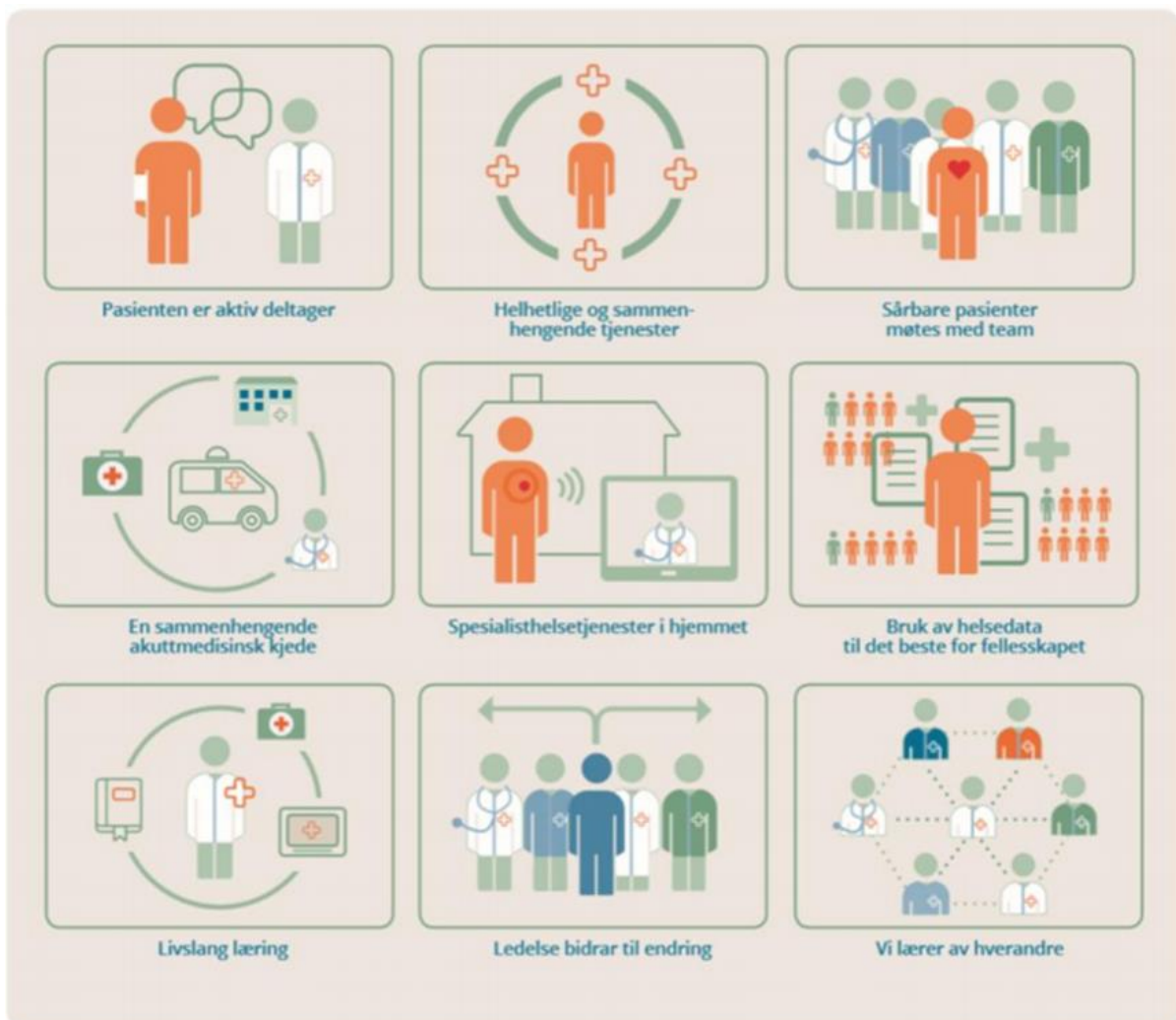




Handlingsplan for Helsefellesskapet i nordre Trøndelag for perioden 2022 – 2025

«Helhetlige helsetjenester – med pasienten som aktiv deltaker»



