonsnivå og for å begrense varighet (sekundærforebygging). Erfaringer viser til betydningen av å få oppfølgende vurdering og behandling. Dersom man lykkes på dette området vil behovet for bistand fra tjenesteapparatet reduseres fordi pasienten opplever større grad av mestring. Klarer man også å få til et godt samspill mellom pasient, pårørende og tjenesteapparat vil effektene av rehabiliteringen ytterligere forsterkes. Kommunene vil få større effekt av sitt tjenestetilbud og pasient og pårørende vil bli bedre ivaretatt og oppleve større grad av trygghet. Sekundær kommunal forebygging vil hindre 6 slag pr. år pr. 100 000 (ref?). For Vestfolds del vil det si 13 pasienter pr. år.

Rehabiliteringsfeltet og utvikling på området vil måtte ses i sammenheng med helsetjenestens øvrige tjenestetilbud og målgrupper, og hvordan man bør innrette seg best mulig.

Den andre fasen av en strategisk helseplanlegging handler om:

a. Hvem som skal yte tjenestene

Et viktig utgangspunkt for rehabilitering av slagpasienter er at tjenestene skal ytes på lavest effektive omsorgsnivå (LEON -prinsippet). Det betyr at man i så stor utstrekning som mulig skal legge til rette for at rehabilitering og opptrening kan gis i pasientens eget hjem/nærmiljø. Dersom pasienten har behov for mer tilrettelagt og spesialisert tilbud gis dette i institusjon enten døgnbasert eller som dagtilbud.

Funksjonsfordelingen mellom 1 og 2 linjetjenesten er av stor betydning for utforming og innhold i ulike faser av et behandlingsforløp. Oppgave- og ansvarsfordelinger gjøres i et samspill mellom 1 og 2 linjetjenesten.

Kommunene planlegger sitt tjenestetilbud i tråd med de omforente oppgave- og ansvarsavklaringer som er gjort mellom 1 og 2 linjetjenesten og de kriterier som ligger til grunn for disse. For Holmestrand, Hof og Re var det i 2008 7 av 61 pasienter som fikk tilbud på SSR. Kommunene vet hvilke kriterier som ligger til grunn for inntak og utskrivning i spesialisthelsetjenesten av slagpasienter. Dette er kriterier som partene samarbeider om slik at de tilpasses begge parters kapasitet og kompetanse slik at tilbudet til pasientene optimaliseres.

I løpet av første halvdel av 2008 hadde Holmestrand, Hof og Re til sammen 136 ekstra liggedøgn ved nevrologisk avdeling på SiV fordelt på 20 pasienter (tall fra SiV august 2008). Dette antyder at kommunene ikke har tilstrekkelig kapasitet til å motta ferdigbehandlede pasienter eller at pasientene meldes som utskrivningsklare for tidlig. For å kunne avklare hva som er den faktiske situasjonen og den beste løsningen for pasienten må de omforente kriteriene brukes som grunnlag for avklaringer.

Kommunene gjennomgår dagens ressursituasjon og ulike nøkkelvariabler (jf. tabell 2) knyttet til rehabilitering, og vurderer på den bakgrunn hvordan de samlede ressursene kan bidra til å styrke både det hjemmebaserte og institusjonsbaserte rehabiliteringstilbudet for slagpasienter. Ressursituasjonen og ressursanvendelsen slik den uttrykkes i tabell 2 ovenfor, viser at mindre kommuner som Re og Hof kanskje verken har behov for eller mulighet til å etablere egne rehabiliteringsplasser i institusjon hver for seg. Men det utelukker ikke at kommunene likevel gir et godt rehabiliteringstilbud til sine slagpasienter innenfor de rammer de har til rådighet.

