

Referat – godkjent 13.juni 2012

Møte om: **Nasjonal koordineringsgruppe - Samhandlingsreformen**

Saksnr.:

Tilstede: Helge Eide for adm. dir. Sigrun Vågeng, KS
Direktør Gudrun Haabeth Grindaker, KS
Åse Snåre, for kommunaldirektør Bjørg Månum Andersson, Oslo kommune
Rådmann Tor Arne Gangsø, Vågå kommune
Kommuneoverlege Hege Basmo, Hamar kommune (til kl 1500)
Adm.dir Gunnar Bovim, Helse Midt-Norge RHF
Fylkesmann i Vestfold, Erling Lae
Direktør for Helsedirektoratet, Bjørn-Inge Larsen
Direktør for fylkeslinjen i NAV, Bjørn Gudbjørgsrud
Dep.råd Eivind Dale, KRD
Dep.råd Ingelin Killengreen, FAD
Dep.råd Ellen Seip, AD
Eksp.sjef Petter Øgar, KTA, HOD
Kst. eksp.sjef Cathrine Meland, SHA, HOD
Marius Fosse for eksp.sjef Jon Olav Aspås, FHA, HOD
Bjørn Astad for eksp.sjef Ole T. Andersen, ADA, HOD
Eksp.sjef Kari Sønderland, HRA, HOD
Eksp.sjef Frode Myrvold, EIA, HOD
Leder av Nasjonalt nettverk for samhandlingsreformen, Tor Åm, HOD

Forfall: Dep.råd Anne Kari Lande Hasle, HOD
Kommunaldirektør Per Haarr, Stavanger kommune
Dep.råd Trond Fevolden, KD

Observatører: Elisabeth Salvesen, Nina Husom, HOD, Anne Grete Slåtten, Hdir

Dato: 28.03.2012

Møteleder: Petter Øgar

Referent: Aina Strand

1) Innledning og referat fra møtet 31.01.12

Ingen merknader til referatet.

2) Tilbakemeldinger fra gruppens medlemmer

Hovedinntrykket som meldes er at det er gode erfaringer med iverksettingen så langt, og at utviklingen er i tråd med reformens intensjoner, selv om det også erfares utfordringer.

Samarbeidsavtalene er i hovedsak inngått, og man er i gang med å forberede neste runde med avtaler som skal inngås innen 1.juli. Det er kun i Stavanger-området at man ikke har underskrevet avtalen ennå (*er senere underskrevet*) og noen kommuner i Helse-Nord-området. Inntrykket er at prosessene rundt avtaleinngåelse bidrar til tettere samarbeid på alle nivåer mellom kommuner og helseforetak.

Det er blant annet utfordringer knyttet til at:

- Kommunikasjon mellom sykehus og kommuner må foregå på telefaks.
- Noen steder bruker man media til å kommunisere uenighet og vansker, i stedet for å snakke sammen lokalt.
- Rutiner rundt bruk av telefonkonsultasjoner mellom helsepersonell i sykehus og i kommune bør klargjøres, herunder hvordan dette skal journalføres.
- Det er ulik fortolkning av når en pasient er utskrivningsklar. Sykehusene vurderer at det nå er færre utskrivningsklare pasienter som venter på overføring til kommunene.
- Omstillinger i helsetjenesten også har bakgrunn i andre forhold enn samhandlingsreformen, som generelle krav om budsjettkutt eller endringer i behandlingsmetoder og pasientforløp. Det er viktig å være ryddig i begrunnelser.

Fra Oslo kommune stilles det spørsmål til beregningsgrunnlaget for de økonomiske overføringene knyttet til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Kommunen erfarer at pasientene skrives tidligere ut enn før. Det er gode samarbeidsrutiner mellom det enkelte sykehus og bydelene, men det etterlyses bedre samordning av informasjon mellom de ulike sykehusene i Oslo.

KS viser til at Helsedirektoratets rapportering om styringsdata skal korrigeres etter den første tertial-rapporteringen. Det bes om at saken settes opp på neste møte i koordineringsgruppen.