1 Innhold

1.	INNLEDNING	3
2	INNSATSOMRÅDER	4
2.1	HELHETLIGE OG SAMMENHENGENDE TJENESTER.....	4
2.2	MØTE FRAMTIDENS UTFORDRINGER I FELLESSKAP	6
2.3	INVOLVERING, FORANKRING OG SAMHANDLING	7
3	VEIEN VIDERE.....	8
	VEDLEGG BAKGRUNN FOR HANDLINGSPLANEN	9

Forkortelser i dokumentet:

ASU	=	Administrativt Samarbeidsutvalg
Fagråd 1	=	Fagråd for pasientsamarbeid
Fagråd 2	=	Fagråd for digital samhandling
Fagråd 3	=	Fagråd for helsefremming, forebygging, læring og mestring
Fagråd 4	=	Fagråd for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede
Fagråd 5	=	Fagråd for legesamarbeid
PSU	=	Politisk Samarbeidsutvalg
SEKR	=	Sekretariatet i helsefellesskapet

1. INNLEDNING

Helsefellesskapet i nordre-Trøndelag har som mål å skape gode og sammenhengende helsetjenester for pasienter og pårørende. Nasjonal helse- og sykehusplan peker på viktige områder for å utvikle gode og bærekraftige helsetjenester på tvers av kommunene og helseforetak. Handlingsplan for samhandling er en operasjonalisering av de nasjonale målene for utvikling av helsetjenesten.

Pasientenes helsetjeneste forutsetter at pasientens stemme blir hørt både i møtet mellom pasient og behandler og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Involvering av pasienter og pårørende både på system og individnivå skal være førende for arbeidet i helsefellesskapet framover.

“Hva er viktig for deg” skal være i fokus fra helsetjenestene i kommunikasjon med pasienter.

I pasientens helsetjeneste er målet at pasienter, pårørende og helsepersonell opplever helse- og omsorgstjenesten slik:

- *Pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar.*
Både pasient og pårørende blir sett og hørt – med ord de forstår.
- Pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
Helsepersonell spiller hverandre gode, vet hva neste ledd i pasientforløpet trenger og kan bidra med.
- Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem.
- Pasienter opplever en sammenhengende akuttmedisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og informasjonen følger pasienten hele veien.
- Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv.
- Pasientene opplever at bruk av våre felles helsedata, ved hjelp av teknologi, gir bedre og mer presis helsehjelp.
- Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir.
- Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte og i helsefellesskapet.
- Vi lærer av hverandre, kompetansedeling på tvers

Helsefellesskapet skal bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere vil møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres. Det er utarbeidet egen nettside for å understøtte dette arbeidet, også med styringsinformasjon.

- [Styringsinformasjon utarbeidet av Helsedirektoratet](#)
- [Helsefellesskap - Helsedirektoratet](#)

2 INNSATSOMRÅDER

Handlingsplanen er inndelt i tre ulike innsatsområder:

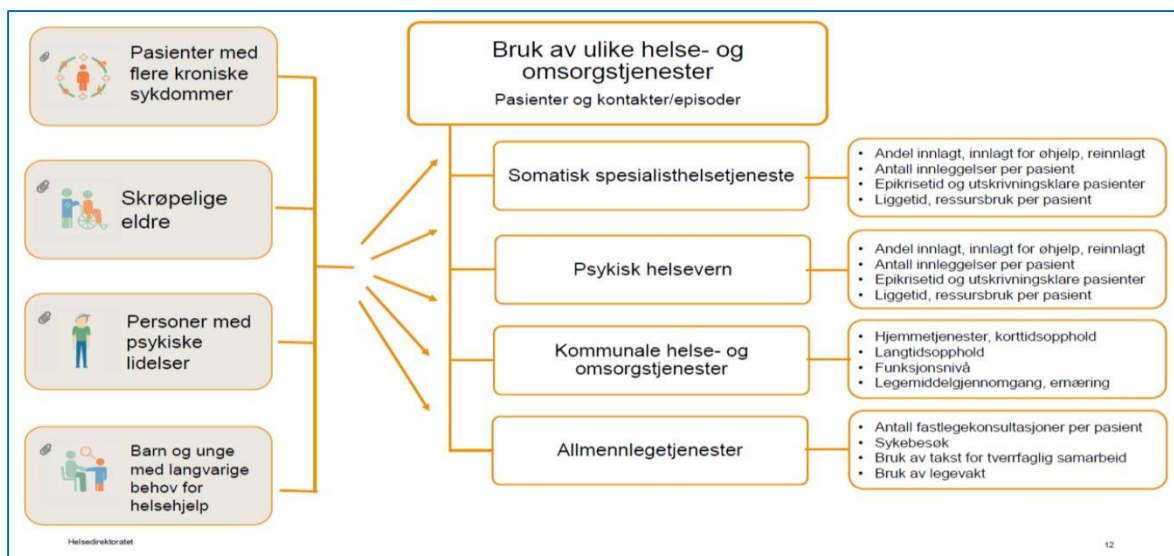
1. Helhetlige og sammenhengende pasientforløp
2. Møte framtidens utfordringer i fellesskap
3. Involvering, forankring og samhandling

