


Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020 - 2023

Veileder til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak
inkludert tjenestemodeller på tvers av forvaltningsnivåer

- 
- Om oppdraget
 - Om veilederen
 - Hva er nytt?
 - Status og fremdrift
 - Temasider

wenche.charlotte.hansen@helsedir.no



Om oppdraget

Inngår som ett av flere oppdrag under Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

- **Revidere veileder til de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak (2011)**
- **Veilederen skal også inkludere tjenestemodeller på tvers av kommuner/helseforetak**

Helsedirektoratet samarbeider med KS og RHFene.



Om veilederen

Nye anbefalinger og føringer bygger på prinsipper om:

Avklaringsmøte mellom KS, RHF`ene og Helsedirektoratet:

Enighet om tilnærming og omfang. Ønske om å forenkle uten at grunnleggende strukturer endres for mye.

Samarbeidsavtalen (2019) mellom KS og regjeringen og målbildene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020 – 2023): *etablere 19 helsefelleskap, danne samhandlingsarenaer på tvers, samarbeide om helhetlige pasientforløp,*

Verdier: *danne grunnlag for felles forståelse gjennom likeverd, tillit, respekt for hverandres ansvarsområder.*

- *Bygge på statlig tilrettelegging, og vektlegge lokale tilpasninger og beslutninger.*
- *Utdype den juridiske plikten til å inngå avtaler, vise til råd, veiledning og praktiske eksempler og prinsipper for god samhandling.*



Mal - Veileder til lov og forskrift

Deles inn i 3 hovedområder:

- Inngåelse og organisering av samarbeidsavtalene (plikten til å inngå avtale, frist, innsending, endring og oppsigelse mm)
- Innhold i avtalen (krav til avtalens innhold)
- Om veilederen (bakgrunn, informasjonsdel, begreper)

Paragrafbeskrivelsen jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6:

- Deles inn i: kommentar – veiledning – praktisk

Lenker vil vise til:

- Tjenestemodeller, praktiske eksempler (kunnskapsbasert praksis)
- Sentrale forskrifter, normerende dokumenter

Veilederen tilpasses til Helsedirektoratets egen webside (Enonic)

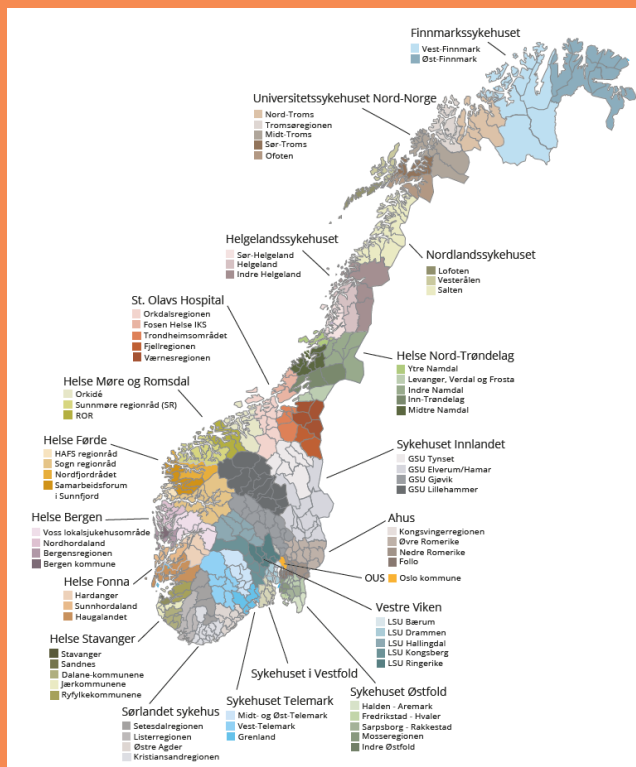


Revideringen

- **Behov for oppdateringer:** *endringer som har skjedd siden 2011, og som har betydning for prosessene rundt samarbeidsavtalene*
- **Innarbeide prinsipper og målbilder fra:**
 - 👉 Avtalen mellom regjeringen og KS: *skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten.*
 - 👉 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023: *Etablering av helsefelleskap og annet samarbeid som fremmer helhetlige pasientforløp og samordning på tvers*
- **Veilederen skal vise til praktiske eksempler** der det er mulig
- **Det skal i tillegg utarbeides en temaside med veiledningsmaterieil:**
Tjenestemodeller, eksempelsamling, sjekklister, avtalemaler, andres arbeid mv.