RHF'ene viser til at det på rehabiliteringsområdet skjer store faglige endringer, hvor pasientforløpene endrer seg pga endringer i behandlingsmetoder. Liggetid i sykehusene er kortere og pasientene vil profitere på at gjenopptrening skjer umiddelbart i hjemmet. Det er økt behov for kommunale tjenester. Det erfares store variasjoner i kommunenes rehabiliteringstilbud. Det bes om at rehabiliteringsfeltet settes opp på dagsordenen til koordineringsgruppen.

Fra Fylkesmannen blir det påpekt at pasientsikkerhetsperspektivet bør følges særskilt, i lys av at det er en økning i utskrivinger og endringer i pasientforløpene.

HOD orienterte om oppnevning av uavhengig tvisteløsningsnemnd. Kommuneadvokat Hanne Harlem skal lede nemnda. For ytterligere opplysninger:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2012/oppnevning-av-medlemmer-til-nasjonal-tv.html?id=677532>

HOD orienterte fra møte med arbeidstakerorganisasjonene 27.mars hvor det ble etterlyst bedre medvirkningsprosesser lokalt ifm samarbeidsavtalene. KS viste til at det har vært avholdt møte med organisasjonen som oppfølging av Felleserklæringen, og viser til at organisasjonene ikke er part i avtalene.

3) Orientering fra Nasjonalt nettverk for samhandlingsreformen

Behovet for mer satsing på kompetanse blir fremhevet fra nettverket. Kommuner og helseforetak bør gå i dialog med fylkeskommunen om utdanning av helsefagarbeidere.

Behovet for bruken av elektroniske meldinger aksentueres med mer vekt på få utskrivningsklare pasienter overført til kommunene. Nettverket etterlyser fortgang i dette, jf den varslede stortingsmeldingen om e-helse og IKT.

Nettverket skal følge utviklingen lokalt og rapportere om gode eksempler. Et hovedinntrykk er at samhandlingsreformen har blitt en referanse lokalpolitisk.

Øgar, HOD, viste til at Nettverket har en viktig lyttefunksjon. På et planlagt arbeidsmøte vil nettverket foreta en evaluering av sitt arbeid og vurdering av hvordan nettverket kan brukes bedre, og Øgar ber om at de som er sentrale i nettverket kan delta på dette.

4) Orientering om følge- med- funksjoner ved Helsedirektoratet

Styringsdata for kommuner på nett/ved div.direktør Olav Slåttbrekk, jf vedlagte ppt.pres.

Helsedirektoratet har i samarbeid med KS utarbeidet et styringsdata-opplegg som skal kunne gi kommunene informasjon om innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester. Rapporteringen bygger på NPR, og vil bli ytterligere utviklet. Foreløpig er finansielle data og aktivitetsdata på plass. Tabellgenerator er under utvikling, slik at kommunene selv skal kunne sammenstille og bryte ned data for å kunne sammenlikne seg med andre kommuner og innenfor helseforetaksområdet når det gjelder totalforbruk, diagnoser, pasientgrupper m.m. Kommunene får informasjon om hva den kommunale medfinansieringen går til, og får nyttig informasjon for å planlegge tjenestetilbudet i lys av samhandlingsreformen.

Informasjonen kan sammenstilles med Kommunehelseprofilene til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Ytterligere informasjon på Helsedirektoratets hjemmesider, under "økonomiske virkemidler – samhandlingsreformen". Dataene publiseres som et excel-ark.

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-sykehusaktivitet/Sider/default.aspx>

Opplegg for rapportering av samarbeidsavtaler, ved Anne-Grethe Slåtten, jf. vedl ppt.pres.

Inngåelse av de lovpålagte samhandlingsavtalene skal rapporteres til Helsedirektoratet, som har fått i oppdrag å følge gjennomføringen av reformen. Helsedirektoratet vil i samarbeid med de regionale helseforetakene etablere en rutine hvor avtalene skal innsendes til RHF'ene som også vil få ansvar for å publisere dem. Orientering jf vedlagte ppt.pres.

