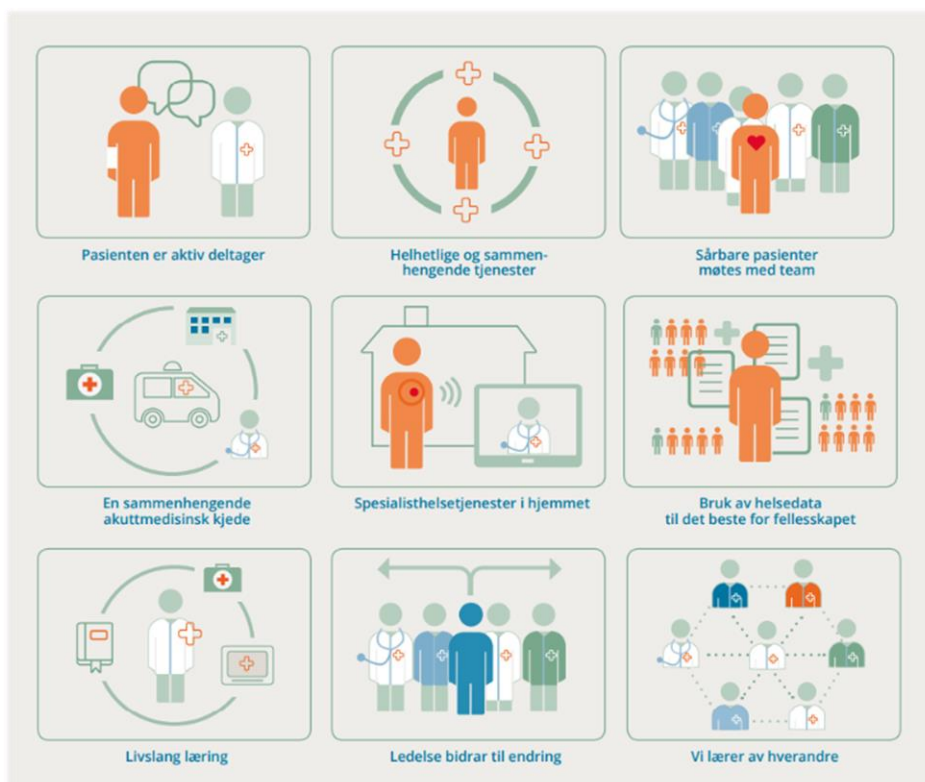




Felles handlingsplan Helsefellesskap Møre og Romsdal 2023-2026

««Heilskaplege helsetenester med pasienten sjølv om aktiv deltakar»»



| | |
|-----------------------------|----|
| Innhald | |
| Innleiing..... | 1 |
| Mål og tiltak | 2 |
| Felles retningslinjer | 20 |

Innleiing

Avtalen om innføring av helsefellesskap er forankra i avtale mellom regjeringa og Kommunenes Organisasjon KS med mål om å skape ei meir samanhengande helse- og omsorgsteneste¹ og i Nasjonal helse- og sykehusplan ². Det vert arbeidd med vidare forankring i ein felles Nasjonal helse- og samhandlingsplan³.



Dei 19 helsefellesskapa i Norge er bedne om å sette spesielt fokus på fire pasientgrupper:

Prioriterte pasientgrupper i helsefellesskapene



¹ [Avtale mellom regjeringa og KS: Etablerer 19 helsefellesskap - KS](#)

² [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](#)

³ [Nasjonal helse- og samhandlingsplan - regjeringen.no](#)

Lokalt er i [Helsefelleskap Møre og Romsdal](#) forankra i [Samarbeidsavtale 2021-2024](#) mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal.

Felles krav for handlingsplanen finnes i delavtale 1 og oppgaven til de faglige samarbeidsutvalgene, spesifikke krav finnes i de øvrige delavtalene.

Oppgaver:

- a. *Utarbeide handlingsplan som konkretiserer ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak. Handlingsplanen skal høres og forankres i de lokale samhandlingsutvalgene og vedtas i strategisk samarbeidsutvalg. Handlingsplanen skal ha årlig revisjon, med evaluering av mål/tiltak/effekt.*
- b. *Ansvar for videreformidling av informasjon til kommuner og helseforetak, og arrangere felles fagdager ved behov.*
- c. *Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge.*

Metode:

Ref. [Modell for kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket.no](#)

Ref. [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

Ytterligere krav til handlingsplan vil kunne gis av Strategisk samarbeidsutvalg SSU. Der tiltak og satsinger får økonomiske konsekvenser for partnerne, eller er av prinsipiell art skal de fremlegges SSU før eventuelt prosjekt iverksettes. Faglige samarbeidsutvalg oppfordres til dialog med lokale LSU. LSU vil kunne bidra og høres, men kan ikke gi oppdrag til de faglige samarbeidsutvalgene uten forankring i SSU. SSU skal ha melding om hvem som er leder/ nestleder/sekretær (med kontaktopplysninger) for de ulike faglige samarbeidsutvalgene.

Partnerskapsmøtet 11.05.22 avgjorde ei endring i oppdraget til dei faglege utvala:

a) *Handlingsplanene skal revideres annen hvert år, med evaluering av mål/tiltak/effekt.*

SSU har i sak 39/22 i møte 16.11.22 avgjort følgende:

Det skal utarbeidast ein Felles handlingsplan for Helsefelleskap Møre og Romsdal for perioden 2023-2026. Handlingsplanen skal presenterast i SSU 14.06.23.

Det etablerast ei arbeidsgruppe og det er ynskjeleg at der er ein overlapp mellom LSU og arbeidsgruppa med fire frå helseføretaket og fire frå kommunal side.

Samarbeidssekretariatet stiller med minst ein person som sekretariatressurs i gruppa.

Mandat:

Arbeidsgruppa konstituerer seg sjølv med leiar og nestleiar.

Arbeidsgruppa innarbeider lovkrav i høve til samhandling og styringsinformasjon for Helsefelleskap.

Arbeidsgruppa innarbeider tiltak frå handlingsplanane til dei faglege utvala. Tiltak retta mot dei dei fire prioriterte pasientgruppene for Helsefelleskap bør identifiserast spesielt.

Arbeidsgruppa evaluerer og oppgraderer handlingsplanen årleg i høve til gjennomføring ilag med dei faglege utvala og presenterer dette i SSU sitt fyrste årlege møte.