Helsefelleskap

- samarbeid mellom helseforetak/sykehus og omkringliggende kommuner



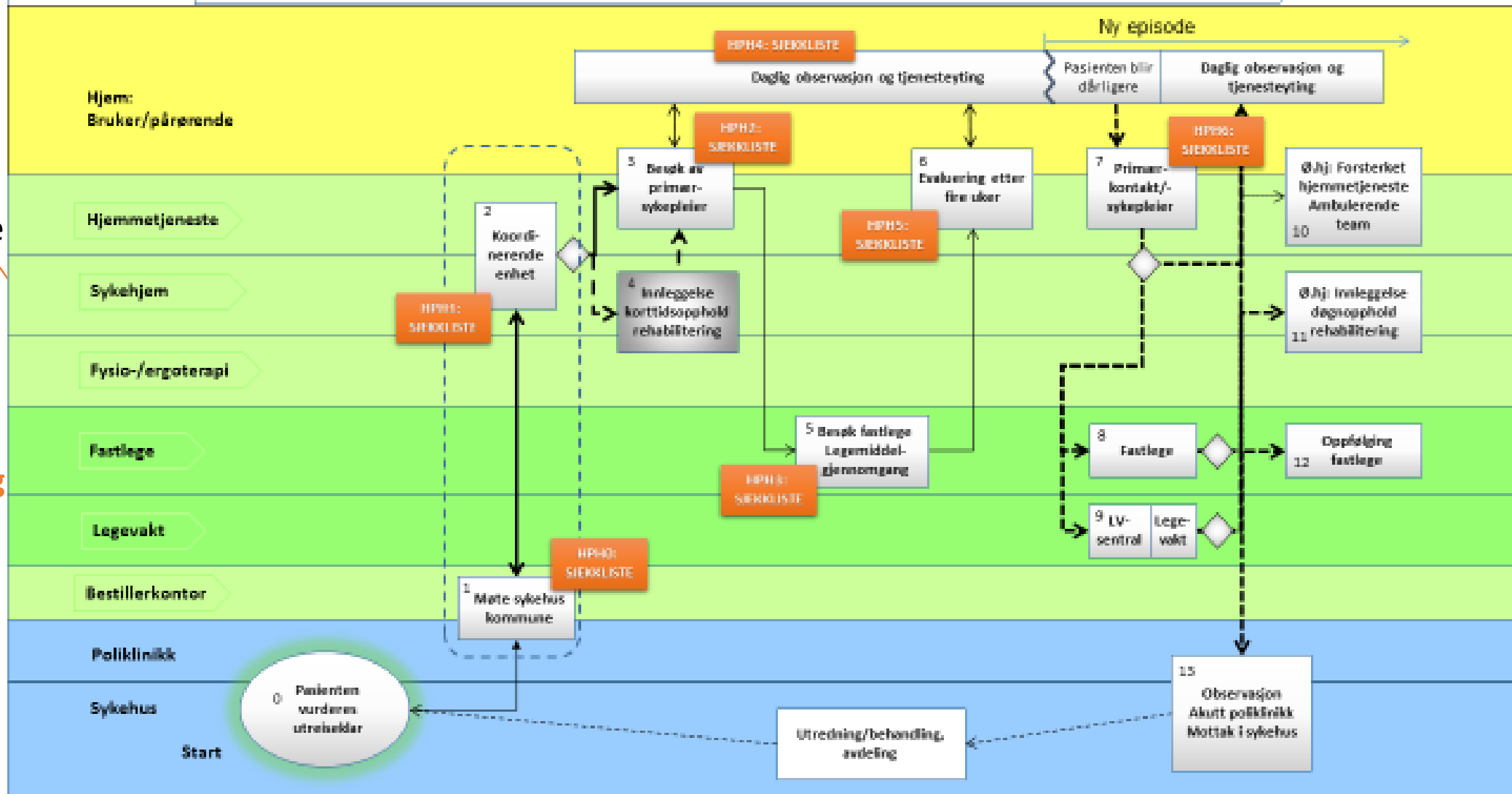
- Helseforetak og kommuner skal samarbeide om å levere gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester
- Videreutvikle eksisterende samhandling
- Etablere samarbeidsarenaer mellom helseforetak og omliggende kommuner
- Utvikle tjenester til fire prioriterte grupper: skrøpelige eldre, pasienter med flere kroniske lidelser, barn og unge og pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rus