2.1 Helhetlige og sammenhengende tjenester

Helhetlige og sammenhengende pasientforløp handler om å se helsetjenesten fra pasientens perspektiv. Pasientforløp kan omfatte både akuttmedisinske, elektive og forebyggende tjenester, og være på tvers av nivåer. De fire prioriterte pasientgruppene skal tillegges særlig vekt, inkludert alle typer "stormottakere" av helsetjenester.

Tiltakene i handlingsplanen skal sørge for at den enkeltes helsesituasjon og behov for helsehjelp blir sett i ett helhetlig perspektiv. Samtidig må behandlingsforløp tilpasses individuelt uavhengig av diagnoser og problemstillinger.

Figur 1: Sammenhenger og variasjoner i pasient- og behandlingsforløp for de fire prioriterte pasientgruppene



Hvor vil vi?	Hvordan skal vi få det til?	Ansvarlig	Når
1. Pasienten opplever en sømløs og sammenhengende helsetjeneste	a) Prioritere oppstart av pasientgruppen skrøpelige eldre		2022
	b) Etablert arbeidsgruppe for barn og unge presenterer en plan for samhandlingsforløp Implementere nasjonale helhetlige pasientforløp / pakkeforløp		2022
	c) Kartlegge stormottakeres bruk av helsetjenester og bruk av <i>Individuell Plan</i>		2023
	d) Tiltak for å redusere antallet reinnleggelser		2022
	e) Samarbeid i team på tvers av sykehus og kommune		2023
	f) Avklare samarbeid om de ulike pasientforløpene inn psykisk helse og rus for voksne		2023

Hvor vil vi?	Hvordan skal vi få det til?	Ansvarlig	Når
2. Pasienter opplever trygghet og kontinuitet i behandlingsforløpet	a) Videreutvikle samhandling mellom HNT og kommunenes koordinerende enheter rundt enkeltpasienter med stort behov for koordinering.		2022
	b) Dialogmøter mellom koordinerende enheter i kommunene og HNT		2022
3. Pasienter opplever en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede	c) Følge opp arbeidet fra prosjektet "Fremragende akuttmottak"		2022
	d) Utarbeide helhetlige pasientforløp for akutt syke, fra hjem til hjem		2023
4. Befolkningen får et godt koordinert tilbud om helseberedskap	a) Evaluere samarbeidet under korona pandemien		2022
	b) Planlegge for høytider, ferier og ekstraordinære situasjoner i fellesskap		2022
5. Samisk befolkning skal få likeverdige helsetjenester	Tett samarbeid om helsetilbud til samisk befolkning		2022
6. Pasientene får et helhetlig rehabiliteringstilbud	a) Avklare hva som er definert som spesialisert rehabilitering versus kommunal rehabilitering, og skissere en grenseoppgang		2023
	b) Sikre et sammenhengende logopedtilbud i pasientforløpene		2023
	c) Rehabilitering beskrives i de ulike pasientforløp		2024
	d) Kartlegge hva som finnes av slike tilbud i helsefellesskapet, peke på styrker/svakheter og synliggjøre evt. behov for forbedringer (Ref. prosjektrapport Rehabilitering i Midt-Norge 2014)		2023
7. Pasientene og pårørende er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar	Beskrive lærings- og mestringstilbud i de helhetlige pasientforløpene		2023
8. Samarbeid om helsefremming og forebygging	Utarbeide en plan for helsefremming, forebygging og læring og mestringstilbud på tvers av tjenestene		2023
9. Øke helsekompetansen hos pasienter og pårørende og i befolkningen	a) Årlige tilbud om grunnkurs, helsepedagogikk, til helsepersonell i spesialisthelsetjeneste og kommune		2023
	b) Årlig felles fagdag for helsepersonell i spesialisthelsetjeneste og kommune		
	c) Plan for økt helsekompetanse til pasienter og pårørende		