Mål og tiltak

Legg inn mål og tiltak tabell under, men juster etter hva utvalget tenker er hensiktsmessig. Prøv å være så konkret som mulig og synliggjør hvem som har ansvaret for de ulike tiltakene. Det skal være mulig å rapportere på status måloppnåelse. Noen tiltak vil kunne ha behov for egne handlingsplaner som konkretiseres ned på det operative nivået.

Fargekoding

| | |
|---------------------------------|--|
| Dei prioriterte pasientgruppene | |
| Ikke gjennomført | |
| Under planlegging/ under arbeid | |
| Gjennomført | |

| Faglege samarbeidsutval for | Kvar vil vi? Hovudmål | Kvar vil vi? Delmål | Korleis skal vi få det til? Tiltak | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|--|---|--|---|------|------|
| Barn og unge Leiar: Jenny Raftevoll Lyngstad Nestleiar: Lene Solheim | 1.Tydelig rolleavklaring og ansvarsfordeling av tjenester ifht barn og unge og deres familier med psykiske vansker/lidelser/rus | | Prosjekt «Barn og unges helseteneste i Møre og Romsdal» ·Tydelig forventnings-avklaring ·Prosjektet utvides med et forløp med rusrelaterte vansker ·Etter hvert også for barn i pediatrien/habilitering | | | |
| | 2.Forutsigbare og koordinerte tjenester for barn og unge og deres familier med sammensatte hjelpebehov | Drift av faglig samarbeidsutvalg barn og unge i Møre og Romsdal | ·Klargjøre koordinatorrollene og rolle til koordinerende enhet i kommune og foretak ·Felles koordinatorskole ·Nettverk for koordinator - Fokus på implementering av individuell plan (IP) | | | |
| | | Drift av faglig samarbeidsutvalg barn og unge i Møre og Romsdal | Monitorering av samlet samarbeid i fylke, prioritering av tiltak, oppfølging handlingsplan | | | |
| | 3.Skape samarbeidsarena for kommunale tjenester og spesialisthelsetjenest en for gjensidig informasjon og implementering av felles oppdrag (årskonferanse) | Samarbeidsarena mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenest en med fokus på: ·nye lover/forskrifter ·aktuelle opplæring/Læringsog mestrings tiltak, prioritering/ansvar ·taushetsplikt/samtykke ·koordinering av tjenester/barnekoordinator | Årskonferanse for alle som jobber for barn og unge i Møre og Romsdal (streamed/digitalt) | | | |
| | 4.Implementering av nasjonale pakkeforløp/veiledere i kommune og foretak | Implementering av de nasjonale pakkeforløp/veiledere i kommune og foretak | Årlig revidering av handlingsplan med vedlegg og relevante veiledere | | | |
| | | Bedre avklaring ifht tilbud for barn og ungdom med såkalt «uavklarte tilstander» | Systematisk dialog mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste rundt henvisningstidspunkt | | | |
| | | Gode overganger fra barn til voksen | Sikre gode overføringsrutiner for barn i pediatrien og i habilitering til voksentjeneste (retningslinje) | | | |
| | | Palliativ plan | Etablere palliativ plan i fylke for barn og ungdom i samarbeid mellom kommune og foretak | | | |
| | | Digitalt samarbeid rundt barn og unges helhetlige behov | Sende innspill til Faglig samarbeidsutvalg for IKT-løsninger og elektronisk samarbeid | | | |
| | Behandler-samarbeid Leder: Stian Endresen Nestleder: Mariann Gammelsæther | Møteplass Møre og Romsdal dokumentet: Jobbe for at at faglige og praktiske oppgaver i helsevesenet i Møre og Romsdal gjøres på rett tid av rett person | I løpet av 2022 revidere Møteplass Møre og Romsdal-dokumentet som konkretiserer ansvar og oppgaver til pasient/pårørende, fastlegene, for kommunene og for | Møteplass Møre og Romsdal dokumentet: Vi skal lage et skriftlig dokument «Møteplass Møre og Romsdal dokumentet» som beskriver oppgavefordelingen mellom pasient/pårørende, fastlege, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| <p>på rett sted. Dette må gjøres slik at de økonomiske og menneskelige ressursene en til en hver tid har tilgjengelig skal utnyttes slik at en får best mulig ressursutnytting. Det betyr «mest mulig utredning og behandling» innenfor de økonomiske rammer som en har tilgjengelig. En skal sikre at oppgaveomfordeling som må skje når en får ny kunnskap, ny teknologi eller nye økonomiske ressurser blir gjort på en slik måte at pasient/pårørende, kommunehelsetjeneste, fastlege og spesialisthelsetjeneste alle er enig om hvem som har ansvaret for hva.</p> | spesialisthelsetjenesten | | | | |
| | I løpet av 2023 sikre at Møteplass Møre og Romsdal-dokumentet høres og forankres i de lokale samhandlingsutvalgene (LSU). | | | | |
| | I løpet av 2023 sikre at revidering blir forankret i strategisk samarbeidsutval | | | | |
| <p>Ansvar for videreformidling av informasjon mellom kommuner og helseforetaket. Bidra med å arrangere felles fagmøter eller fagdager dersom ny oppgavefordeling krever at der overføres kunnskap: Ved ny oppgavefordeling skal en sikre at informasjon om dette formidles til de som blir involvert. En må sikre at der skjer en kunnskaps-overføring før der skjer en oppgave-overføring.</p> | | Samarbeide med andre slik at det blir arrangert fagdager, fagmøter og hospitering når ny oppgavefordeling skal innføres. | | | |
| <p>Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge: En skal samhandle med de to andre tilsvarende fagrådene i HMN for å sikre at vi i Midt Norge har en mest mulig lik oppgavefordeling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og pasient/pårørende. En skal sikre at en «lærer av hverandre» og deler erfaringer slik at en får utnyttet helsepersonell og økonomiske ressurser på en best mulig måte.</p> | | Se på muligheten for å etablere faste møtepunkt med de andre fagrådene i HMN. | | | |