Effekter jf. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023

- Å tilrettelegge for bedre sammenhengende tjenester med aktiv pasientmedvirkning
- Å bygge på likeverdighet mellom aktørene innenfor en konstruktivt samspillskultur på tvers av tjenestenivåene
- Å gi praktisk støtte til kommuner og helseforetak for å komme frem til gode praktiske tjenestemodeller basert på lokale forhold, og som stimulerer til integrerte/helhetlige tjenester med utgangspunkt i prinsipper om personsentrert helse- og omsorgstjeneste.
- Å gi tjenestene eksempler/sjekklistor over forhold som bør ivaretas for å sikre godt samspill/overganger mellom aktører som bidrar til å fremme sømløse tjenesteoverganger, forutsigbarhet og trygghet for både pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell.
- Å fremme integrerte tjenester med personsentrerte tjenester, pasientforløp og tverrfaglige team

- ✓ I oppdragsbrevet til RHF'ene : «Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp»
- ✓ I årets sykehustale: «Målet for all samhandling er gode og sammenhengende *pasientforløp*».
- ✓ Helsefelleskapene er bedt om å samarbeide om gode pasientforløp – særlig tilpasset de fire pasientgruppene hvor majoriteten har behov for helhetlige, koordinerte og trygge helse- og omsorgstjenester.

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



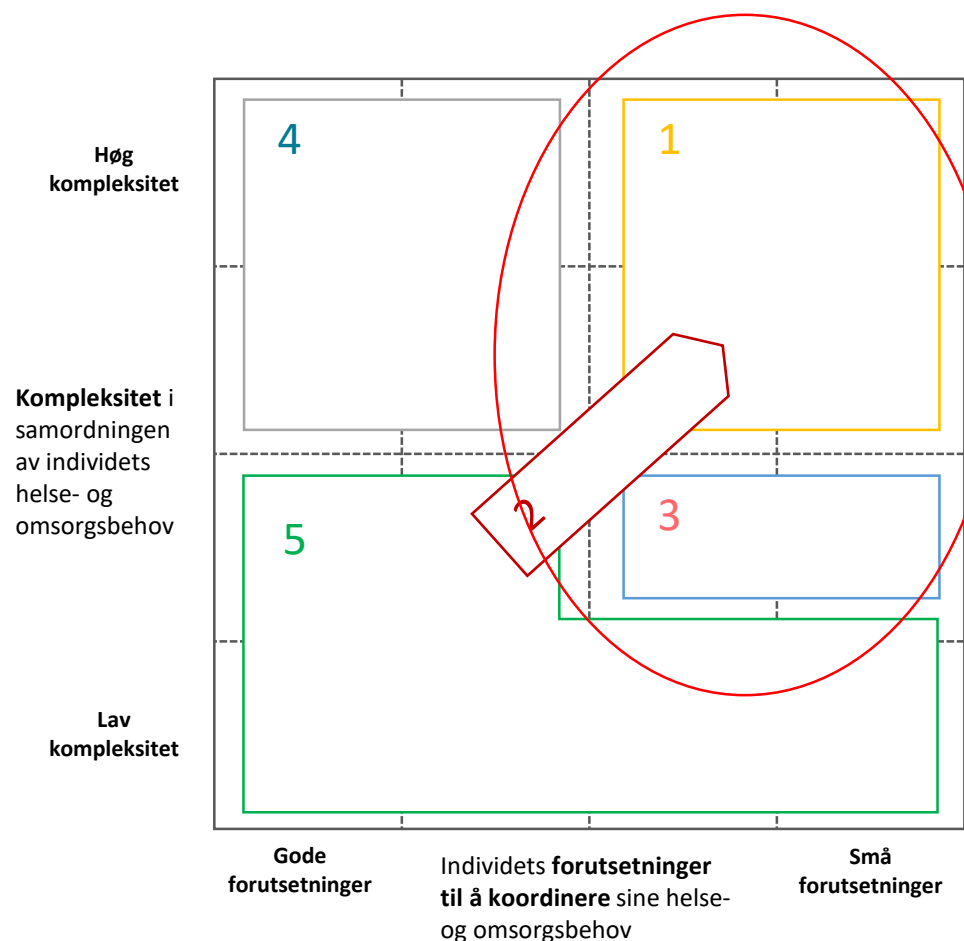
Kommuner og helseforetak skal samarbeide om helhetlig pasientforløp