2.2 Møte framtidens utfordringer i fellesskap

Helsetjenestene står overfor svært store utfordringer de neste årene. Dette skyldes i stor grad den demografiske utviklingen, der det blir flere eldre og færre yrkesaktive, spesielt i diskriktene. Dette fører til at helsetjenestene trenger flere ansatte, men vi må også utnytte arbeidskraften vi har på nye måter og med andre hjelpemidler enn tidligere. Spesielt gjelder dette med bruk av teknologi og digitale verktøy. Det er nødvendig å stadig videreutvikle erfaringsbasert kunnskap om måtene helsetjenestene tilbys og driftes på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten, men også på hvordan dette møter pasientenes behov.

Rekruttere, beholde og utvikle helsepersonell

Kommunene i nordre Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) har over lengre tid sett at utfordringene innenfor dette har vokst for dem begge, og har nå iverksatt ett felles prosjekt for å rekruttere og beholde leger og sykepleiere i regionen. Arbeidet er overførbart til alle helsepersonellgrupper. Kommunene og HNT må samarbeide om disse utfordringen.

Økt bruk av teknologi og digital samhandling

Helseplattformen vil bli innført i HNT høsten 2022. Dette vil påvirke den elektroniske samhandlingen og gi pasientene tilgang til egen journal gjennom innbyggerportalen *HelsaMi*. Helseplattformen vil gi helt nye verktøy for elektronisk samhandling og pasientinvolvering uavhengig om kommuner og fastleger er med i løsningen eller ikke. Derfor blir Helseplattformen viktig for å sikre god samhandling i årene framover, bidra til enklere kunnskapsdeling og tjenester nærmere der pasienten bor.

Hvor vil vi?	Hvordan skal vi få det til?	Ansvarlig	Når
10. Rekruttere, beholde og utvikle tilstrekkelig og riktig kompetanse	a) Videreføre og implementere arbeidet som er gjort i prosjektene: <ul style="list-style-type: none">○ Sykepleier i nord○ Operasjon Helsehelter		2022
	b) Videreutvikle samarbeidet om LIS utdanning og NTNU-link		2022
11. Systematisk kunnskapsdeling	a) Gjennomføre felles hospiterings- og kunnskapsdelingsprosjekt		2022
	b) Gjennomføre karriereutvikling og veiledning i fellesskap		2023
	c) Gjennomføre felles faglige samlinger og webinar på digitale plattformer		2023
12. Pasient og pårørende tar aktivt i bruk teknologi	a) Ta i bruk teknologi som legger til rette for <i>Samvalg</i>		2023
	b) Pasient og pårørende trygges i digital hjemmeoppfølging		2022
13. Helsefellesskapet skal være en aktiv bidragsyter i videreutvikling og kontinuerlig forbedring av journalsystemene	a) Helseplattformen skal regelmessig være tema i Helsefellesskapet. Fokus skal særlig være på samhandlingsfunksjoner.		2022
	b) Helsefellesskapet skal ha oppmerksomhet på samhandlingsutfordringer som kan oppstå, som følge av at noen kommuner og fastleger er med i løsningen, andre ikke.		2022
	c) Videreutvikle elektronisk meldingsflyt mellom sykehus og kommuner samordnet med Helseplattformen		2023