Det er sentralt at det etableres riktig kapasitet for tjenestene. Større tjenesteytende enheter vil i mange tilfeller ha større og bedre forutsetninger for å være en del av og kunne bidra i arbeidet med å

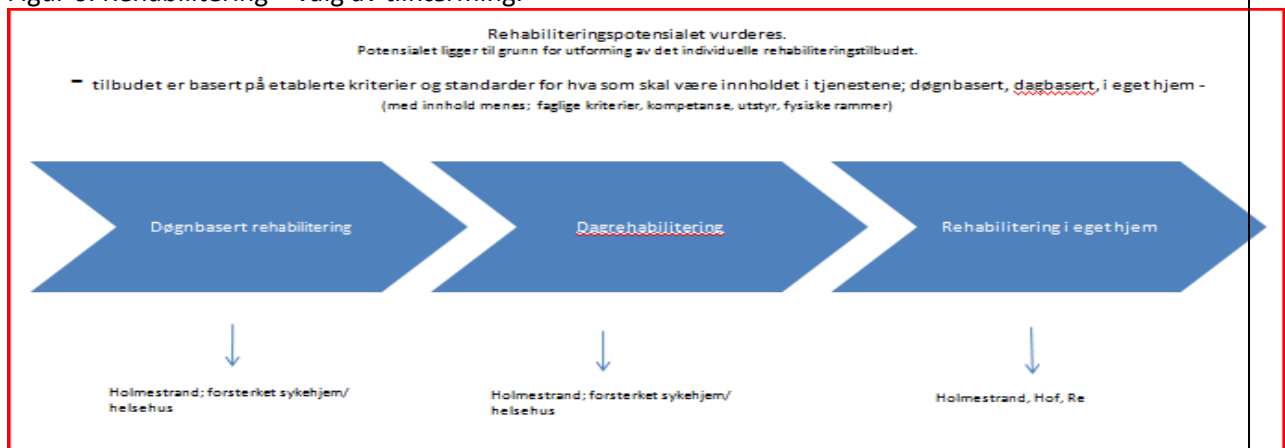
gi et mer helhetlig rehabiliteringstilbud. Dette gjøres ved at ressursinnsatsen ses i en større sammenheng og dermed brukes mer effektivt.

Kommunene samarbeider nå om hvordan de samlet sett kan innrette seg slik at rehabiliteringstilbudet optimaliseres innenfor rammene av de tre kommunene. Rehabiliteringstilbudet kan differensieres innenfor følgende områder (jf. figur 6):

- Døgnbasert rehabilitering
- Dagrehabilitering
- Rehabilitering i eget hjem

Kommunenes vurderinger av omfang, innhold og arenaer ses i sammenheng med tilsvarende utviklingsarbeid på rehabiliteringsfeltet i 12k for øvrig noe som kan gi en optimal arbeidsdeling på feltet.

Figur 6. Rehabilitering – valg av tilnærming.



Kommunene enes nå om å styrke det allerede eksisterende døgnbaserte rehabiliteringstilbudet ved at Holmestrand øker antall rehabiliteringsplasser i institusjon og styrker kompetansen hos personalet. I tillegg opprettes tilbud om dagrehabilitering ved samme institusjon. Øvrig rehabilitering skjer i eget hjem.

Dette skjer på bakgrunn av en vurdering av KOSTRA-tallene om dagens kapasitet, volum og kompetansesituasjonen. Kostnadene fordeles etter en avtalt fordelingsnøkkel. Kriterier for hvilke pasienter som skal kunne benytte plassene utarbeides i samarbeid mellom kommunene. Fordeling av plassene skjer via en felles koordinerende enhet.

For den enkelte pasient gjøres en vurdering av rehabiliteringspotensialet. Potensialet ligger til grunn for utforming av det individuelle rehabiliteringstilbudet. Tilbudet er basert på etablerte kriterier og standarder for hva som skal være innholdet i tjenestene; døgnbasert, dagbasert, i eget hjem.

b. Hvordan tjenestene skal ytes

Kommunene utformer i fellesskap det kommunale rehabiliteringsforløpet i forlengelsen av SiVs behandlinglinje (jf. figur 1). Det utarbeides blant annet kriterier relevante for ulike faser i rehabiliteringsforløpet, krav vedrørende behandlingsplaners innhold, hva som skal være tjenestenes innhold og hvilke pasienter som skal bruke dem.

