



Handlingsplan for Helsefelleskapet Ahus og kommunene 2026-2027

- rullering

Behandlet og godkjent av	Dato	Merknad
Partnerskapsmøtet	05.02.26	

Dokumentinformasjon	
Versjon 3.0	Gyldig fra 05.02.26

VISJON

Bedre sammen

MÅL

Helsefelleskapet skal sikre helhetlig innsats og samhandle for å utvikle og levere bærekraftige, gode og sammenhengende helsetjenester til befolkningen

VERDIGRUNNLAG

Samarbeidet skal bygge på likeverdighet og respekt mellom partnerne, og basere seg på nasjonale verdier for helsetjenesten



Satsningsområder

SATSNINGSOMRÅDE 1

Utvikling av tjenester til de prioriterte pasient- og brukergruppene

Barn og unge

Personer med flere kroniske lidelser

*Personer med alvorlige psykiske
lidelser og rusproblemer*

Eldre med skrøpelighet

*Kvinner under svangerskap-, fødsels-
og barselomsorg*

SATSNINGSOMRÅDE 2

Digitale løsninger og innovasjon

SATSNINGSOMRÅDE 3

Fremtidig rekruttering og kompetanse



Mål og tiltak 2026-2027

Arbeidsutvalget (AU) har et koordineringsansvar for handlingsplanen, på vegne av Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Hvor vil vi? «Oppdraget»	Målgrupper	Tiltak Hvordan skal vi få det til sammen?	Hvordan vet vi at vi har lykket?	Ansvarlig/ utfører	Frist
Sikre gode og sammenhengende tjenester til de prioriterte pasient- og brukergruppene	Barn/unge	Styrke og videreutvikle samhandlingen rundt barn/unge/familie:			
		Kartlegging av samhandlingsutfordringer innen område barn/unge	Igangsatt og lagt frem forslag til tiltak	Fagråd barn/unge/familie	2026
		Etablere samarbeidsrutiner mellom Barne- og ungdomsklinikken og kommunene for barn som får hjemmebehandling (bl.a. Avansert hjemmesykehus for barn)	Samarbeidsrutiner er etablert	Fagråd barn/unge/familie	2026
		Etablere og videreutvikle samarbeidsmodell for avklaring av hjelpebehov på rett nivå Jfr. Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier - Helsedirektoratet Utprøving av samarbeidsmodell «Felles dialogbasert inntak psykisk helse barn og unge» - bedre samhandling om inntak av barn/unge som henvises til behandling	- Raskere hjelp på rett nivå for henviste barn - Mer effektiv flyt	LSF barn/unge Nedre Romerike Prosjektgruppe fra BUP/Ahus, Rælingen og Lillestrøm	2027 <i>(tildelt rekrutterings- og samhandlingsmidler 2026)</i>
		Etablere/videreutvikle <i>FACT Ung-team</i> - samarbeidsmodell for koordinert oppfølging av unge voksne (12-24 år) med store og sammensatte behov FACT ung	- FACT Ung-team er etablert i hver region - Antall pasienter som er inkludert	LSF barn/unge i hver region	2027



Hvor vil vi? «Oppdraget»	Målgrupper	Tiltak Hvordan skal vi få det til sammen?	Hvordan vet vi at vi har lykkes?	Ansvarlig/ utfører	Frist
			Ungdata-rapporter		
		Pilotere prosjektet « <i>Tidlig sammen for de minste</i> » - bekymringer rundt barn 6-18 mnd. med atypisk sosial utvikling: - Opplæring tidlig screening i kommunene - Tilpasset samspillsveiledning av foresatte		Prosjektgruppe fra HABU/Ahus og Rælingen	2027 (tildelt rekrutterings- og samhandlingsmidler 2026)
	Eldre med skrøpeligheit	Identifisere sårbarhet/skrøpeligheit tidligst mulig og forebygge funksjonsfall:			
		Spredning og implementering av tjenestemodellen <i>Integrerte helsetjenester for sårbare eldre</i> (IHT) til alle kommunene Integrerte helsetjenester - sårbare eldre	Opptrappingsplan IHT: - Antall kommuner som deltar - Antall pasienter som er inkludert	Driftsråd IHT	2027
		Utvikle et eget <i>IHT-pasientforløp for forsterket hjemreise</i> for pasienter > 65 år med sammensatte behov og høy risiko for reinnleggelser Piloter i Prosjekt X	- Prosjekt etablert - Antall kommuner som deltar - Antall pasienter som er inkludert	Driftsråd IHT	2027
		Innføre kunnskapsbasert fallforebyggende tiltak: - Identifisere risikoindivider og årsaker til fall - Innføre tiltakspakke for fallforebygging	Ahus-data: - Vurdere relevante NPR-data som datakilde for antall fallskader - Antall innleggelser i sengepost m/fallskade	Fagråd eldre med skrøpeligheit	2026