Samarbeidet krever klargjøring om:

- ansvars- og oppgavefordeling
- samarbeidstiltak
- medvirkning og involvering
- finansiering

Illustrasjon: Anders Grimsmo, NTNU <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet-og-hva-er-viktig-for-deg/>

Grupper med behov for koordinering og samarbeid – dvs. tjenester på tvers i helsefelleskap



Gruppe 1

Personer med sammensatte behov og begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine helsebehov:

Eksempler Gruppe 1:

- De mest syke eldre
- Personer med alvorlig psykisk- og somatisk multisykdom
- Folk som er i en sen palliativ fase



Gruppe 2

Akuttsyke individer som raskt krever insatser fra flere aktører og hvor det raske forløpet påvirker individets forutsetninger til å være delaktig i samordningen av sin helse og omsorg:

Eksempler Gruppe 2:

- Personer som nylig hatt slag
- Eldre mennesker som har lidd et fall



Gruppe 3

I hovedsak somatisk friske personer med begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine behov :

Eksempler Gruppe 3:

- Personer med kognitive eller nevropsykiatriske lidelser
- Barn med psykiske lidelser



Gruppe 4

Personer med sammensatte behov , men gode forutsetninger til å delta i koordineringen av sine behov :

Eksempler Gruppe 4:

- Individuer med flere samtidige kroniske sykdommer, men god psykisk helse
- Ofte pasienter med kroniske sykdommer som går til kontroll hos fastlegen



Gruppe 5

I hovedsak psykologisk og somatisk friske individer:

Eksempler Gruppe 5:

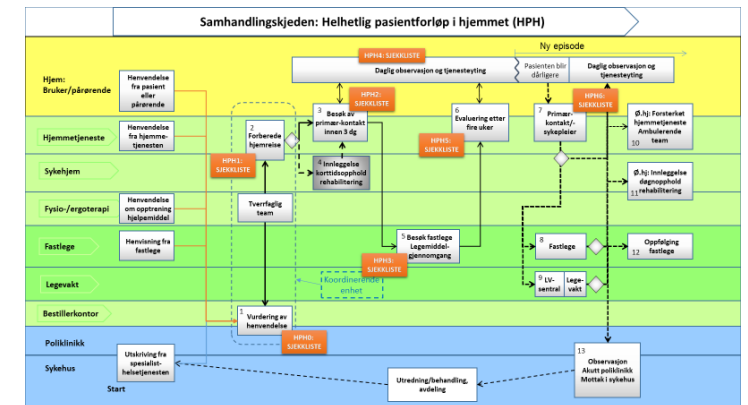
- Personer som er helt frisk
- Personer som har en lettere kronisk sykdom
- Personer med nedsatt psykisk velvære

Kilde: Samordnet vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Helhetlig Pasientforløp i Hjemmet (HPH)

- Representerer et strukturert rammeverk for oppfølging av pasienter som skal bo hjemme, utviklet av kommuner og sykehus i fellesskap.
- Pasientforløpet representerer viktige beslutningspunkter støttet av sjekklister utviklet lokalt av berørt helsepersonell.
- Forløpet er generisk uavhengig av diagnose og bygger på to pilarer:
 - en personsentret tilnærming – operasjonalisert gjennom spørsmålet «Hva er viktig for deg?»
 - en bred oppfølging og tilrettelegging for at innbyggere skal fungere best mulig hjemme
- Tjenestemodellen er adoptert av KS i samarbeid med FHI i et nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp

Hva er viktig for deg?