| <p>Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge: En skal samhandle med de to andre tilsvarende fagrådene i HMN for å sikre at vi i Midt Norge har en mest mulig lik oppgavefordeling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og pasient/pårørende. En skal sikre at en «lærer av hverandre» og deler erfaringer slik at en får utnyttet</p> | | Se på muligheten for å etablere faste møtepunkt med de andre fagrådene i HMN. | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | helsepersonell og økonomiske ressurser på en best mulig måte. | | | | |
| Psykisk helsevern og rus Leder: Line Lingen Nestleder: Anders Høe | Få oversikt over status implementering av veileidar. Saman om mestring og identifisere konkrete forbedringsområder som skal ha prioritet i planperioden | Utarbeide og gjennomføre questback undersøkelse som vert sendt til relevante leiarar og helsepersonell i kommunar og HF, samt brukarorganisasjonar | | | |
| | | Oppsummere og legge fram forslag til prioriterte samarbeidsprosjekt/ tiltak som skal gjennomførast lokalt | | | |
| | | I samarbeid med LSU identifisere og prioritere konkrete forbedringsprosjekt/ tiltak som skal gjennomførast lokalt. | | | |
| | Identifisere og legge til rette for utvikling av samarbeidsfora operativt/ fagleg nivå innan psykisk helse og rusarbeid | Via questback, innhente oversikt over eksisterande samarbeidsfora innan psykisk helse- og rus i fylket. Identifisere behov for å utvikle nye fora på fagaleg, operativt nivå. Ambulant, lokalsjukehusvis og/ eller fylkesdekkande | | | |
| | | Legge fram forslag til samarbeidsfora knytta til representasjon, mandat og organisering av SSU. Det skal vektleggast konkret forbedringsarbeid knytta til erfaringsutveksling og beste praksis. | | | |
| | Identifisere og legge til rette for kompetanseutvikling for helsepersonell | Via questback etterspørre og identifisere tema for kompetanseutviklingsbehov for helsepersonell | | | |
| | | Legge til rette for kompetanseutvikling for identifiserte områder som vert gjennomført m.a: <ul style="list-style-type: none"> - Emnekurs - Fastlegemøter - Fagdagar/ konferanser - Anna fora | | | |
| | Identifisere og legge til rette for kompetanseutvikling for brukarar og pårørande | Via questback etterspørre og identifisere tema for kompetanseutviklingsbehov for brukarar og pårørande | | | |
| | | I samarbeid med lærings- og mestringscenteret, dei fire LSU og relevante brukarorganisasjonar utvikle og gjennomføre fylkesdekkande og lokale kurstilbod | | | |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|--|
| Rehabilitering Leder: Eirin Liadal Nestleder: Runa Bakke | Målet er gode samarbeidsformer mellom kommunane og spesialisthelsetenesta, innan kommunane og i helseføretak | Tydeleg informasjon på Helse Møre og Romsdal si internettside om kvar ein finn tilbod om rehabilitering og kor ein kan tilvise i spesialisthelsetenesta . Tydeleg informasjon på kommunane si heimeside når det gjeld tilbod om rehabilitering. | Lage tydeleg internettside/heimeside med samla kontaktinformasjon om tilvising /søknad på aktuelle tilbod om rehabilitering. «Lenke» seg opp mot kvarandre sine internettsider for rehabilitering og tilvising/søknad. | | | |
| | | Avklaring av ansvar- og oppgåvefordeling mellom kommunar og spesialisthelsetenesta (IS1947) | Lage felles retningslinjer for fordeling av ansvar på område for rehabilitering. | | | |
| | | | Kommunane må utarbeide eigne planar for rehabilitering. | | | |
| | | Innbyggerane i Møre og Romsdal opplever saumlause og proaktive helsetenester for pasientar og brukarar med behov for rehabilitering | Etablere samhandling- og samarbeidsmøte mellom spesialisthelsetenesta og kommunen. | | | |
| | | | Informere og implementere handlingsplan for koordinerande eining, koordinator og IP for pasientar og brukarar med behov for rehabilitering | | | |
| | | | Informere og implementere handlingsplan for koordinerande eining, koordinator og IP på tvers av alle faglege samhandlingsutval i Helsefellesskapet. | | | |
| | | | Implementering av barnekoordinator på tvers av aktuelle faglege samhandlingsutval. | | | |
| | | | Ta i bruk digitale verktøy for samhandling (SamPro/Acos) og helseplattformen på tvers av tenestenivå. | | | |
| | | | God preoperativ informasjon og førebuing ut frå alder og sjukehistorie. | | | |
| | | | Pakkeforløp for pasientar og brukarar vert implementert av helseføretak og kommunar i fellesskap. | | | |
| | | | Uavhengig av bustad og diagnose, må innbyggerane sikrast likeverdige tilbod om rehabilitering. | Informasjon om ulike tiltak som både er under etablering og allerede iverksett, for å ivareta dei ulike pasientgruppene sitt behov for rehabilitering. | | |
| | | Fokus på familie, barn og ungdom som er pårørande til pasientar under rehabilitering | Helsepersonell har plikt til følge opp og gi god informasjon til barn som er pårørande | | | |
| | | | Kurs/Webinar | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|--|
| | | Fagutvikling- / kompetanseheving. | Rehabiliteringskonferanse | | | | |
| | | Utvikling av alternativ til døgntilbud i både spesialisthelseteneste og kommunar. | Ta i bruk og utvikle digitale tilbud (videokonsultasjon) | | | | |
| | | | Vurdering av dagtilbud samanlikna med døgntilbud | | | | |
| | | | Velferd teknologi, meistring i kvardagen – å leve livet heime. | | | | |
| | | | Ambulante tenester. | | | | |
| | | | Pasient- og pårørandeopplæring. | | | | |