Det samlede tilbudet til slagpasienter forankres i etablerte faglige kriterier og nasjonale retningslinjer der de finnes. Oppgave- og ansvarsfordelingen avtales i et samarbeid mellom 1 og 2 linjetjenesten. Dette er sentralt fordi rehabilitering av slagpasienter krever en bred tverrfaglig tilnærming der kommunenes og spesialisthelsetjenestens ressurser ses i sammenheng. Det utarbeides avtaler for hvordan og i hvilket omfang spesialisthelsetjenestens ressurser kan benyttes i de ulike fasene i rehabiliteringen, for eksempel bruk av mobile ressurser. Kommunene har en helhetlig strategi for hvordan de også skal benytte sine legerressurser; på hvilke arenaer, i hvilket omfang og hvilket innhold skal bruk av legeressursene ha. Det handler om å tydeliggjøre forventninger og krav, slik at ressursene brukes mest mulig i forhold til legevaktjeneste, på sykehjem, i hjemmet, i samhandlingen mellom 1 og 2 linjetjenesten osv.

I tillegg må bruk av andre ressurser som for eksempel TrygghetsNett (12k satsing), telemedisin og øvrig teknologisk infrastruktur som blant annet felles elektroniske pasientjournaler, vurderes og integreres i rehabiliteringsforløpet .

Den tredje fasen av en strategisk helseplanlegging handler om:

Hvordan tjenestene skal følges opp:

Oppfølging av tjenestene er forankret i en allerede utarbeidet målstruktur for tjenesteytingen med tilhørende indikatorer. Disse anvendes for å følge utviklingen over tid og for å kunne dokumentere og vurdere forhold som gjelder både det direkte pasientarbeidet og samarbeidet internt i kommunene, mellom kommunene og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Eksempelvis er følgende prosesser sentrale i rehabilitering av slagpasienter (Dagfinn Thorsvik 2008, leder arbeidsgruppe Nasjonale retningslinjer for hjerneslag Helsedirektoratet):

- Kartleggingsverktøy og funksjonsvurdering
- Målsetting – rehabiliteringsplan
- Møter med bruker, familie, tverrfaglige team
- Opplæring av brukere, pårørende og hjelpere
- Individuell plan

Disse prosessene må inngå i en helhetlig vurdering av hvordan tjenestene virker og følgelig bør følges opp videre. Resultater må kunne sammenlignes med nasjonale og internasjonale utviklingstrekk.