5) Orientering om etablering av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, regelverk for tilskuddsordning og retningslinjer

ved Helsedirektoratet, ved Kristin Mehre.

Jf vedlagte ppt.pres ble det orientert om veiledningsmaterieell som Helsedirektoratet har utarbeidet i samarbeid med KS. Kommunenes plikt til å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp inntreffer fra 1.1.2016, men det er viktig at planlegging og innfasingen starter allerede nå i samarbeid med helseforetakene.

Veiledningsmateriellet skal bistå kommunene og helseforetakene i etableringen av slike tiltak. Helsedirektoratet har ansvar for en tilskuddsordning til kommunene til delfinansiering av ordningen. Det kreves at det er inngått en samarbeidsavtale med forpliktende planer før utbetaling vil skje.

Helsedirektoratet har fått gode tilbakemeldinger på veiledningsmateriellet. Det er også avholdt regionvise opplæringskonferanser. Det er allerede mottatt søknader fra noen kommuner/kommunesamarbeid. Det forventes store lokale forskjeller i tempo for innfasing og utformingen av slike tilbud.

Denne bestemmelsen kan forstås som et lokomotiv for innfasing av reformen. Det er viktig at kommunene ser mulighetene til å etablere tilbud utover minimumskravene, og vurderer samarbeidsløsninger med andre kommuner for å kunne gi gode og forsvarlige tilbud.

Ytterligere informasjon på Helsedirektoratets nettsider:

<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen.aspx>

6) Orientering om KS-undersøkelser v/Gudrun Grindaker

KS vil ha flere FoU om samhandlingsreformen, blant annet:

- En undersøkelse for å få oversikt over samhandlingsprosjekter som er på gang i landets kommuner. Det er rapportert inn over 870 prosjekter. Det er stor bredde i prosjektene. Det er flest prosjekter om utskrivningsklare pasienter. KS vil ferdigstille en rapport, hvor informasjonen også vil bli koplet til annen styringsinformasjon. KS vil også opprette en prosjektportal.
- FoU om utskrivningsklare pasienter er under planlegging. Det er et ønske fra kommunene å få belyst om praksis endrer seg. Det er utarbeidet et standardskjema som kommunene skal rapportere på og som vil gi systematisk informasjon.
- En undersøkelse om hva samhandlingsreformen har kostet så langt? F eks kostnader til administrasjon.

7) Orientering om Samplan, styrking av plankompetanse om samhandling, ved Helsedirektoratet ved/Kristin Mehre, jf vedlagte ppt.pres.

For å styrke kompetanse om samhandlingsplanlegging er det satt av 10 mill kr i statsbudsjettet. Helsedirektoratet har i samarbeid med KS og SEVS (Senter for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging) etablert et studieprogram på masternivå ved 5 studiesteder for opptil 1000 studenter.

8) Eventuelt

Ingen saker.

Neste møte blir 13.juni kl. 1000 i Helsedirektoratet. Revidert dagsorden sendes ut senere. Planlagt møte 26.april avlyses.



Helsedirektoratet

Styringsdata for kommuner på nett

Divisjon helseøkonomi og finansiering

Presentasjon for Nasjonal koordineringsgruppe 28.mars 2012

Styringsdata på helsedirektoratet.no

- Finansielle data (på plass)
 - Kommunal medfinansiering månedlig
- Aktivitetsdata (på plass)
 - Somatisk aktivitet tertialvis
 - Psykisk helse og rusdata i løpet av 2012
 - Utskrivningsklare pasienter
 - Forhåndsberegnede data og indikatorer
 - Lav brukerterskel
- Brukerstyrte tabellgeneratorer (kommer)
 - All aktivitet
 - Høyere brukerterskel, men større fleksibilitet ang hva man vil se på (gitt at data er anonyme)

Hva kan styringsdataene brukes til?

