

# Handlingsplan for Helsefelleskapet Østfold for perioden 2023-2024

«Sammen om en felles helsetjeneste»

## Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING .....	2
2. INNSATSOMRÅDER - SAMMENDRAG .....	3
3. INNSATSOMRÅDER DETALJERT .....	3

## 1. INNLEDNING

[Helsefelleskapet Østfold](#) består av Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) og Faglig samarbeidsutvalg (FSU) i tillegg til faste underutvalg (partssammensatte) med egne mandater og oppgaver. SSU og FSU er partssammensatt med 5 representanter fra sykehuset og én representant fra hver av de fem helsehusdistriktene som til sammen representerer alle kommunene i Østfold<sup>1</sup> og Vestby kommune. I tillegg har brukerorganisasjonene, ansattes organisasjoner og fastlegene én observatør hver. SSU består av sykehusets og kommunenes øverste ledelse, mens FSU består av kommuneoverleger, rådgivere, ledere og samhandlingssjefer.

Helsefelleskapet Østfold har som mål å skape gode og sammenhengende helsetjenester for pasienter og pårørende. Samhandlingsarbeidet skal ha tydelige mål og rettes mot prioriterte innsatsområder. [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#) 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 helsefelleskapet framover.

SSU skal sikre at sykehusets og kommunenes ledelse er direkte involvert i samarbeidet, og at de rette personene med de rette fullmaktene tar beslutningene. Kommuner og sykehus er likeverdige partnere. Samhandlingssjef kommune sikrer at kommunene er koordinerte. Løpende administrative oppgaver, og saker av faglig karakter som ikke har større administrative og økonomiske konsekvenser, avklares i FSU.

De prioriterte gruppene fra Nasjonal helse – og sykehusplan, skal prioriteres i arbeidet:

- barn og unge
- alvorlig psykisk syke
- pasienter med flere kroniske lidelser
- skrøpelige eldre.

Det finnes egne ressursider for å understøtte dette arbeidet på [Styringsinformasjon utarbeidet av Helsedirektoratet](#) og [Helsefelleskap – Helsedirektoratet](#).

---

<sup>1</sup> Aremark, Fredrikstad, Halden, Hvaler, Indre Østfold, Marker, Moss, Rakkestad, Råde, Sarpsborg, Skiptvet, Våler.

## 2. INNSATSOMRÅDER - SAMMENDRAG

1. Felles planlegging av tjenester til prioriterte grupper
  - a. Barn og unge
  - b. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
  - c. Skrøpelige eldre
  - d. Personer med flere kroniske lidelser
2. Felles planlegging og samarbeid om kapasitet
3. Samarbeid om forebygging
4. Samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet
5. Samarbeid om utvikling av digital hjemmeoppfølging
6. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
7. Utvikle felles digital løsning for kompetanseheving/ kompetansedeling og samhandlingsaktiviteter
8. Samarbeid om å rekruttere og beholde kompetanse
9. Samarbeid om implementering av «Pakkeforløp hjem kreft»
10. Utarbeide et Strategidokument for samarbeidet mellom partene i Helsefellesskapet for 2023-2027

*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.*

## 3. INNSATSOMRÅDER DETALJERT

Hva vil vi?	Hvordan skal vi få det til?	Når
<i>1. Felles planlegging av tjenester til prioriterte grupper</i>		
a) Barn og unge	i. Etablere et fast partssammensatt underutvalg for psykisk helse barn og unge (UBUP) ii. Etablere en felles nettside som inneholder oversikt over kommunale tilbud til barn og unge, informasjon om henvisninger og koordinatorfunksjoner og samhandlingsforløp per diagnose iii. Samarbeid om henvisninger - For å bedre henvisningskvaliteten - Vurdering av henvisninger iv. Følge opp etablering av FACT-ung-team	
b) Personer med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer	i. Følge opp implementeringen av FACT voksen/ ACT team ii. etablere/ reetablere regionale møtearenaer for kommuner, DPS, TSB og psykiatrisk avdeling i hele fylket iii. pasientforløp for pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse	
c) Skrøpelig eldre	i. Følge opp prosjekt «Hva er innafor» ii. Innføre digital hjemmeoppfølging iii. Utarbeide handlingsplan som oppfølging til hoftebruddrapporten	
d) Personer med flere kroniske lidelser	Viktige tiltak og prosedyrer er ivaretatt gjennom prosjekt «Hva er innafor»	

	Utarbeide egenbehandlingsplaner for kronikere som forberedelse til digital hjemmeoppfølging	
2. Felles planlegging og samarbeid om kapasitet	a) Øke bruken av felles statistikk og tallgrunnlag for å sikre en felles virkelighetsforståelse for videre utvikling av en samlet helsetjeneste i Helsefelleskapet	2023
	b) Partssammensatt, tidsavgrenset underutvalg for felles kartlegging av kapasitet og forbruksmønster er etablert og starter arbeidet	
	c) En mer bærekraftig legevakt	
	d) Sørge for felles planlegging og utviklingstiltak som kan påvirke kostnader og gevinster gjennom hele pasientforløpet	
3. Samarbeid om forebygging	a) foreslå tiltak som kan forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet.	
	a) Foreslå tiltak relatert til forebygging og bedre oppfølging av diabetes type 2	
4. Samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet	a) Revidere retningslinje for avviksrapportering med mål om bedre læring av meldingsutveksling	
	b) og fortsette undervisning og kvalitetsforbedring i etterlevelse av samarbeidsavtalen	
5. Samarbeid om utvikling av digital hjemmeoppfølging	Utvikling av en felles løsning på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten	
6. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	Etablere undergruppe som skal følge opp tiltak beskrevet av den tverrfaglige arbeidsgruppen	
7. Behov for en felles digital løsning for kompetanseheving/ kompetansedeling og samhandlingsaktiviteter	Utvikle felles digital løsning for kompetanseheving/ kompetansedeling og samhandlingsaktiviteter mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten	
8. Samarbeid om å rekruttere og beholde kompetanse	a) Utforske kombinasjonsstillinger for blant annet jordmødre i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten	
	b) Felles ansettelsesråd LIS1 – revidere mandatet	
	c) Følge opp prosjekt felles kompetanseplan for skrøpelig eldre	
9. Samarbeide om pakkeforløp hjem kreft	Samarbeid om implementering av pakkeforløp hjem kreft i alle kommuner.	
10. Utarbeide Strategidokument for samarbeidet mellom partene i Helsefelleskapet for perioden 2023-2038?	<p>Felles virkelighetsforståelse for dagens utfordringer og ift. framskrivningene i perioden, særlig for de 4 prioriterte pasientgrupper</p> <p>a. Utvikle felles, gode pasientforløp</p> <p>b. Oppgaveglidninger internt i virksomheter og mellom nivåene</p> <p>c. Hvordan vi i felleskap kan forebygge sykdom og uhelse</p> <p>d. Gjøre bruk av teknologi og digitalisering i tjenestene</p> <p>e. Strategi for å rekruttere og beholde ansatte med rett kompetanse</p>	