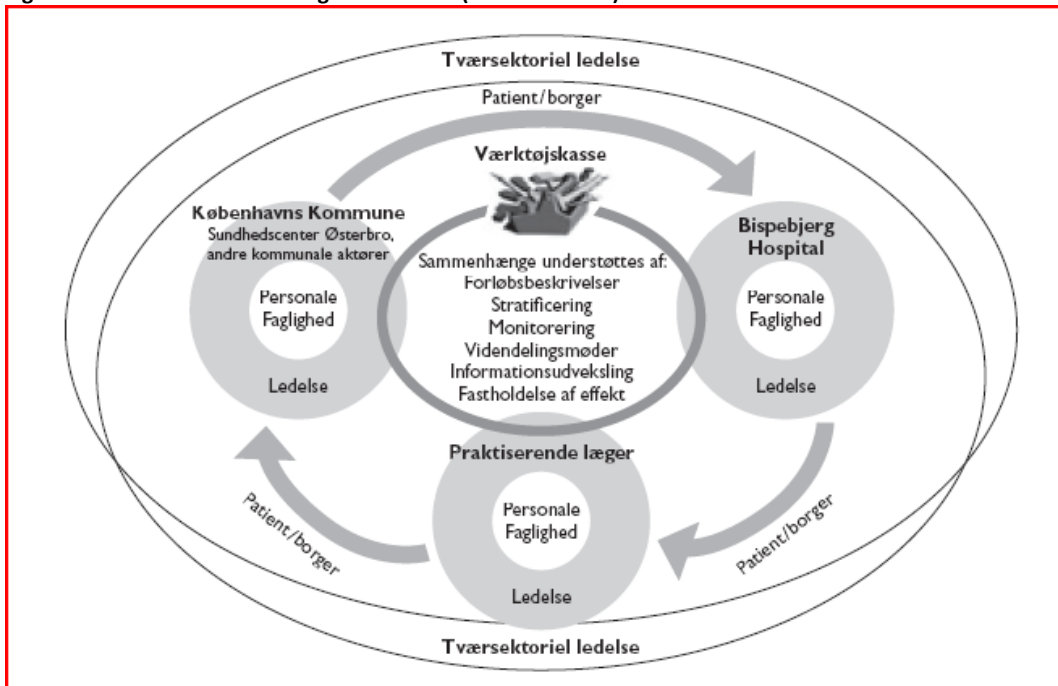
Rehabiliteringsfeltet og utvikling på området vil måtte ses i sammenheng med helsetjenestens øvrige tjenestetilbud og målgrupper, og hvordan man bør innrette seg best mulig. Det innebærer at også prosjekter som i utgangspunkt synes å ha et noe ulike fokus likevel har mange fellestrekk som berører pasienter i ulike faser i behandlingen uansett diagnose og som har klare berøringspunkter.

Faglig forum for kommunal samhandling vil være en sentral aktør også for de tre kommunene i alle faser av arbeidet. Hvorfor og på hvilken måte er utdypet i punktene ovenfor.

Et konkret rehabiliterende fokus basert på arbeid i Danmark (SIKS):

Gjennom prosjektet SIKS er det laget arenaer for tjenesteyting for mennesker med kroniske lidelser i et samspill mellom kommuner og sykehus basert på konkrete behandlingsforløp, tydelige avtaler og tverrfaglig kompetanse. Arbeidet som ligger til grunn for dette er modell for sammenhengende innsats for mennesker med kroniske sykdommer (SIKS) (jf figur 7). I tabell 4 nedenfor konkretiseres sentrale momenter i samhandlingen mellom ulike aktører; oppgaver og utfordringer.

Figur 7. Modell for sammenhengende innsats (SIKS-modellen)



Tabell 3. Ny kommunal organisering – Sunnhetsentre med rehabilitering – SIKS

| Design: | Prinsipp: | Problem/Barrier: |
|---|--|---|
| Organisatorisk form | Tjenester er geografisk plassert på flere områder i kommunen for å bedre tilgangen | |
| Forløpsbeskrivelser | Felles for fastlegen, sykehuset og kommunen | Fastlegen bør være involvert |
| | Profesjonell sparring tvers av sektorer gjennom komplekse forløp | |
| Proessen: | | |
| Forebygging | Systematisk identifisere eldre med risiko og følge opp endringer | Kompetensløft nødvendig for tjenester i hjemmet |
| Henvisning | Fastlege som gatekeeper | Uhåndterlige og vanskelig forståelige kriteriene |
| | 1. og 2. linjetjenestens prioriteringsprinsipper (bl.a.): Hindre forverring av funksjon | |
| Funksjonsmåling | Bør gjennomføres ofte for å forbedre forebyggende arbeid | |
| Informasjon og kommunikasjon med fastlegen, sykehuset og kommunen, innen kommunen og mellom sykehus | Kan forbedres for å fremme funksjonell uavhengighet og bedre livskvaliteten for eldre | Felles språk og mål mangler ofte; digital teknologi og tid sammenfaller ofte ikke |
| Kvalitetsstandarder | "Vedlikehold-trening" og trening i eget hjem | Dårlig bruk av kommunale kvalitetsstandarder |

Dette er et eksempel på hvordan en strategisk helsetenkning kan anvendes i praktisk tjenesteutøvelse.