- Gir kommunene informasjon om innbyggernes bruk av sykehustjenester
 - Ved prioritering av relevante tiltak
 - Ved vurdering av f.eks forebyggende tiltak i kommunen, for hvilke pasientgrupper har kommunen relativt sett høyere sykehusbruk enn andre sammenlignbare kommuner?
 - Følge med utviklingen ved gjennomføring av tiltak
 - Endres bruken av sykehus som forventet?
- Gir kommunene informasjon om betalingsgrunnlaget

Eksempler på spørsmål data gir svar på

- Hvor mange innbyggere i Flora kommune hadde et opphold og/eller konsultasjon i et somatisk sykehus i 2010?
- Hvor mange opphold hadde pasienter 79 år og eldre fra Bærum kommune per 2. tertial 2011? Absolutt og per 1000 innbyggere?
- Ved hvor mange opphold ble pasienter fra Namsos kommune utskrevet til sykehjem i 2010?
- Antall opphold og konsultasjoner for pasienter med diabetes fra Bodø kommune per 2 tertial 2011?
- Hva er utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for medisinske akuttinnleggelser fra 2009 til 2. tertial 2011 i Grimstad kommune?
- Og mange, mange andre spørsmål.

Kort demonstrasjon..

- <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-sykehusaktivitet/Sider/default.aspx>
- <http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering/tallgrunnlag/Sider/default.aspx>
X

Videre arbeid i 2012 - hovedpunkter

- Justering av publisering basert på innspill fra KS
- Publisere data også for psykisk helse og rusbehandling
- Vurdere bruk av KUHR-data og IPLOS
- Utvikling av varig presentasjonsplattform
 - Fra excel til mer brukervennlig plattform
- Videreutvikling basert på innspill og brukererfaring
 - komfin@helsedir.no



Følge-med funksjon for samarbeidsavtalene

Koordineringsprosjektet for samhandlingsreformen
v/ Anne Grethe Slåtten

Presentasjon for Nasjonal koordineringsgruppe 28.mars 2012

Forvaltningsmessig følge-med oppdraget

- *Helsedirektoratet skal følge gjennomføringen av reformen gjennom å innhente data og følge med på effekten av tiltak og virkemidler, herunder inngåelse av lovpålagte samarbeidsavtaler, oppbygging av nye tilbud i kommunene, utvikling av spesialisthelsetjenesten, samt vurdere effektene de nye lovene har for kommunal planlegging og organisering av tjenestetilbudet. Direktoratet skal innen utgangen av juni hvert år i innfasningsperioden(2012-2015) gi departementet grunnlag for rapporteringer på måloppnåelse i Prop. 1 S for det påfølgende år.*

(Sitat fra tildelingsbrev 2012)

Forvaltningsmessig følge-med opplegg av samarbeidsavtalene

Helse- og omsorgstjenesteloven kap 6

- Skisserer plikt til å inngå avtalene
- Definerer minimumsinnhold i avtalene
- Presiserer at avtalene skal sendes inn til helsedirektoratet





Innsending og registrering av avtalene

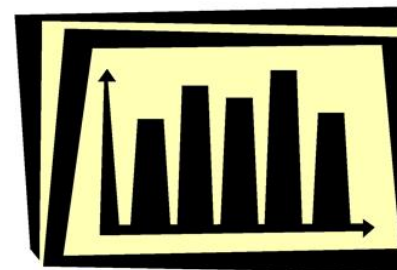
Prosedyren som etableres er:

- De signerte avtalene som er inngått arkiveres i helseforetakene og de publiseres på helseforetakets hjemmeside. Publiseringen skal være av en slik karakter, slik at en sørger for at det er enkelt å følge historikken etter hvert som avtalene reforhandles.
- Det lages link på RHFenes hjemmesider til det stedet hvor avtalene ligger.
- Helsedirektoratet har utarbeidet et regneark for registrering av de inngåtte avtalene
- RHFene sørger for å fylle ut registreringsskjema for sitt RHF område og oversender denne registreringen inn til Helsedirektoratet sammen med linker for hvor avtalene er publisert.

Hva registreres og følges med på ift avtalene?

Lovpålagte minimumskrav:

- Antall kommuner per RHF område har inngått avtale.
- Antall kommuner per RHF område som mangler delavtaler og hvilken delavtale.
- Antall kommuner per RHF område som har en overordnet avtale.