| | Koordinerande eining skal bidra til heilskapelege og koordinerte tilbud, ha felles forståing og pliktar, ansvar og oppgåver knytt til overordna ansvar for individuell plan og koordinator. | Kjennskap til mandat, oppgåver og ansvar knytt til koordinerande einingar, individuell plan og koordinator | Sørgje for at tilsette har kjennskap og kunnskap om forpliktingar, ansvar og oppgåvefordeling knytt til koordinerande eining, individuell plan og koordinator. | | | | |
| | | | | Leiarar må etterspør og sikre at forpliktingane knytt til individuell plan og koordinator følgjast opp i praksis | | | |
| | Heilskapelege pasientforløp med rett bruk av ressursar på rett nivå | Kontinuerleg opplysning og informasjon om koordinerande eining, individuell plan og koordinator | Inngå som del av kontinuerleg forbetningsarbeid- inn i sjekklister system | | | | |
| | | | | Koordinerande eining må utarbeide rutinar for det heilskapelege arbeidet med individuell plan og koordinator i kommunen. - Rutinane må være integrert i kommunen/HF sitt internkontrollsystem /kvalitetssystem og gjerast kjent og implementerast | | | |
| | | | | Framheve Koordinerande eining i kommunane og helseføretaka | | | |
| | | Sørgje for generell opplæring /opplysningsarbeid til helsepersonell og pasient/brukar koordinerande eining, individuell plan og koordinator vert satt opp som tema i internt undervisningsopplegg | Sørgje for generell opplæring /opplysningsarbeid til helsepersonell og pasient/brukar koordinerande eining, individuell plan og koordinator vert satt opp som tema i internt undervisningsopplegg | | | | |
| | | | | Ta i bruk E-læringer og annet kunnskaps informasjon | | | |
| | | | | Spesiell opplæring, møteplass og rettleiing av koordinatorar/ etablere fadder til koordinatorar | | | |
| | | | | Sjekklister | | | |
| | | Dokumentasjon av individuell plan og koordinator | Sørgje for å dokumentere om det er gjeve informasjon og om pasienten ønskjer/ønskjer ikkje individuell plan/koordinator m.m i kommunen/HF sitt journalsystem | | | | |
| | Synleggjere koordinerande einingar i kommunane og helseføretaket | | Koordinerande eining skal være kjent og synleg for pasient/brukar, pårørande og samarbeidspartnarar | | | | |
| | | | | Synleggjere nettsider | | | |
| | | | | Enkelt for innbyggjarar finne informasjon på internett | | | |
| | | Ha fokus på «Koordinerande | Sørgje for at relevant personell får delta på aktuelle fora | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | | eining, individuell plan og koordinator» som tema i aktuelle fora som; - Rehabiliteringskonferansar -Ringar i vann - Andre | | | | | |
| | Koordinerande einingar skal være synlege og tilgjengelege, utvikle felles rutinar og samarbeidsavtaler for å sikre eit forutsigbart og strukturert samarbeid | Det er utvikla nye reviderte Samarbeidsavtaler med kommuner og HF med tydelege og avklarte ansvars- og oppgåvefordelingar | Sørgje for at tilsette har kjennskap og kunnskap om forpliktingar, ansvar og oppgåvefordeling knytt til koordinerande eining, individuell plan og koordinator. | | | | |
| | | | Leiarar må etterspør og sikre at forpliktingane knytt til individuell plan og koordinator blir fylgt opp i praksis. | | | | |
| | | Kontaktpunkt for samhandling mellom helseføretak og kommunane | Nettverksmøte to gangar pr. år med informasjons-utveksling, kompetanseutvikling og dialog om sentrale områda | | | | |
| | | | Einingane i helseføretak og kommunar skal vere pådrivere for utvikling av samanhengande forløp for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester | | | | |
| | Koordinerande eining må sikre god lederforankring av koordinering, mandat og samhandling, helt frå øverste ledelse i organisasjonen og til utøvande ledd. | Einingane skal synleggjerast som eit sentralt kontaktpunkt og pådrivar for samhandling på tvers av fagområda, nivåa og sektorar. | Koordinerande eining skal ha god leiarforankring, ha tydeleg mandat og mynde. | | | | |
| | | | Eingar skal vere pådrivar for at tenesteytarane i fellesskap kan lykkast i å sette pasient og brukar sitt heilskaplege behov i sentrum for tenesteytinga. | | | | |
| Voksen-habilitering Leder: Hilde Husby Nestleder: Torill Myklebust Hjelseth | [...] sikre forutsigbare og forsvarlige samarbeidsformer, både mellom 1. og 2. linjetjeneste, men også innad i kommune og helseforetak. Det er viktig at samarbeidet er tydelig, forpliktende og ledelsesforankret og ivaretar pasient, dens pårørende og har et nettverksperspektiv. Under har SU oppsummert innsatsområder som i særleg grad vil være nødvendig for å oppnå målet om å skape helhetlige, likeverdige og gode helsetjenester for alle voksne med habiliteringsbehov i Møre og Romsdal | Økt rekruttering av fagkompetanse til habiliteringsfeltet ☑ Vernepleiere ☑ Psykologspesialister ☑ Legespesialister | Henvendelse til NTNU, høyskolen i Molde og høyskolen i Volda vedr. behov for å øke antall studieplasser/tilbud om desentraliserte utdanningstilbud på Sunnmøre | | | | |
| | | | Invitasjon til dialogmøte | | | | |
| | | | Det er etablert gode samarbeidsarenaer mellom kommune – og spesialisthelsetjenest en med faglig fokus på områdene: - Økt beslutningskompetanse / beslutningsstøtte ☑ Arbeid, aktivitet og deltakelse ☑ Systematisk helseoppfølging ☑ Rusavhengighet ☑ Vold og overgrep ☑ Utfordrende adferd - MAP ☑ God seksuell helse ☑ Livsfaser – og overganger | Utarbeide en plan for hvordan samarbeide om økt kompetanse på de ulike områdene. | | | |
| | | | | Årskonferanse for alle som jobber med habilitering i Møre og Romsdal. | | | |