6.2 Helsekommuner i Vestfold; et mulig virkemiddel

6.2.1 Innledning

- Skal vi få til bedre helsetjenester, må mer av behandlingen flyttes ut i kommunene. Men de fleste av dagens kommuner er for små til å kunne påta seg ansvaret alene. Samhandlingsreformen vil kreve at kommuner samarbeider tettere, sier helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen.

Signaler fra Helseministerens arbeid med samhandlingsreformen tyder på:

1. Kommunene skal spille en større og tydeligere rolle i pasientforløpet.
2. Det vil legges til rette for etablering av "helsekommuner" slik at kommunene i fellesskap blir bedre i stand til å løse oppgavene rundt pasienten på en mer helhetlig måte. Kommunene vil kunne bli mer aktive og deltakende i arbeidet med å diagnostisere pasientene og raskere kunne ta imot pasienter som er klare for utskrivning fra sykehus. Dette forutsetter en styrking av kompetansen innenfor eksisterende og nye funksjonsområder.
3. Dagens finansierings- og stimuleringsordninger vil endres.
4. Det vil bli etablert et system for bedre helhetlige kommunale legetjenester.

"Den nye samhandlingsreformen som er under utarbeidelse, har som mål at mer av helsetjenestene skal foregå nærmere der pasienten bor. Innbyggerne skal få flere spesialiserte helsetjenester lokalt, både når det gjelder forebyggende helsearbeid, behandling og oppfølging av kronisk syke og eldre. Det innebærer at oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten."
(Regjeringens hjemmeside).

Et hovedspørsmål er hvilke konsekvenser dette vil få for hvordan kommunene i Vestfold og SiV innretter sitt tjenestetilbud i tråd med en tenkning omkring "helsekommuner".

6.2.2 Helsekommune

En helsekommune er en organisatorisk enhet bestående av et visst antall kommuner som skal yte et samlet og helhetlig tjenestetilbud til sin befolkning.

Helsekommunen skal ha et selvstendig ansvar for å løse mer spesialiserte helseoppgaver som ikke lenger vil bli gjort innenfor spesialisthelsetjenesten.

6.2.3 Hva ønsker man å oppnå ved å ha egne helsekommuner?

Et viktig utgangspunkt for tanken om etablering av helsekommuner er at større kommunale enheter vil ha bedre forutsetninger for å gi mer av behandlingen i kommunene. Helsetjenestene skal gis nærmere der pasientene bor og de spesialiserte tjenestene skal i større utstrekning gis lokalt. Kommunene vil få overført oppgaver fra spesialisthelsetjenesten slik at syke kan unngå sykehusinnleggelse eller at kronikere må reise lange avstander for å få behandling.

6.2.4 Hva skal binde helsekommunen sammen?

Mange av landets kommuner har ikke på egenhånd anledning til å etablere mer spesialiserte tilbud og må derfor inngå i mer forpliktende samarbeid. I forbindelse med regjeringens samhandlingsreform vil det etableres juridiske, finansielle og elektroniske grep "for at framtidens helsekommuner skal bli mest mulig robuste" (Redaksjonell artikkel HOD 19.12.08).

Hvilke grep som blir tatt for å muliggjøre dette, vil først foreligge i forbindelse med presentasjonen av samhandlingsreformens innhold i juni i form av en egen stortingsmelding.

Forprosjektet har på selvstendig grunnlag gjort en vurdering av hvordan en eller flere, helsekommuner i Vestfold kan framstå. På bakgrunn av de føringer som i dag er kjent og som vil ligge til grunn for utforming og innhold i framtidens helsetjenestetilbud vil det skisseres en mulig løsning for etablering og videreutvikling av helsekommuner.

6.2.5 Sentrale mål og premisser for framtidens helsetjenester

Den videre utviklingen av dagens helsetjenester vil være basert på noen overordnede mål der styrking av kommunehelsetjenesten og ytterligere vektlegging på det forebyggende perspektivet vil stå sentralt.