Hva registreres og følges med på ift avtalene?

Anbefalninger i veileder:

- Antall kommuner med fellesavtale og enkeltavtale
- Antall kommuner som har inngått avtale om avvikshåndtering.
- Antall kommuner som har inngått avtale om bruk av tvisteløsningsnemd.
- Antall kommuner som har inngått avtale om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
- Antall kommuner som har inngått andre ikke lovpålagte delavtaler og på hva.

Andre følge-med prosesser på avtalene

- Prosessuelle og innholdsmessige erfaringer ved avtaleinngåelse
- Grad av implementering og bruk som verktøy i virksomhetene
 - I samarbeid med fylkesmennene
 - I samarbeid med KS
 - Nasjonale nettverket

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Veiledningsmateriell og regelverk for tilskuddsordning

Nasjonal koordineringsgruppe
28.mars 2012

avdelingsdirektør Kristin Mehre
avd. omsorgstjenester Helsedirektoratet

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5:

Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp:

"Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig.

Kommunen skal (fra 2016) sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.

Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til"

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 6: Samarbeid mellom kommuner og regionale helseforetak mv.

- *Om plikt til å inngå samarbeidsavtale og minimumskrav til avtalens innhold*
- *§ 6-2, pkt 4: beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Frivillig fra 2012, men lovpålagt fra 1. januar 2016*

Innhold i veiledningsmateriellet

Hovedelementene:

- Planlegging og forberedelser
 - Kartlegging, analyser, vurdering av samarbeid med andre kommuner
 - Etablering av tilbud - hva skal kommune og helseforetak samarbeide om - hva skal inn i samarbeidsavtalene?
- Faglig forsvarlighet
 - Pasientgrupper, personellbehov og tilgjengelighet, kompetanse, støttefunksjoner og utstyr
- Organisering
 - Sammenhengen med de øvrige kommunale tjenestene
 - Interkommunalt samarbeid – kapasitet og fleksibilitet

Etablering av tilbudet

Samarbeidsavtalene bør beskrive:

Hovedområdene:

- pasientkategorier
- kompetanse
- støttefunksjoner og utstyrskbehov
- lokalisasjon av tilbudet
- hvem kan bidra med hva

Hjelpespørsmål i veilederen.

Spesielt om kommunikasjon og informasjon

Samarbeidsavtalen bør beskrive:

- En felles kommunikasjonsplan som sikrer at befolkningen og tjenesteyterne (fastleger / leger, ambulanse, hjemmesykepleien) kjenner til og er trygge på det nye tilbudet
- Hvordan nye rutiner og retningslinjer skal utarbeides og implementeres i de aktuelle tjenestene

Faglig forsvarlighet og kvalitet på tilbudet

Aktuelle pasientgrupper

Pasienter med:

- Forverring av kjente tilstander, med avklart diagnose og funksjonsnivå
- Akutt forverring av en kjent tilstand på grunn av forhold som infeksjon, dehydrering eller ernæringssvikt, og hvor utløsende årsak er avklart
- Behov for observasjon og behandling hvor innleggelse i institusjon er nødvendig. For eksempel; fall uten brudd, feber, og eliminasjonsproblemer som vannlatingsbesvær, diaré eller obstipasjon

Forutsetning: pasienter med avklart diagnose og funksjonsnivå som kommunen er i stand til å behandle, og hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten. Forut for innleggelse skal pasienten være tilsett av lege.