Helhetlige pasientforløp (HPH), [Trondheim kommune](#), 2013, oppdatert 2021, besøkt 2022 febr 12

Oslomodellen Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, [Oslo kommune](#), 2019, oppdatert 2021, besøkt 2022 febr 12

Gode pasientforløp, [KS](#), 2013, oppdatert 2022, besøkt 2022 mars 24

Oslo Universitets Sykehus, Helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke. [OUS](#) 2020, oppdatert 2022, besøkt febr 12

Revisjonen skal ta utgangspunkt i den nasjonale veilederen fra november 2011:

Samhandlingsreformen -
Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak

Nasjonale veileder

Helse- og omsorgsdepartementet

Innhold

Innledning	3
1 Lovgrunnlaget for samarbeidsavtaler mellom kommuner og foretak	6
2 Formålet med samarbeidsavtaler	8
2.1 Lovpålagte og forpliktende avtaler	8
2.2 Virkeområde for samarbeidsavtalene	9
3 Avtalens parter og avtalestruktur	11
3.1 Interkommunalt samarbeid – parforhold i avtalen med helseforetakene	12
4 Organisering av arbeidet	14
4.1 Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner	14
4.2 Involvering av ansatte	15
4.3 Tidsfrister	15
4.4 Håndtering av uenighet	15
4.5 Varighet, revisjon og oppsigelse av samarbeidsavtalen	16
4.6 Innsending av avtaler til Helsedirektoratet	16
6 Krav til avtalens innhold	17
6.1 Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre	17
6.2 Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester	18
6.3 Retningslinjer for innleggelse i sykehus	19
6.4 Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp etter § 3-5 tredje ledd	20
6.5 Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon	20
6.6 Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering	21
6.7 Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid	21
6.8 Samarbeid om jordmortjenester	22
6.9 Samarbeid om IKT- løsninger lokalt	23
6.10 Samarbeid om forebygging	23
6.11 Samarbeid om omforente beredskapsplaner	24
6.12 Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede	25

6 Andre tema avtalene kan inneholde	
6.1 Samarbeid om lokalmedisinske sentre	
6.2 Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasienterfaring	
6.3 Rutine for håndtering av avvik og etablering av evalueringsskøyfer	
6.4 Øvrige temaer det kan lages avtaler om	
7 Litteraturliste	
8 Vedlegg 1: Forslag til samarbeidsavtale	
1. Parter	
2. Bakgrunn	
3. Formål	
4. Virkeområdet	
5. Prosess for vedtakelse av avtalen	
6. Samarbeidsformer	
7. Plikt til gjennomføring og rapportering	
8. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner	
9. Avvik	
10. Håndtering av uenighet	
11. Mislighold	
12. Vanghet, revisjon og oppsigelse	
13. Innsending av avtaler til Helsedirektoratet	
9 Vedlegg 2: Eksempler på avtaler	

Bygge videre på eksisterende samarbeidsavtaler.

Hva fungerer?
Hva må videreutvikles?

Prioritere: mål, tiltak, ønsket effekt

Fra veilederen fra 2011

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Samarbeidsavtalene forventes å ha betydning for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten fremover og bidra til å sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Samarbeidsavtalene skal bidra til å;

- Klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen på administrativt og tjenesteytende nivå ved utforming og iverksetting av samhandlingstiltak.*
- Sikre behandling på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet).*
- Utvikle tiltak som sikrer god koordinering og gode pasient- og brukerforløp, og som følger faglige retningslinjer og veiledere.*
- Utvikle tiltak som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.*
- Sikre likeverdighet mellom avtalepartene og utvikling av en god samhandlingskultur.*
- Videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte.*

Hvilke erfaringer har vi med oss? (Forskningsrådet, EVASAM 2016)



Brukerdeltakelse

- Pasient- og brukererfaringer skal inngå i arbeidet med planlegging og organisering av tjenestetilbudet. Dette kravet er nedfelt i lovverket. Grimsmo (2015, s. 5) viser at det er varierende grad av brukermedvirkning i avtaleforhandlingene, og at bruk av pasient- og brukererfaringer er helt fraværende i samarbeidsavtalene.