| | | | | | | |
|---|-----------------------|--|--|--|--|-------|
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Nye lover / forskrifter | | | | |
| | | Økt kunnskap om palliativ omsorg til personer med psykisk utviklingshemming særlig knyttet til: <input checked="" type="checkbox"/> Kommunikasjon <input checked="" type="checkbox"/> Smerteforståelse <input checked="" type="checkbox"/> Tverrfaglig kompetanse | Etablere palliativ plan i fylket for personer med utviklingshemming? | | | innen |
| | | Digitalt samarbeid rundt personer med habiliteringsbehov | Se på muligheter i digitale løsninger som helseplattformen, Sampro og andre løsninger | | | |
| | | Det er en tydelig rolleavklaring og ansvarsfordeling av tjenester mellom 1. og 2. linjetjenesten | Ta utgangspunkt i samarbeidsavtale mellom Bo og habilitering i Vestnes kommune og spes. habilitering NR - implementere i alle samarbeidskommuner | | | |
| | | Drift av samarbeidstvalg for voksenhabilitering | | | | |
| | | Personer med habiliteringsbehov har forutsigbare og koordinerte tjenester | <input checked="" type="checkbox"/> Samarbeidsavtaler <input checked="" type="checkbox"/> Evalueringsmøter <input checked="" type="checkbox"/> Koordinatorrolle <input checked="" type="checkbox"/> Sørge for felles koordinatoropplæring <input checked="" type="checkbox"/> Koordinator nettverk - Fokus på IP som en aktiv plan | | | |
| | | Implementering av de nasjonale veilederene i 1 og 2 linjetjeneste | Revidering av handlingsplan med vedlegg og relevante veiledere 2. hvert år | | | |
| Multisjuke, stormottakar og palliasjon Leiar: Tanja Alme Nestleiar: Bardo Driller | Aldersvennlig samfunn | «80 års samtaler»; Hjemme-besøket skal bidra til å øke trygghet og mestring i hverdagen blant hjemmeboende eldre | Det etableres en rutine i kommunene for å tilby forebyggende og helsefremmende 80 års besøk for mennesker som ikke er tilknyttet til kommunale helsetjenester | | | |
| | | Folkemøter om aldersvennlig samfunn | Gjennomføring av Folkemøter om aldring og fremtid i kommunen, bruk av teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin | | | |
| | | Medieoppslag om aldersvennlig samfunn | Info filmer om demens, palliasjon, «Hva er viktig for deg» samtaler (forhåndssamtaler) på helseforetakets og kommunenes hjemmesider (evt. lenker). Kontakt med lokalavis. | | | |
| | | Initiering / styrkning av frivillighetsarbeid | Dialog og samarbeid med frivillige (pasientforeninger, røde kors, mm), etablering av frivillighetsprosjekter for målgruppen | | | |
| | | Opprettholde fysisk aktivitet og funksjonsnivå | Implementering av samfunnsbaserte aktivitetstilbud / rehabilitering som lav terskel tilbud i kommunen; fysisk aktiv, sunnere kosthold, mestre depresjon og søvnvansker. | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|--|---|--|--|--|--|
| | Forhåndssamtaler, «Hva er viktig for deg - samtaler» | Skaffe kunnskap om målrettet implementering / opplæring | Kartlegging av tilbud og bruk av forhåndssamtaler i målgruppen | | | |
| | | Bevisstgjøring om brukermedvirkning og gjennomføring av «Hva er viktig for deg? – samtalen» (forhåndssamtalen) | Opplæring og veiledning av helsepersonell (e-læring, nettside, maler, veileder, individuell oppfølging) www.palliativplan.no | | | |
| | | Systematisk integrering av pårørende | Innføring av kartleggingsverktøy Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) for å imøtekomme utfordringer som pårørende opplever i situasjonen | | | |
| | | Etisk refleksjon | Integrering av veiledning og etisk refleksjon på enhetsnivå som gruppemøter | | | |
| | Palliativ Plan | Skaffe kunnskap om målrettet implementering / opplæring | Kartlegging av tilbud og bruk av Palliativ plan i målgruppen | | | |
| | | Utvide bruk av Palliativ plan generelt i målgruppen, særlig for pasienter som ikke har kreft og pasienter i målgruppen som har behov for kommunale helsetjenester | Kobles til tiltak i sammenheng med bevisstgjøring og gjennomføring av forhåndssamtaler. I tillegg bevisstgjøring om viktigheten av godkjenning av fastlegen, refleksjon sammen med pasienten og elektronisk lagring og overføring til potensielle framtidige behandlere. | | | |
| | Pasientforløp for den eldre multisyke | Bruke føringer og verktøy for gode systematiske pasientforløp for den eldre multisyke | Sjekkliste ved skift av behandlingssted, tidlig oppdaging og rask respons ved forverret somatisk tilstand, systematisk observasjonskompetanse | | | |
| | | Forankring i ledelse på tvers av tjenestenivåer | Systematisk tilbud om brukermedvirkning ved aldersrelatert redusert helse og rolle som tjenestemottaker | | | |
| | | Koordinert bruker og pårørende sentrert oppfølging | Inkludering av pårørende tidlig i forløpet ved antatt vedvarende funksjonssvikt, særlig ved mennesker med demens | | | |
| | | Integrering av hverdags-rehabilitering | Et trent og koordinert tverrfaglig team etableres som leverer flere hjemmebesøk, opprettholder uavhengighet i meningsfulle aktiviteter i dagliglivet og reduserer behov for langsiktige tjenester | | | |
| | Kompetanse på rett sted | Spesialistkompetanse i primær-helsetjenesten | Etablering av Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT) med ressurser og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. | | | |
| | | Erfaringsutveksling på tvers av tjenestenivåer | Gjensidig hospitering (primær og spesialisthelsetjenesten) | | | |
| Kontinuerlig kompetanseutvikling | | Kompetanseplaner, fagdager, fagsamlinger, videreføring til andre kolleger prosedyrebank, | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|
| | | | undervisning i utdanningsinstitusjoner | | | |
| | Bruk av velferdsteknologi | Forberedelse helseplattform for målgruppen | Digital forberedelse av samtaler via Helseplattform (HelsaMi) | | | |
| | | Forberedelse Palliativ plan i helseplattform | Inkludering av Palliativ plan som Felles behandlingsplan i behandlingsforløp i Helseplattform | | | |
| | | Velferdsteknologi skal være en naturlig del av vurderinger som blir gjort rundt den multisyke pasient | Sikre at velferdsteknologi blir vurdert i: 80 års samtalen Palliativ plan Hva er viktig for deg Forhåndssamtale Gode pasientforløp Aldersvennlig samfunn | | | |
| | | Bruk av digital oppfølgingsverktøy | Systematisk medisinsk avstandsoppfølging, videokonsultasjon og digitalt tilsyn | | | |