Gjennom regjeringens samhandlingsreform vil legale, finansielle og teknologiske virkemidler som skal bidra til å styrke koordineringen mellom sykehus og kommuner skisseres med mål om å gi et bedre og mer helhetlig tilbud til pasientene.

Til grunn for dette ligger prinsippene om en oppgaveendring der mer av de spesialiserte helsetjenestene skal gis lokalt, noe som innebærer at kommunene må styrke sin forebyggende, diagnostiske, behandlende og rehabiliterende funksjon.

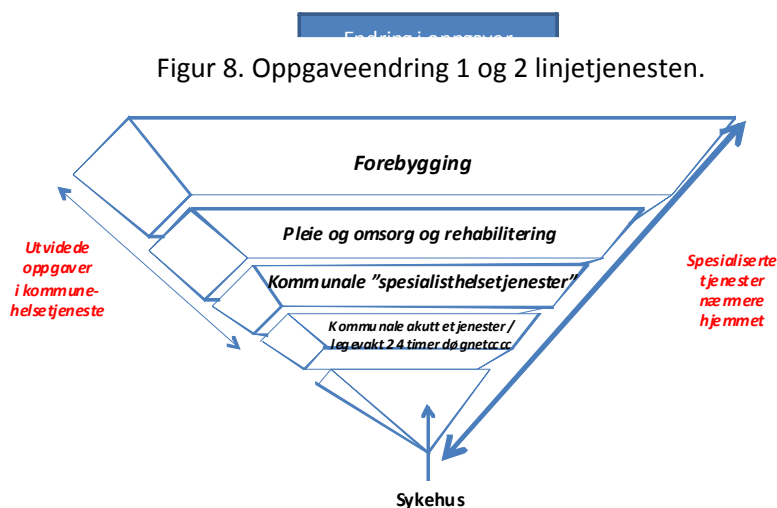
Skisse for å belyse endringer i oppgaver mellom 1 og 2 linjetjenesten framgår av figur 8.

6.2.6 Oppgaveinnholdet i en "helsekommune"

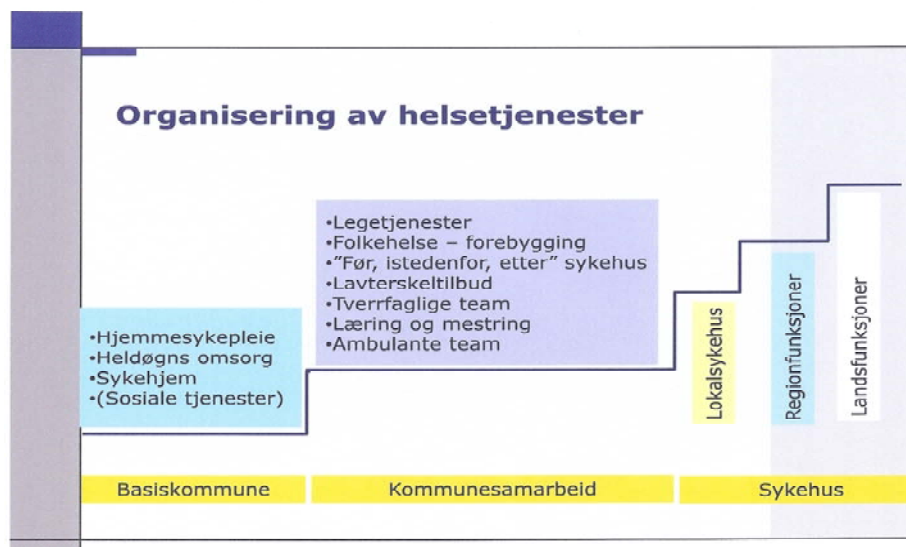
Hovedspørsmålet her er hvilke oppgaver - i et helhetlig pasientforløp – er det meningen at en helsekommune skal ivareta og hvilke virkemidler må den ha til rådighet.