Innholdet i avtalene

- Martens (2015, s. 73) konkluderer med at det er små variasjoner i avtaleverket. Kommunene har i liten grad benyttet det rom lovgiver har gitt for lokale tilpasninger. Kirchhoff (2015, s. 56) har gjennom plagiatanalyse av delavtale 6 kommet til samme konklusjon. Dette forklares blant annet med sterke nasjonale føringer og ønske om standardisering, nasjonal veileder med maler, kommunale koordineringsprosesser og samordningsprosesser mellom RHF/HF og KS.

Erfaringer med samarbeidet

- Avtalene har ikke bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid. Noe av dette forklares ved at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i vurdering og beslutning om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke blir involvert i slike beslutninger.
- Martens (2015, s. 76-77) konkluderer med mangelfull gjensidig kompetanseoverføring. Kompetansen overføres normalt én vei, og foretakene stiller opp når kommunene har behov for kompetanse både på system- og individnivå. Derimot opplever kommunene at interessen fra foretakenes side for å skaffe seg innsikt i de kommunale helsetilbudene er noe begrenset og mangelfull.

Diskusjoner og innspill:

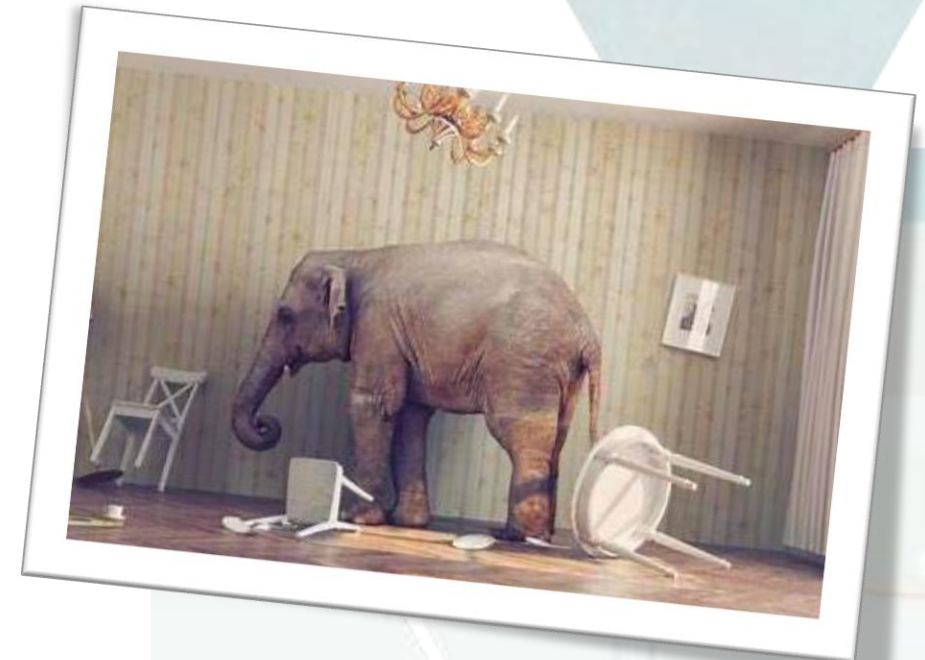
- Behov for bedre, felles analyseverktøy for å følge med og følge opp?
- "Bottom up" tilnærming, mer involverende prosesser – "hva er viktig for deg"?
- Innovasjon, nye måter å løse oppgaver på – hvordan tenke felles rundt utvikling av bærekraftige tjenester for fremtiden?
- LEON-prinsippet, "hospital at home"-filosofi – tjenestene skal ytes der brukeren/pasienten er.
- Fokus på hele mennesket, ikke bare se sykdom og diagnoser, men livskvalitet, mestring, habilitering, rehabilitering, folkehelse, forebygging.
- Se helhetlig på ressurser og prioritering, med kommunene som "grunnmuren" i helsesystemet, "fra parter til partnere".
- Statsforvalternes rolle som koordinator? Erfaringer og mulighetsrom.
- Mer bruk av individuelt utformede avtaler, med utgangspunkt i ulike regionale og lokale behov?