Hvor vil vi?	Hvordan skal vi få det til?	Ansvarlig	Når
14. Teste ut og ta i bruk nye teknologiske og digitale løsninger	a) Ta i bruk og videreutvikle digitale løsninger for felles konsultasjoner mellom sykehus og kommune/fastlege og pasient.		2022
	b) Teste ut nye digitale løsninger mellom HNT og 2 - 3 kommuner, for å bedre informasjonsflyten og koordineringen ved innleggelse og utskrivning. Tiltakene samordnes med fremtidige muligheter i Helseplattformen		2022
	c) Samarbeide med universitetene om digitale løsninger		2024
15. Ett systematisk samarbeid om innovasjon og økt utnyttelse av velferdsteknologiske muligheter	Videreføring erfaringene fra "VELTEL" prosjektet med en felles arena for utvikling av velferdsteknologiske løsninger. Eksempler: <ul style="list-style-type: none"> • Digital hjemmeoppfølging • Digitalt tilsyn ved bruk av sensorteknologi • Bruk av VR-teknologi i opplæring/kompetanseheving 		2022
16. Tettere samarbeid om forskning	a) Utarbeide en plan på hvordan vi kan øke forskning på tvers av primær- og spesialisthelsetjeneste i samarbeid med universitetene		2022
	b) Øke forskningsandelen på klinisk forskning knyttet til samhandling		2024
	c) Videreføre samarbeid om Protokollskolen i regi av NTNU og SØK kurs		2022
17. Kunnskapsdeling mellom fagpersoner i kommunene og HNT	a) Gjennomføres som felles hospiterings- og kunnskapsdelingsprosjekt (midler tildelt for 2022)		2022
	b) Kompetanseheving i samarbeid med universitetene og videregående skoler. Bruk av øvingsavdeling og simuleringsenhet.		2023

2.3 Involvering, forankring og samhandling

Handlingsplanen for samhandling viser retning og overordna tiltak for hvordan man gjennom helsefelleskapet skal videreutvikle samarbeidet mot pasientens helsetjeneste. Forankring av handlingsplanen ut mot tjenestene i helseforetak og kommune og til pasienter blir vesentlig for at planen skal bli virksam.

Hvor vil vi?	Hvordan skal vi få det til?	Ansvarlig	Når
18. Brukerrepresentasjon og involvering på alle nivå og på alle relevante samarbeidsarenaer	a) Sørge for tett samarbeid med brukerorganisasjonenes paraplyorganisasjoner		2022
	b) Årlig dialogmøte med brukerorganisasjoner og brukerutvalg		2022
19. Gjøre Helsefelleskapet bedre kjent	a) Handlingsplanen implementeres i egen organisasjon		2022
	b) Videreutvikle samhandlingssidene		2023
	c) Oversikt over pågående samarbeidsprosjekter og utviklingsarbeid		2022

Hvor vil vi?	Hvordan skal vi få det til?	Ansvarlig	Når
20. Samarbeid om felles metodikk i utviklingsarbeid	Bruk av felles metodikk for utviklingsarbeid og innovasjon (for eksempel Tjenestedesign)		2022
21. Systematisk læring av samhandlingsavvik og forbedringsarbeid	a) Følge opp årlig rapportere og samhandlingsavvik og forbedringsforslag		2022
	b) Utarbeide digitale løsninger for samhandlingsavvik		2023

3 VEIEN VIDERE

Tiltakene i handlingsplanen er tenkt konkretisert gjennom arbeid med de som er ansvarlige for det enkelte tiltak som i de fleste tilfeller er det ett eller flere fagråd. Med dette ansvaret må fagrådene også gis handlingsrom på å se på hvordan disse tiltakene kan iverksettes og gjennomføres i praksis. Dette følger også samarbeidsavtalens intensjon med at fagrådene skal få større myndighet og en viktig rolle i å planlegge og utvikle tjenester i fellesskap.

Konkretisering av ansvar for de ulike tiltakene vil skje i et nært samarbeid med fagrådene og ASU.

Handlingsplanen revideres årlig i ASU.

VEDLEGG

Bakgrunn for Handlingsplanen

Denne handlingsplanen bygger på [samarbeidsavtalen mellom Helse Nord-Trøndelag \(HNT\) og kommunene i nordre Trøndelag](#), der en revidert utgave trådte i kraft 1. januar 2021. Samarbeidsavtalen ivaretar det lovfestede kravet i [helse- og omsorgstjenestelovens \(HOL\) kapittel 6](#) til både avtaleverk og samarbeidsområder mellom helseforetak og kommuner i Norge.