Det er flere områder som vil bli berørt både organisatorisk og innholdsmessig. Generelt synes det å være et behov for mer systematisert bruk av legetjenestene i sin helhet, særlig i forhold til fastlegene og legevaktstjenesten. Folkehelseperspektivet og det forebyggende arbeidet er et annet område som vil kreve et tettere kommunesamarbeid. Kommunenes helsetjeneste vil samlet sett få større ansvar for deler av pasientforløpet gjennom større vektlegging av for eksempel lavterskeltilbud, tverrfaglige team, ambulante team. Dette får konsekvenser for kommunenes kompetanseprofil, deres tilgang på og bruk av egnede arenaer/lokaliteter og hjelpemidler som samlet sett skal bidra til å optimalisere behandlingen i kommunene.

Figur 9 skisserer fremtidens organisering av helsetjenester (Statsråd Hansens framlegg i møte med KS 9. februar 2009).



Figur 9. Organisering av helsetjenester.



Spesialisthelsetjenestens ansvar for å gi råd og veiledning til kommunene og deres bidrag direkte overfor pasienter etter behandling i spesialisthelsetjenesten vil kreve en mer systematisert og strukturert måte å jobbe på og større behov for å se tjenesteytingen i en helhetlig sammenheng. Hvordan dette skal utformes og det konkrete innholdet vil partene i fellesskap måtte finne ut a

6.2.7 Valg av "helsekommuner" i Vestfold

Forprosjektet tar ikke mål seg av å foreslå hva som skal være de(n) ideelle "helsekommunen" i Vestfold. Derimot antydes det noen parametre som vil kunne være nyttige i det videre arbeidet med å utforme "helsekommuner". Hvordan dette skal skje og hva som vil knytte kommunene sammen i et eventuelt samarbeid vil i stor grad være avhengig av hvilke ressurser som er tilgjengelige, hvordan disse brukes og hvor det vil være gevinster å hente.

Tabell 4 angir noen ressursområder det kan være hensiktsmessig å ta i betraktning. Tallene er basert på Kostra og SSB, og gir en indikasjon på hvordan ressursene fordeler seg i fylket.

Tabell 4 . Ressursfordeling Vestfold.

| Navn på kommune | Antall innb. pr 1.1.09 (SSB) | Legeårsverk pr 10 000 innb. (2007) | Fysioterapi - årsverk Pr 10 000 innb. (2007) | Årsverk til rehab. pr 10 000 innb. (k -helse + PLO) (2007) | Plasser i somatisk sykehjem/ alders og sykehjem (2006) | Andeler (%) plasser til hab. / rehab. (2007) | Netto driftsutg. til diagnose, behandl. og rehab. pr innb. (2007) |
|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|---|
| Horten | 25 098 | 7,4 | 5,3 | 9,2 | 142 | 12 | 970 |
| Holmestrand | 9 860 | 8,9 | 8,4 | 6,2 | 55 | 9,1 | 1002 |
| Tønsberg | 38 393 | 7,4 | 6,6 | 10,4 | 314 | 2,7 | 659 |
| Sandefjord | 42 333 | 7,5 | 7,2 | 8,4 | 224 + 49 | 3,9 | 837 |
| Larvik | 41 723 | 9,3 | 6,5 | 8,0 | 341 | 13,8 | 910 |
| Hof | 3 066 | 5,8 | 7,2 | 2,4 | 27 | 0 | 860 |
| Re | 8 443 | 9,2 | 4,9 | 4,7 | 20 | - | 841 |
| Andebu | 5 177 | 6,8 | 6,0 | 5,9 | 38 | 26,3 | 849 |
| Stokke | 10 540 | 11,2 | 7,9 | 12,3 | 42 | 9,3 | 877 |
| Nøtterøy | 20 410 | 8,8 | 4,3 | 13,2 | 159 | 12,6 | 795 |
| Tjøme | 4 545 | 7,7 | 6,4 | 8,2 | 25 | 12 | 436 |
| Lardal | 2 383 | 8,4 | 6,6 | 5,9 | 28 | 7,1 | 769 |

Dersom kommunene i Vestfold ønsker å se den videre utviklingen av sine helsetjenester innenfor rammene av en "helsekommune", er det flere alternative måter å gjøre det på. Nedenfor er det skissert tre alternative måter å inndele kommunene med utgangspunkt i innbyggertall og geografisk plassering.