Formål med avtalene

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvarsplasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

- ses i sammenheng med delprosjektet «styrings-informasjon og kvalitets-indikatorer til helsefelleskapene»
- ses i sammenheng med generelt arbeid med utvikling av registre, styringsdata og indikatorer
- ses i sammenheng med kommunenes/helseforetakets egne planer



Hva er nytt?

§ 6-1 plikt til å inngå samarbeidsavtale

Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer. Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner.

Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Innspill:

- sterkere krav til forankring fra øverste beslutningstakere i kommuner og helseforetak
- sterkere krav til medvirkning, involvering (pasienter, brukere og helsepersonell inkl. fastleger)
- økt felles samarbeid om faglige, økonomiske, strategiske virkemidler
- skape avtaler/beslutninger som gir effekt helt ut
- ivareta nasjonale anbefalinger (krav til standardisering) og tilpasse lokale forhold og behov (rammebetingelser)

Hva er nytt?

§ 6-2 nr. 12: konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene

Felles planlegging innebærer mer enn å sende hverandres planer på høring. Fordrer et partnerskap som finner gode løsninger i fellesskap. Partnerskapet skal sammen beskrive hvordan de skal planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere beslutninger som har betydning for sin region (pdsa – sirkelen). Sammen beskrive mål – måloppnåelse (jf. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2017).

§ 6-2 nr. 13: samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

Endringer gitt i Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) trer i kraft 1. august 2022, og introduserer rollen som barnekoordinator. Særlig vektlegge å forebygge og samarbeide om sårbare og utsatte barn, psykiske lidelser, oppvekst, spiseforstyrrelser, barnevernsbarn mm

§ 6-2 Krav til avtalens innhold (1. ledd)

Regelverk (lov eller forskrift)

Avtalene skal minimum omfatte:

- o 1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
- o 2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
- o 3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
- o 4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
- o 5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
- o 6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
- o 7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
- o 8. samarbeid om jordmortjenester,
- o 9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
- o 10. samarbeid om forebygging og
- o 11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.
- o 12. konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene
- o 13. samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser, og som derfor mottar tjenester fra begge forvaltningsnivåene.

Hva er nytt?

§ 6-2 Krav til avtalens innhold (2. ledd)

Regelverk (lov eller forskrift)

Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

Lov om kommunale helse § 6-2 2. ledd

Kilde: lovdata.no

Organisering av helsefellesskap

Kommuner og helseforetak bestemmer selv hvilken samarbeidsstruktur som skal etableres, og avtalen skal minimum etablere ett helsefellesskap hvor følgende tredelt struktur anbefales:

1. Partnerskapsmøte

Møtearena for politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak. Nivået er i helse- og sykehusplan 2020-2023 omtalt som *partnerskapsmøtet*, hvor formålet er å forankre retning for samhandlingen.

2. Strategisk samarbeidsutvalg

Møtearena for administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak. Nivået er i helse- og sykehusplan 2020-2023 omtalt som Strategisk samarbeidsutvalg, der formålet er å utvikle strategier og handlingsplaner, samt håndtere saker og fatte løpende beslutninger.

3. Faglige samarbeidsutvalg

Møtearena for klinisk personell og andre i kommuner og helseforetak. Nivået er i helse- og sykehusplan 2020-2023 omtalt som faglige samarbeidsutvalg, hvor formålet er å utvikle prosedyrer og tjenestemodeller.

- **Helsefellesskapet bør etablere et eget sekretariat**, hvor mange har etablert faste samhandlings/koordineringsstillinger .

Mål - avtalene

A decorative graphic on the left side of the slide. It features several overlapping hexagons in shades of blue, green, and orange. Some hexagons contain icons: a house, a hospital building, a person silhouette, and a network diagram. A vertical orange line is positioned to the right of the hexagons, extending from the top of the graphic area down towards the list.