Handlingsplan har eksistert i nordre Trøndelag siden 2010, da kommunene og HNT ble enige om en felles strategiplan med navnet «*Helhetlige helsetjenester – felles ansvar*». Denne ble utgangspunkt for [neste handlingsplan \(2017-21\)](#). Denne fulgte opp en revisjon av samarbeidsavtalen, samhandlingsreformen, Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-23 (NHSP), og nasjonale strategier for utvikling av både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Med inngåelsen av [avtalen om Helsefellesskap](#) mellom Kommunesektorens Organisasjon (KS) og Regjeringen i 2019, samt stortingsmeldingen om ny [NHSP \(2020-23\)](#) samme år, ble forventningene til struktur, prosesser og felles utvikling av tjenester økt betraktelig. Hovedmålet i begge disse er at pasienter skal motta helhetlige og sammenhengende tjenester, og at kommunene og helseforetakene skal bli bedre på felles planlegging og samordning, tydelige prioriteringer, felles virkelighetsforståelse og gode beslutningsprosesser.

På bakgrunn av dette, samt at inneværende handlingsplan utløper i 2021, har Politisk Samarbeidsutvalg (PSU) og Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) vedtatt av handlingsplanen skal revideres, og at denne både skal gjenspeiles og ses i sammenheng med HNT sin utviklingsplan og i det kommunale planverket.

Formål og operasjonalisering av samarbeidsavtalen

Handlingsplanens overordnede målsetning samsvarer med formålet som er beskrevet i samarbeidsavtalen. Dette beskrives med at samarbeidsavtalen skal:

- a) Bidra til at pasienter¹ mottar et helhetlig, forutsigbart og faglig godt tilbud i begge forvaltningsnivåene.
- b) Konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunen og helseforetaket.
- c) Etablere gode samhandlingsarenaer som sikrer at partene videreutvikler og implementerer omforente samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder.

Handlingsplanens formål baseres på forventinger og avtaler fra flere hold. NHSP's hovedformål er "*å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte*".

Avtalen mellom Regjeringen og KS har et lignende formål, samt at "kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene", og at man i helsefellesskapene sammen skal "planlegge og utvikle tjenestene sammen", og dette inkluderer også fastleger og brukere. Dette, sammen med samarbeidsavtalens formål (nevnt ovenfor) er å betrakte som handlingsplanens formål.

Fotnote 1: For enkelhets skyld brukes begrepet "pasient" i handlingsplanen felles for både "pasient" og "bruker".