| Fagleg samarbeidsutvalg for Kunnskapsoverføring, forskning og utdanning, samt praksiskonsulentordninga Fungerande leiar og sekretær: Bodil Haugen Våge | <i>Partene skal gjennom gjensidig involvering i forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling skape en helhetlig, kostnadseffektivt og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste til det beste for pasienten.</i> <i>Partene skal sikre rutiner og ta i bruk tilgjengelige verktøy for informasjonsutveksling, veiledning og kunnskapsoverføring for å sikre gode tjenester og helhetlige pasientforløp.</i> <i>Kommuner og spesialisthelsetjenesten har gjensidig veilednings- og informasjonsplikt ovenfor hverandres</i> | Utvalet skal a)arbeide for utvikling og etablering av fora og møteplasser som kan sikre god kontakt mellom forskere i helseforetaket og samarbeidspartnere i kommunen. | Det finst eit <i>Samarbeidsorganet i Møre og Romsdal</i> – eit rådgjevande organ innan forskning utdanning og innovasjon, men er ikkje ein del av Helsefelleskap Møre og Romsdal. Utvalet har stilt spørsmål til kven som er medlemmar i organet. Organet har difor avgjort å utvide med medlemmar frå statsforvaltar og fylkeskommune. Utvalet ynskjer å gje innspel på mandat til organet i den hensikt å inkludere kommunal sektor meir. | | | |
| | | | Utvalet anbefaler at dei faglege utvala har eit medlem med forskerkompetanse (phd evt master) som kan ha fokus på innhenting av data og bidra med analyser i arbeidet med tiltak for aktuelle pasientgrupper, evt. også med eit spesielt fokus på behov for utdanningsbehov. | | | |
| | | | Eventuelt arbeide for å gjere tilgjengeleg kurs for dei faglege utvala i <i>Bruk av forskning i praksis. Kunnskapsbasert praksis:</i> | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <p>medarbeidere. Det vil si at helsepersonell som er ansatt i, eller yter tjenester omfattet av lovverket for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal gjensidig gi hverandre råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendige for å kunne løse oppgaver etter lov og forskrift Veiledningsplikten omfatter både generell veiledning og veiledning knyttet til bestemte grupper og enkeltpasienter. Det er særlig aktuelt ved overføring av pasienter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og ved utforming av individuelle planer for pasienter med langvarige og koordinerte tjenester.</p> | | <p>Hvordan finne, kvalitetsvurdere og bruke forskning i en travel arbeidshverdag? Det finst slikt kurs på nett: Kunnskapsbasert praksis - nettressurs og e-læringskurs - FHI</p> | | | |
| | b)sikre formidling og implementering av ny kunnskap. | <p>Formidling og implementering av ny kunnskap er gjerne knytt til arbeid i dei kliniske samarbeidsutvala knytt til delavtale 1, 3, 4, 5 og 6, i samarbeid med LSUane. Nokre av fagutvala har angitt tiltak som t.d. fagdagar.</p> | | | |
| | c)arbeide for tidlig og god involvering av kommunen i aktuelle samarbeidsprosjekt. | <p>Kartlegge kva som finst av relevante prosjekter der kommunar er/kan involverast. (OBS! Lovverket for føretak og kommunar er ulikt ift forskning. Helseplattformen er blitt forbedret base for prosjektsamarbeid – ein er i gang med eit kommuneprosjekt under Innovasjonssenteret, men er ikkje forankra i helsefellesskapet.)</p> | | | |
| | d)sikre involvering i evaluering av prosjekt som har konsekvenser for begge parter | <p>(Dette er relevant for dei som driv med samarbeidsprosjekt og må kvalitetsikrast knytt til desse. Samarbeidsprosjekt - Helse Møre og Romsdal (helse-mr.no))</p> | | | |
| | e)utvikling av nye produkt, tjenester eller organisasjonsformer som bidrar til; 1.styrket helsetjeneste i form av økt kvalitet | <p>Utvalet anbefaler at innovasjon integrerast i oppgåvene til dei kliniske samarbeidsutvala knytt til delavtale 1, 3, 4, 5 og 6, evt i samarbeid med LSUane. Behov vil springe ut av behov og operasjonaliserast med utgangspunkt i data / kunnskap frå til dømes</p> | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|--|
| | | 2.forbedrede arbeidsprosesser 3.økt sikkerhet for pasienter og helsepersonell | avviksregistrering og systematisk kvalitetsarbeid. | | | |
| | | f)bruk av innovasjon i organisering, tjenestetilbud og teknologi for å bedre pasientflyt mellom behandlingsaktør er internt og eksternt i pasientforløpet, understøttet av pasientene sine egne ressurser, preferanser og mulighet for mestring. | Utvalet anbefaler at innovasjon integrerast i oppgåvene til dei kliniske samarbeidsutvala knytt til delavtale 1, 3, 4, 5 og 6., evt også LSUane. Behov vil springe ut av behov og operasjonaliserast med utgangspunkt i data / kunnskap frå til dømes avviksregistrering og systematisk kvalitetsarbeid. Innovasjonstakta bør aukast og også omfatte organisering og utvikling generelt. | | | |
| | | g)samarbeid med universitet, høgskoler og kommuner om praksisstudier og utvikling av etter- og videreutdanninge r. | Avklare utvalet si rolle/arbeidsdeling ift Samarbeidsorganet i Møre og Romsdal - Helse Møre og Romsdal (helse-mr.no) Det er tradisjon for lokale initiativ når det gjeld behovsmeldingar til høgskular/ universitet. | | | |
| | | h) samarbeide for å legge til rette for praksisplass/tjenestetid i utdanningsløpet for leger i spesialisering i allmennmedisin (LIS), herunder avtale om tjenesteutveksling. | Det er mange vikariat i HMR for å tilby utdanningsplass i ALIS forløpet. Nasjonale støtteordningar: ALIS kontorene Nasjonal ALIS og veiledning Styringsgruppa for LIS utdanning har vedteke å jobbe med ein avtale. | | | |
| | | i)bidra til kompetanseutvikling til det beste for pasienten og pårørende | Utvalet anbefaler at dette bør inn i oppgåvene til faglege samarbeidsutvala knytt til delavtale 1, 3, 4, 5 og 6 f.eks ift lærings-og meistringsaktivitetar der det er behov. | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|-------|--|---------|
| | | <p>j) skape møteplasser og nettverk for kunnskapsoverføring og kompetansebygging mellom tjenestenivå. Digitale møteplasser vurderes som viktig verktøy i kompetansebygging.</p> | <p>Utvalet anbefaler at dette bør inn i arbeidet i faglege samarbeidsutvala knytt til delavtale 1, 3, 4, 5 og 6 der det er behov.</p> <p>Er allerede inkludert <i>ref. delavtale 4, 4.1: organisatorisk, teknisk og kunnskapsmessig deling.</i></p> <p>Kan også inkludere arbeide med digitale læringsportalar.</p> | | | |