Pasientgrupper som IKKE er aktuelle for ø-hjelp tilbudet

- Klinisk dårlige og uavklarte pasienter
- Akutt forverring av kjent kronisk sykdom
- Hjerterinfarkt, hjerneslag, dårlige lungepasienter og pasienter med kramper
- Akutt funksjonssvikt hos eldre med kronisk sykdom hvor det er vanskelig å finne årsaksforhold
- Eldre med nyoppstått forvirring
- Traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- Intox

Personellbehov og tilgjengelighet

- Tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet
- Foreta en vurdering av nødvendig medisinsk faglig kompetanse sett opp mot de aktuelle pasientgrupper.
- Utarbeide en plan som beskriver legens funksjons- og ansvarsområder og tilstedeværelse.
- I organisering av legetjenesten må det tas høyde for akutte situasjoner og endringer i pasientens tilstand
- Tilgjengelighet til øvrige helsepersonellgrupper må vurderes opp mot de pasientgruppene som skal observeres og behandles
- Det bør foreligge en avtale om døgnskcontinuerlig mulighet for konferanse med kontaktpersoner i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel gjennom videokonferanser og bakvaksordninger med både lege og sykepleier

Kompetanse, støttefunksjoner og utstyr

Kompetanse

- Observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse
- Styrke basiskompetansen knyttet opp mot behandling og oppfølging av aktuelle pasientgrupper
- Prosedyrekunnskap: hjerte/lunge redning og nødvendig bruk av medisinsk utstyr
- Gode ordninger for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening
- Tilgjengelig kompetanse i helseforetaket for kommunen
- Fleksibel kompetanseutveksling

Støttefunksjoner og utstyr

- Investeringer til utstyr og drifting av utstyret
- Sambruk og stordriftsfordeler
- Valg av utstyr og støttefunksjoner må samsvare med det som avtales med helseforetaket

Økonomiske rammer for ordningen

- Utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnplasser er beregnet til 1,048 mrd kroner fra 2016.
- Utgiftene fullfinansieres gjennom overføring fra RHFenes basisbevilgninger.
- I perioden 2012-2015 overføres midlene gradvis, etter hvert som kommunene etablerer tilbud.
- Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet, andre halvpart av midlene overføres fra helseforetakene fra det tidspunkt som er fastsatt i samarbeidsavtalen.
- Fra 2016 innlemmes midlene i sin helhet i rammetilskuddet til kommunene.

Nærmere om Helsedirektoratets tilskuddsordning

Hvem skal søke?

- Alle kommuner skal søke i det året tilbudet blir etablert, også de som konverterer et eksisterende tilbud kan søke.

Søknadsfrister?

- 1. juli 2012 for etablering inneværende år.
- 1. mars for årene 2013-2015.
- Det er bare i etableringsåret at kommunene skal søke. De påfølgende år blir tilskuddsmidlene automatisk videreført.

Innhold og rapportering?

- Krav til innhold i eget søknads skjema
- **Søknaden skal være vedlagt underskrevet samarbeidsavtale**
- Løpende rapportering på aktivitet og ressursbruk vil bli innarbeidet i ordinær rapportering fra kommunene, herunder Kostra

- Samarbeid
- Faglig forsvarlighet
- God kommunikasjon/informasjon



Lykke til!

Samhandling i plan - Helse og Omsorg i Plan

«HelOmPlan»

Nasjonal koordineringsgruppe
28.mars 2012

avdelingsdirektør Kristin Mehre
avd. omsorgstjenester Helsedirektoratet

Bakgrunn

- Prop 1 S (2010 – 2011) – bevilgning til styrking av kommunenes planleggingskompetanse knyttet til implementering av Samhandlingsreformen
- 10. mill pr. år planlagt fram til 2015
- Ta med erfaringer fra programmene «Helse i plan» og «Omsorg i plan»

Hovedmål

- Etablere og drive et opplærings- og utviklingsprogram i langsiktig og strategisk samfunnsplanlegging på følgende områder:
 - Folkehelseområdet
 - Helse- og omsorgsområdet
- Målgruppe i kommuner, fylkeskommuner, FM embeter og helseforetak er:
 - Personer som er ansvarlige for planlegging av folkehelse, helse- og omsorgstjenester

Opplæringsprogrammet skal:

- Bidra til en **god implementering av samhandlingsreformen**, herunder ny folkehelselov og ny helse- og omsorgstjenestelov.
- Styrke kommunenes, fylkeskommunenes og helseforetakenes **kompetanse på helhetlig planlegging** innen folkehelse og helse- og omsorgstjenestene.
- Sikre **tverrfaglig og tverrsektoriell planlegging** for at kommunene, fylkeskommunene og spesialisthelsetjenesten kan drive god samfunnsplanlegging innen folkehelse og helse- og omsorgstjenestene.
- Gi kompetanse som bidrar til **innovasjons- og utviklingsarbeid** på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå, bl.a. gjennom å ta opp i seg erfaringene fra Helse i plan-prosjektet 2006-2010 og Omsorg i plan.