Alternativ 1:

Dette alternativet er basert på "helsekommune" med minimum 15 000 innbygger og en viss grad av geografisk nærhet:

1. Kommunene Larvik og Lardal
2. Kommune Sandefjord
3. Kommunene Nøtterøy og Tjøme
4. Kommunene Holmestrand, Re og Hof
5. Kommune Horten
6. Kommune Tønsberg
7. Kommunene Andebu og Stokke

Alternativ 2:

Alternativet er inndeling basert på geografisk nærhet og en mulig hensiktsmessig infrastruktur:

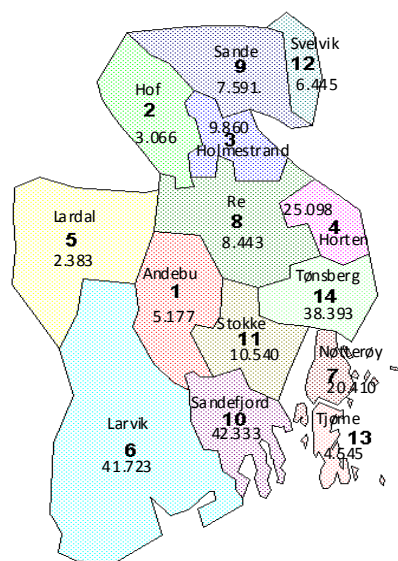
1. Kommunene Larvik og Lardal
2. Kommunene Stokke, Andebu og Sandefjord
3. Kommunene Tønsberg, Nøtterøy og Tjøme
4. Kommunene Horten, Holmestrand, Re og Hof

Alternativ3:

Alternativ 3 har tatt utgangspunkt i legevaktsamarbeidet:

1. Kommunene Larvik, Lardal (ca. 44 000 innbyggere)
2. Kommunene Sandefjord, Andebu (ca. 48 000 innbyggere)
3. Kommunene Horten, Holmestrand, Hof (38 000 innbyggere)
4. Kommunene Tønsberg, Nøtterøy, Tjøme, Stokke, Re (ca 83 000 innbyggere)

Figur 10. Kart Vestfold.



6.3 Referanser

Lov- og regelverk

LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v.

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal.

FOR 2000-12-01 nr 1218: Forskrift om pasientansvarleg lege m.m.

LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene.

FOR 2000-04-14 nr 328: Forskrift om fastlegeordning i kommunene.

FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

FOR 1983-11-23-1779: Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste.

FOR 2001-06-28-765: Forskrift om habilitering og rehabilitering.

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

FOR 2000-12-01-1208: Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

LOV 2001-06-15 nr 93: Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Stortingsmeldinger

St meld nr 23 (1996-97): Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste

St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta

St.meld. nr. 28 (1999-00) Innhald og kvalitet i omsorgstenestene Omsorg 2000

St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene

St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening Framtidas omsorgsutfordringer

NOU

NOU 2004: 18: Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

NOU 2005: 3: Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste

Budsjettproposisjoner

St.prp.nr. 1 (2007-2008) for budsjettåret 2008

St.prp.nr. 1 (2008-2009) for budsjettåret 2009

Forventningsbrev

Statlige forventninger til kommunene i Vestfold i 2009 – fra fylkesmannen i Vestfold

Oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet 2008

Oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet 2009

Oppdragsbrevet fra Helse Sør-Øst RHF til SIV HF 2008

Oppdragsbrevet fra Helse Sør-Øst RHF til SiV HF 2009
Program for omstilling og utvikling innenfor Helse Sør-Øst RHF
Nasjonal helseplan (2007-2010)
http://www.ks.no/upload/94178/064004Rapport_samh.pdf
www.siks-kbh.dk