| | | <p>k) samarbeide for å sikre at partene skal legge praktisk og økonomisk til rette for gjensidig hospitering for helsepersonell.</p> | <p>(Erfaringar syner at hospitering ikkje fungerer i særleg grad.</p> <p>Viss det er knytt til opplæring i spesielle prosedyrar kan det vere av interesse i spesifikke tilfeller.)</p> | | | |
| | | <p>Praksiskonsulentordninga skal</p> <p>a) bidra til hensiktsmessige retningslinjer for informasjonsutveksling.</p> <p>b) bidra til hensiktsmessig praksis for innleggelse og oppfølging av pasienter ved utskrivning.</p> <p>c) delta i utarbeidelse av retningslinjer i pasientforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester.</p> <p>d) formidle informasjon av betydning for partene og partene sitt arbeid.</p> | <p>Praksiskonsulentordninga: Er etablert med 130% stilling for allmennlegar frå dei fire regionane i fylket.</p> | 2021 | | |
| | | | <p>a) b) Samarbeid med fagleg samarbeidsutval for behandlarar om utvikling av Møteplass Møre og Romsdal - ny retningsline for samarbeid mellom fastlegar og sjukehuslegar.</p> | 2023 | | |
| | | | <p>Utgreie om andre helsepersonellgrupper bør ha liknande ordning.</p> <p>Aktuelle: Tildelingskontor, sjukepleiarar, fysioterapeutar.</p> <p>Utgreie om privatpraktiserande med HELFO avtale bør inkludert i helsefelleskapsstrukturen.</p> | | | 2024/25 |
| | | | <p>d) Samarbeider med Legeforeninga i fylket når det gjeld teljande kliniske emnekurs for fastlegar.</p> <p>Praksiskonsulentane</p> | Årleg | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|
| | | | underviser LiS 1 legar i HMR ved oppstart der. | | | |
| Fagleg samarbeidsutval for Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg Leder: Elin Hansen Ytterbø Nestleder: Elisabeth Herje Sogge | 1. Forebygge vold i svangerskapet og mot de aller minste barna | | Arbeide for implementering av aktuelle voldsforebyggende tiltak i svangerskaps-, fødsel og barselomsorgen i Møre og Romsdal, m.a. – «Stine Sofie Foreldrepakke» – «I trygge hender» – «Tidlig Inn» Legge til rette for/planlegge kompetanseutvikling innen temaet forebygging av vold på felles fagdager Utvikle samarbeidet om de mest sårbare familiene, m.a. Barneblikk | | | |
| | 2. God amnestart og oppfølging av amming/ernæring | | Opprettholde godkjenninger som - Ammekyndige helsestasjoner - Mor-barn-vennlige sjukehus | | | |
| | | | Reimplementere pasientforløpet Planlagt keisersnitt HMR | | | |
| | | | Bidra til å styrke samarbeidet rundt amming og ernæring – Kartlegge og synliggjøre kompetansehevingstilbud, m.a. digitalt kurs «AmmElæring» – Kartlegge og bidra til synliggjøring av digital pasientinformasjon om amming/ernæring | | | |
| | | | Legge til rette for/planlegge kompetanseutvikling innen temaet amming på felles fagdager. | | | |
| | | | Arbeide for - Tilstrekkelig bemanning og kontinuitet i barselavdelingene - Løsning for gjensidig hospitering mellom helsestasjoner og føde/barsel avdelinger. Foreldreforberedende kurs/ammekurs i svangerskapet. | | | |
| | 3. Tilrettelegge for partners plass i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen | | Bidra til å legge en plan for målrettede tiltak som styrker/inkluderer partners rolle, bl.a. - Oppfordre partner til deltagelse ved svangerskapskonsultasjoner og i barseltida -Tilbud om foreldreforberedende kurs i svangerskapet | | | |
| | 4. Kartlegge og følge opp kvinners psykiske helse i svangerskap, under fødsel og i barseltid | Bidra til økt fokus og samarbeid rundt gravides psykiske helse (Siv Haugen) | Synliggjøre verktøy for å identifisere gravide med psykiske vansker | | | |
| | | | Synliggjøre gjeldende tilbud for gravide med psykiske utfordringer | | | |
| | | | Undersøke mulighet for å utvikle nye tilbud til gravide med psykiske vansker | | | |
| Legge til rette for/planlegge kompetanseutvikling innen | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|
| | | | temaet psykisk helse på felles fagdager. | | | |
| | | | Identifisere muligheter Helseplattformen gir for overføring av informasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. | | | |
| | 5. Forebygge rusrelaterte skader i graviditet og småbarnstid (Elin Ytterbø) | | Synliggjøre verktøy for kartlegging av rusbruk | | | |
| | | | Arbeide for implementering av nasjonalt pasientforløp «Gravide og rusmidler» | | | |
| | | | Legge til rette for /planlegge kompetanse-utvikling innen temaet rus i graviditet og småbarnstid på felles fagdager. | | | |
| | 6. Tilrettelegge for familier med flerkulturell bakgrunn (Hege Kvalheim) | | Synliggjøre informasjon på ulike språk. | | | |
| | | | Bruk av kvalifisert tolk i møte med familier med flerkulturell bakgrunn, gjelder for alle planlagte konsultasjoner/samtaler (jf. Tolkelova) | | | |
| | | | Legge til rette for/planlegge kompetanseutvikling innen temaet flerkulturell forståelse på felles fagdager | | | |
| Fagleg samarbeidsutval for IKT-løysingar og elektronisk samarbeid Leder: Odd Arne Maridal Nestleder Ann Kristin Røyset | Det overordnede målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte | -Innbyggere skal få bedre og mer helhetlige helse- og omsorgstjenester, og mulighet til å i større grad medvirke i egen og næres helse. -Helsepersonell skal ha tilgang til mer brukervennlige digitale løsninger, tilpasset deres arbeidshverdag. | 1. Innføring av Helseplattformen. Dette inkluderer forberedelser, innføring og videreutvikling, og har hovedprioritet. Samarbeidsutvalgets rolle er å tilrettelegge for og utvikle samhandling gjennom Helseplattformen. | | | |
| | | | 2. Videreutvikling av velferdsteknologi / utadvendt sykehus. Utvikling av tjenester der folk bor er en prioritert oppgave for både primær- og spesialisthelsetjenesten | | | |
| | | | 3. Effektiv utnyttelse av Teams og lignende samhandlings-verktøy | | | |
| | | | 4. Økt dialog og samhandling mellom IKT-miljøene i primær- og spesialisthelsetjenesten | | | |
| | | | 5. Koordinert arbeid om bruk av data på tvers av aktører. | | | |
| | | | 6. E-meldinger skal vedlikeholdes og videreutvikles etter behov. | | | |
| | | | | | | |
| Fagleg samarbeidsutval for samarbeid om helsefremmende og forebyggende helsearbeid Leder: Merete Kløvning | Økt helsekompetanse | Tidlig innsats | Bedre synliggjøring av kurs og gruppebaserte lærings- og mestringstilbud: Etablere arbeidsgruppe på tvers av kommuner og helseforetak som utarbeider felles oversikt over lærings- og mestringstilbud og andre helsefremmende tilbud i kommuner og helseforetak | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|--|---|--|--|--|