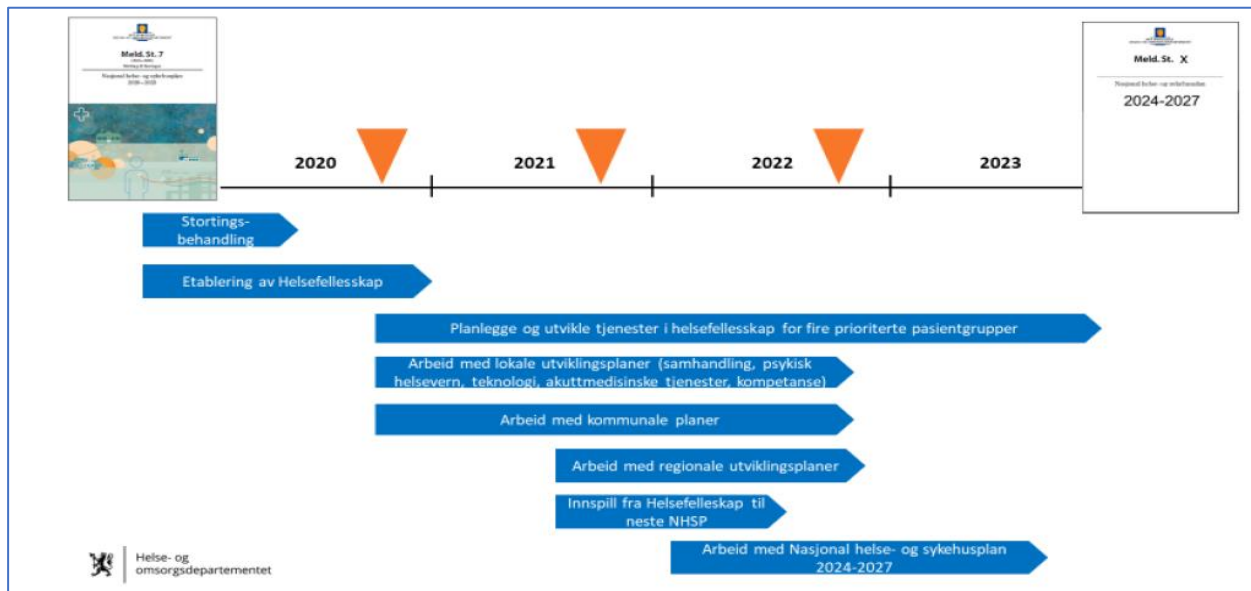
Handlingsplanen har også som formål å kunne jobbe målrettet med problemstillinger knyttet til samhandling mellom forvaltningsnivåene. Gjennom utarbeidelse av en konkret handlingsplan vil vi kunne redusere sjansen for at utvalget jobber for mye etter "ad hoc" metoden. Det er på denne måten man vil forsøke å holde et overordnet strategisk fokus på samhandling. Dette betyr imidlertid ikke at man ikke kan ta opp aktuelle saker som ikke er forankret i handlingsplan.

2. PLANSTRATEGI OG PLANSTRUKTUR

Kommunene og helseforetakene styres av til dels ulike krav og premisser for sine respektive planarbeid. På strategisk overordnet nivå er kommunestyrene pålagt å minst én gang i hver valgperiode utarbeide og vedta en

kommunal planstrategi, jfr. [Plan- og bygningslovens \(PBL\) § 10-1](#). Helseforetakene og de regionale helseforetakene (RHF) er pålagt å utarbeide lokale og regionale utviklingsplaner hvert fjerde år. NHSP legges fram for Stortinget hvert fjerde år. Historisk sett har denne i stor grad angitt retning og plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten, men i siste planperiode har samhandling og felles planlegging med den kommunale helse- og omsorgstjenesten blitt satt på dagsorden i mye større grad enn tidligere. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har sammenfattet disse i en modell for planprosesser tilknyttet NHSP, som sammenfatter både nasjonale, regionale og lokale planer tilhørende denne.

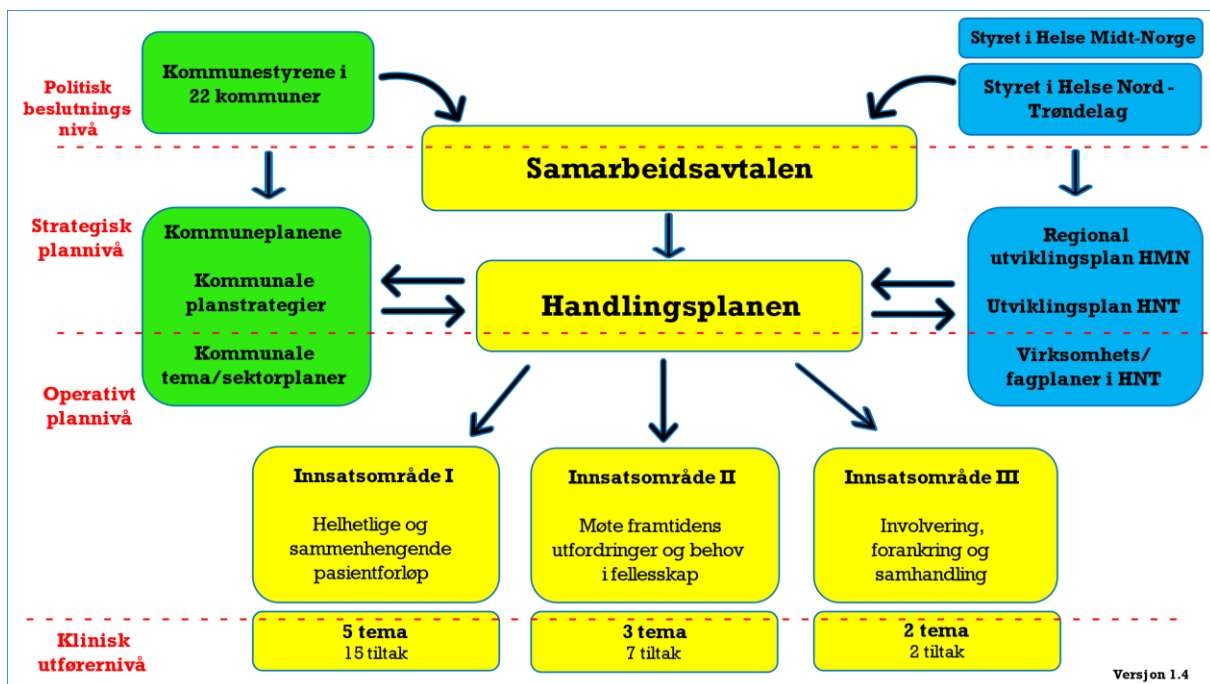
Figur 2: Nasjonal planprosess for Helsefelleskap i perioden 2020-23