- God og sammenhengende behandling og oppfølging for brukere og pasienter
- En tydeligere samarbeidsstruktur
- Bedre felles planlegging
- Økt samordning
- Bedre beslutningsprosesser
- Tydeligere prioriteringer
- Felles virkelighetsforståelse
- Behov for lokale tilpasninger

Mål – tjenestemodeller på tvers

- ✓ Helheltlig pasientforløp
- ✓ FACT team
- ✓ Virtuell avdeling

- å tilrettelegge for bedre sammenhengende tjenester med aktiv pasientmedvirkning. Arbeidet bygger på prinsippene om en personsentrert helsetjeneste
- bygge på likeverdighet mellom aktørene innenfor en konstruktivt samspillskultur på tvers av tjenestenivåene
- gi praktisk støtte til kommuner og helseforetak til å komme frem til gode praktiske tjenestemodeller ut i fra lokale forhold, som stimulerer til integrerte tjenester med utgangspunkt i en pasientsentrert helsetjeneste.
- en sjekklister over forhold som bør ivaretas for å sikre godt samspill og overganger mellom aktører, slik at det stimuleres til etablering av sømløse tjenesteoverganger som gir forutsigbarhet og trygghet for pasienter, pårørende og helsepersonell.
- stimulere til integrerte tjenester, der tverrfaglige team er en av modellene som presenteres.

Status

- Arbeidet er kraftig forsinket (pandemi, ressursmangel, langtidssykdom)
- Ny prosjektleder fra okt 2021
- Prosjektgruppe: representanter fra KS, RHF`ene, utvalgte kommuner og Helsedirektoratet
- Intern arbeidsgruppe: etablert februar 2022
- Innspillsmøter x 8 (1.2 – 4.2.2022)
- Konsensusmøte (KS, RHF, utvalgte kommuner og Helsedirektoratet) 15. - 16. mars 2022.

Fremdrift

- Intern og ekstern høring
- Opprette egen temaside – hvor presentasjon av høringsutkast og tjenestemodeller (retningslinjestyret)
- Mål: ferdigstilles ila sommeren



Temaside om samhandling på tvers – tanker om mulig innhold

Side under temaside for helsefellesskap på helsedir.no

Tenk strategisk med felles mål

Tar utgangspunkt i NHSP skisserte omstillingsbehov, viser til lovbestemmelser om planlegging i HF og kommuner og målene i NHSP. Stimulere til å tenke frem mot 2030. Synliggjør helsefellesskapene plass med bl.a. innspill til neste NHSP.

Hva bør diskuteres?

Sjekkliste for hva som bør diskuteres når samarbeidsavtaler og konkrete tjenestesamarbeid skal vurderes/etableres/rulleres + hva som evt. er spesielt for ulike typer tjenester (somatikk, rus/psykiatri, folkehelsearbeid)

Evaluer samarbeidet og mål resultater!

Tips til prosess for å evaluere samarbeidet og rulling av avtaler, måling av resultater/effekter, bruk av resultater inn i planprosesser og å sette nye mål for partnerskapet i helsefellesskapene. Feire med kake.

Etabler et pasientsentrert samarbeid

Om brukermedvirkning, pasientens helsetjeneste/prinsipper for pasientsentrerte tjenester (kunnskapsbasert/WHO basert) og konkrete eksempler på personsentrerte tjenestemodeller

Velg tjenestemodell

Eksempler på ulike typer av tjenestemodeller med ulik grad av partnerskap

Når ingenting nytter

Om håndtering av konflikter, likeverdig partnerskap og veier ut av fastkjørte prosesser – tips og informasjon om regler (bl.a. for samarbeidsavtaler)

Involver tidlig, lær av andre, tenk utradisjonelt!

Om forankring, involvering, åpne prosesser, likeverdig partnerskap og konkrete eksempler på nye utradisjonelle og innovative samarbeid/tjenestemodeller og lenker til nettsteder

Inngå dynamiske/smidige samarbeidsavtaler

Om minimumskrav til avtalestruktur, samarbeidsavtaler og avtaler på tjenestenivå. Maler for samarbeids- og tjenesteavtaler publiseres.

Del erfaringer med oss og andre!

Stimulere til en delingskultur og gi tips om hvor erfaringer kan deles.

Send erfaringer til denne nettsiden!



Ta gjerne kontakt.

Vi ønsker konkrete innspill og presiseringer til veilederen, praktiske eksempler og tjenestemodeller på tvers.

Takk for meg!

Wenche Charlotte Hansen

Seniorrådgiver

Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering

Divisjon kvalitet og forløp

wenche.charlotte.hansen@helsedir.no

Tlf 93097760