| Nestleder: Eli Bente Langva | | | Måleverktøy: Lenke til oversikt publisert på alle kommuners og helseforetakets sine hjemmesider Måle deltakelse i kommuner og helseforetak | | | |
| | | | Opprette «Kurskatalog» i Helseplattformen med utgangspunkt i LMS sin kurskatalog Måleverktøy: Lærings- og mestringskurs er presentert på ett sted, med mulighet for å sortere etter geografisk plassering | | | |
| | Likeverdige tjenester | | Videreutvikle Helsepedagogikk-kurset som en felles samarbeids- og utviklingsarena mellom kommuner og sykehus. Årlige tilbud om grunnkurs i helsepedagogikk til helsepersonell i spesialisthelsetjeneste og kommune (brukermedvirkning er en egen del i dette tilbudet.) Måleverktøy: Måle deltagelse i kommuner og helseforetak | | | |
| | | | Etablere et årlig møtepunkt for personer som arbeider med forebygging, helsefremming, læring og mestring i sykehus og Måle deltagelse i kommuner og helseforetak Årlig oversikt over deltagelse Arbeidsgruppe med representanter fra kommunehelsetjenesten og LMS LMS LMS kaller inn med utgangspunkt i arbeidsgruppe knyttet til delmål 1, i tillegg åpent for flere deltakere Påbegynt Påbegynt 2023 6 kommuner, inkludert brukerrepresentanter Måleverktøy: Årlig oversikt over deltagelse | | | |
| | | | Pasient- og pårørendeopplæring synliggjort i alle aktuelle pasientforløp (lokale prosedyrer til pasient/pakkeforløp) Måleverktøy: Lenker i pakkeforløp | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | Ivaretagelse av pårørende | <p>Identifisere og tilrettelegge for kompetanseutvikling for helsepersonell: Gjennomføre GAPundersøkelse blant ansatte i spesialist- og kommunalhelsetjenesten Tema: prosedyrer, lovverk, nasjonale retningslinjer for pårørendearbeid. Formål: kartlegge nåværende praksis og kunnskap, identifisere forbedringsområder som legger grunnlag for undervisning og opplæring</p> <p>Arrangere fagdag med utgangspunkt i avdekt behov i GAPundersøkelsen</p> <p>Måleverktøy: Resultat fra GAP - undersøkelsen</p> | | | |
| Fagleg samarbeidsutval for Helseberedskap Leiar: Hans Olav Ose Nestleiar: Harald W Digernes | Risikostyring: Partnere i helsefelleskapet har omforent forståelse for dimensjonerende scenarier, risiko og sårbarhet | | Gjennomgå relevante risiko- og sårbarhetsanalyser og beredskapsanalyser | | | |
| | | | Partnere bidrar til at relevante risiko- og sårbarhetsanalyser blir oppfattet som dekkende for avtalepartenes egne og sammenfallende behov | | | |
| | Beredskapsplaner: Vi har et samarbeid med de øvrige fagrådene i Midt-Norge og Helsefelleskapet i Møre og Romsdal | | <ul style="list-style-type: none"> - Bidra til dialog mellom ulike fagråd - Vurdere digital plattform for deling av planer - Dele vesentlig informasjon om planverk mellom partnere i løpet av 4-6 årlige møter i fagutvalget. - Bidra til at relevante Helseberedskapsplane er oppdaterte og oppfattes som dekkende for egne og sammenfallende behov. - Bidra til å skape felles struktur | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| | | for beredskapsplaner i helsefelleskapet | | | |
| | Øvelser: Det er etablert et samarbeid om planlegging og gjennomføring av øvelser på ulike nivå, og at disse primært tar utgangspunkt i relevante ROS-analyser. | - Innspill til øvingsplaner - Bidra til at helserelaterede øvelser blir ivaretatt - Anmode om oversikt over planlagte øvelser - Bidra til at evaluering og læring blir fulgt opp og implementert | | | |
| | Forsyningssikkerhet: Våre planer for forsyning og forsyningssikkerhet for materiell og medisinsk utstyr er samordna og delt | - Informere og dele erfaringer, planer og kompetanse | | | |
| | Varsling og krisekommunikasjon: Har oversikt over varslings- og krisekommunikasjon | - Følge opp rutiner for varsling og krisekommunikasjon - Utarbeide flytskjema | | | |
| | Kompetanseheving: Det er etablert et samarbeid om opplæring og vedlikehold av kunnskap og kompetanse i krisehåndtering. | - Dele relevant faglitteratur innen tematikk. - Gjennomføre fagdag innen beredskap og krisehåndtering - Arbeid i fagutvalget - Vurdere hospitering | | | |
| | Samarbeid: Det er etablert samarbeider med andre nødetater, samfunnssektorer og frivillige organisasjoner | - Benytte fagutvalget som forum der man kan drøfte samordningsutfordringer. - Legge til rette for at partnere kan diskutere saker hvor det er behov for bedre samordning. - Dele informasjon om relevante mål og prosesser | | | |
| Fagleg samarbeidsutval for akuttmedisinsk kjede Leiar: Erlend Bae Nestleiar: Knut Erik Skogheim | Betre digital samhandling mellom aktørane i den akuttmedisinske kjede | Elektronisk utveksling av opplysningar mellom AMK og LVS. | | | |
| | | Etablere rutiner for videokonferanse mellom prehospitalt personell og sentralane | | | |
| | Prehospital samhandling | Vidareutvikle og forplikte samhandlingsmøter | | | |
| | Auke kompetanse i den akuttmedisinske kjede | Samtrening mellom legevakt og ambulanse | | | |
| | | Legevaktene vert invitert til felles øvingar mellom naudetatane | | | |
| | Større kunnskap om den akuttmedisinske kjede | Felles fagdag for alle aktuelle aktørar | | | |
| | Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge: En skal samhandle med de to andre tilsvarende fagrådene i HMN for å sikre at vi i Midt Norge har en mest mulig lik oppgavefordeling mellom fastleger, spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og pasient/pårørende. En skal sikre at en «lærer av hverandre» og deler erfaringer slik at en får utnyttet helsepersonell og økonomiske ressurser på en best mulig måte. | Se på muligheten for å etablere faste møtepunkt med de andre fagrådene i HMN. | ? | | |
| | | | | | |

Felles retningslinjer

1. *Retningsline Langtidsmekanisk ventilasjon(LTMV) frå 2022.*⁴
2. *Retningsliner om bruk av kommunalt følgepersonell til pasientar som er tl behandling i Helse Møre og Romsdal HF*⁵ Sjå også Loggskjema retningsline kommunalt følgepersonell(word)
3. *Møteplass Møre og Romsdal 2022*

⁴ [Sak 22-22 vedlegg 1 - Retningslinje langtidsmekanisk ventilasjon LTMV.pdf \(helse-mr.no\)](#)

⁵ [RETNINGSLINER OM BRUK AV KOMMUNALT FØLGJEPERSONELL TIL PASIENTAR SOM ER TIL BEHANDLING I HELSE MØRE OG ROMSDAL HF.pdf \(helse-mr.no\)](#)