Når det gjelder planstruktur er dette også forskjellig. Kommunene er forpliktet til å ha en helhetlig kommuneplan og planprogram og planlegge sin virksomhet etter [PBL's kapittel 11](#). For spesialisthelsetjenesten er RHF'ene forpliktet til å iverksette nasjonal helsepolitikk, samt planlegge og samordne virksomheten for sine helseforetak, etter Helseforetakslovens [§2.a](#). Det omtales ikke hvordan dette skal utføres/følges opp i det enkelte helseforetak. Dette gir ulike forutsetninger for planprosesser og arbeidet med disse. [HOD har tidligere uttalt](#) at "kommuner og helseforetak i varierende grad involverer hverandre i planer og beslutninger innenfor sine respektive ansvarsområder og at det i liten grad foregår planlegging i fellesskap". Denne oppfatningen var også noe av [grunnlaget for lovendringen i HOL's §6-2](#) som krever at kommuner og helseforetak skal ha en avtale med en konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene.

En nødvendig forutsetning for å kunne lykkes med å planlegge og utvikle tjenester i fellesskap, er å ha en omforent tilnærming og en felles modell for hvordan dette skal gjøres. Kommunenes og HNT sin struktur for planarbeid er ulik, og disse må ses i sammenheng. Det er derfor utarbeidet en planmodell for helsefelleskapet som viser sammenhengen med både kommunenes og HNT sine beslutnings- og plan nivåer, og hvordan disse henger sammen med planstrukturen for helsefelleskapet.

Figur 3: Planmodell for Helsefelleskapet i nordre Trøndelag



GJENNOMFØRING OG FORANKRING AV HANDLINGSPLANEN

En viktig målsetning i denne planperioden er å gjøre handlingsplanen mer kjent. Dersom denne skal føre til handling, må vi få plassert ansvar og tidsramme. Handlingsplanen tydeliggjøres nå med differensiering i at samarbeidsavtalen omfatter overordnet planverk og retningslinjer og at handlingsplanen tydeliggjør tre innsatsområder partene i fellesskap skal planlegge og utvikle felles tjenester innenfor. Disse tre innsatsområdene er inndelt i ulike tema, som igjen omfatter spesifikke tiltak og målsetninger. Disse skal være så konkrete og tydelige at de skal kunne operasjonaliseres på klinisk nivå, og helt ned på casenivå dersom nødvendig.

Det er ikke i seg selv tilstrekkelig at handlingsplanen skal bli mer konkret. De som skal bruke planen må kjenne mer til den. Innsatsområder og tema skal følges opp av fagrådene, og jobbes konkret med der. På noen områder er det allerede nedsatt arbeidsgrupper som jobber med ett eller flere konkrete tiltak. Fagrådene blir helt sentrale i operasjonaliseringen av handlingsplanen, og dermed bindeleddet mellom det strategiske plannivået, og det kliniske utførelsenivået.