Formål (fortsettelse)

- Utvikle og ta i bruk **verktøy og arbeidsformer** som støtter det lokale og regionale planarbeidet.
- Tydeliggjøre **sammenhengen mellom ulike faktorer som påvirker helsetilstanden** i befolkningen og den sosiale fordelingen av disse faktorene. Dette innebærer bl.a. å tydeliggjøre andre sektors ansvar i folkehelsearbeidet

Styring / ansvar i programperioden

- Tilskudd fra Helsedirektoratet - **Koordineringsgruppe Helsedirektoratet og SEVS (KS) – styringsdialog på innhold, fremdrift og måloppnåelse i henhold til tilskuddsregelverket**
 - Intern styringsgruppe i SEVS/KS for prosjektet.
- Referansegruppe med deltakere fra:
 - Kommuner
 - Fylkeskommuner
 - Fylkesmannen
 - Miljøverndepartementet
 - Helsedirektoratet
 - Helse- og planfaglig miljø
- Faglig utviklingsnettverk mellom høyskole- / universitetsmiljø
- Følgeevalueringsprogram (ekstern og intern) – se på faglig måloppnåelse

- Utdanningsprogram på **masternivå** innen faget «Helse og Omsorg i Plan»
- **Programperiode 2012 – 2015**
- Tilbud **til 800 – 1000 studenter** i programperioden
- Kompetansegivende = **30 studiepoeng** (tellende ½ år i masterstudium – samfunnsplanlegging)
- «**Valgfri eksamen**»
- Utvikle læremateriell
- Utvikle støtteverktøy i helse- og omsorgsplanlegging
- Alle deltakere skal levere prosjektoppgave med utgangspunkt i plan-/utviklingsoppgave på eget arbeidssted i løpet av kurset

Status

Workshop på Gardermoen 8. februar 2012

Inngått intensjonsavtaler med følgende studiesteder:

- Høgskolen i Lillehammer
- Høgskulen i Volda
- Universitetet i Tromsø
- Høgskolen i Vestfold

16. Kriterier for opptak

- Geografisk spredning i forhold til deltakere
- Sikre deltakelse fra målgruppene kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn
- Arbeidsgiver skal ha gitt sin skriftlige anbefaling for søkers deltakelse
- Søker må inneha eller tenkt inn i en funksjon hvor planleggingskompetanse inne helse- og omsorgsområdet vil være viktig
- Samarbeide mellom deltakere omkring «arbeidskrav» og «prosjektoppgaver»
- Kan oppfylle kravet om deltakelse på samlingene

Ramme for studiet

- 2 semester
 - 4 – 5 samlinger og maksimalt 15 dagers undervisning
 - Prosjektoppgave fra egen arbeidsplass
 - 2 – 4 arbeider sammen om prosjektoppgavene
 - Veiledning
 - Krav om oppmøte på undervisning
-
- **Økonomi**
 - **Undervisning, veiledning og opphold dekkes av KS/SEVS**
 - Reise, semesteravgift, lærebøker dekkes av student/arbeidsgiver
 - Fri med lønn vil være en sak mellom ansatt og arbeidsgiver

- Pre – info på KS.no, Høgskolene og som mail til kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn ca. 1. april 2012
- Utlysing av kursene med søknadsskjema, studieplaner og annen informasjon ca. 18. april 2012
- Søknadsfrist 18. mai 2012
- Opptak av 40 studenter x 4 kurs (totalt 160 studenter) vil skje innen 15. juni 2012
- Oppstart på 4 kurs i begynnelsen av september 2012
- Kursene går over 2 semester (høst 2012 og vår 2013)