Hvor vil vi? «Oppdraget»	Målgrupper	Tiltak Hvordan skal vi få det til sammen?	Hvordan vet vi at vi har lykkes?	Ansvarlig/ utfører	Frist
		Etablere gode systemer for registrering av fall Fallforebygging hos eldre - Helsedirektoratet	- Antall hoftebrudd Kommunedata: - Antall registrerte fall i tjenestene (fra fagsystem) - Antall gjennomførte kartlegginger fallrisiko		
	Personer med sammensatte behov, gjentatte sykehus-innleggelser og kort liggetid før utskrivning	Sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp:			
		Utvikle og prøve ut en modell for <i>helhetlige pasientforløp*</i>) for pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp, fra innleggelsestidspunktet til oppfølging i kommunen. Tre innsatsområder: - Akuttinnleggelser - Kommunenes vurderingsarbeid - Fastlegenes kjennskap til pasientens funksjon og skrøpelighetsnivå	Fase 1 (høsten 2026): - Modell for felles behandlings- og utskrivningsforløp med prosedyrer, kompetansekrav og indikatorer for evaluering, er utarbeidet Fase 2 (2026-2027): - Modell er testet ut og evaluert - Forslag til implementering i helsefellesskapet, er utarbeidet	Prosjektgruppe med Ullensaker, Lørenskog, Kongsvinger (?), Nordre Follo og Ahus	2027 <i>(tildelt rekrutterings- og samhandlingsmidler 2026)</i>



Hvor vil vi? «Oppdraget»	Målgrupper	Tiltak Hvordan skal vi få det til sammen?	Hvordan vet vi at vi har lykkes?	Ansvarlig/ utfører	Frist
		Prøve ut <i>forløpskoordinator</i>*) i kommunen, som jobber på tvers mellom ulike kommunale tjenester og opp mot Ahus' kliniske avdelinger og samhandlingsavdelingen *) <i>Utprøvingen er koblet til prosjekt om helhetlige pasientforløp</i>	• Bedre kommunikasjon mellom ulike instanser • Mer effektiv dokumentasjon • Tiltak for videre gjennomføring i kommunene er definert	Prosjektgruppe Lørenskog	2027 (tildelt rekrutterings- og samhandlingsmidler 2026)
	Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer	Styrke og videreutvikle samhandling mellom tjenestene:			
		Implementere prosedyre for utskrivning av pasienter dømt til behandling og overgang til TUD	• Gjensidig opplevelse av bedre samarbeidsklima om pasientgruppen	LSF voksne i hver region	2027
		Etablere/videreutvikle FACT-team - samarbeidsmodell for personer med alvorlig psykisk lidelse/avhengighetsproblematikk (ROP) og lavt funksjonsnivå FACT (fleksibel aktiv oppsøkende behandling) FACT - samhandlingsteam	• FACT brukes som samarbeidsmodell i hele opptaksområdet • Etablerte FACT-team skal evaluere modellen iht. Fidelity-skalaen	LSF voksne i hver region	2027
		Teste ut modellen «En vei inn» - felles psykisk helsemottak «En vei inn til felles psykisk helsemottak» Sykehuset i Vestfold HF Ny og raskere vei til psykisk helsehjelp - Sandefjord kommune	• Bedre samordning av henvisninger og hva som er riktig tilbud for pasient	LSF voksne Nedre Romerike	2027 (tildelt rekrutterings- og samhandlingsmidler 2026)



Hvor vil vi? «Oppdraget»	Målgrupper	Tiltak Hvordan skal vi få det til sammen?	Hvordan vet vi at vi har lykkes?	Ansvarlig/ utfører	Frist
		Utvikle et <i>IHT-pasientforløp for multisyke</i> innbyggere med behov på tvers av psykisk helse, rus og somatikk Piloter i Prosjekt X	- Har definert tjenesten og aktuelle pasientgrupper - Teste ut tjenestemodell i en kommune/Ahus	Styringsgruppe for prosjektet	2027
	Personer med flere kroniske lidelser	Styrke og videreutvikle samhandling mellom tjenestene gjennom:			
		Spredning av digital hjemmeoppfølging « <i>Mitt liv, mitt ansvar</i> » (MILA) - I kommunene - Til flere diagnosegrupper Digital hjemmeoppfølging	- Antall inkluderte og aktive DHO-pasienter - Antall DHO-forløp (diagnosegrupper) - Forbruk av helsetjenester før og etter innføring av DHO - Antall kommuner som deltar	Driftsråd MILA	2027
	Personer ≥ 55 år med mild kognitiv svikt (MCI) og økt risiko for demens-utvikling	<i>«IMMI-prosjektet»</i> : Utvikle en skalerbar modell for samhandlingsbasert diagnostikk og behandling gjennom: - Kompetanseoppbygging i 1. linjetjenesten - Standardiserte rutiner for diagnostikk, opplæring og oppfølging - Digital støtte og strukturert datainnsamling og plattformer for analyse og evaluering	Har utviklet en helhetlig modell for individuell tilpasset behandling av MCI og forebygging av demens, som kan breddes til alle kommunene i helsefellesskapet	Prosjektgruppe Gardermoregionen og Ahus	2027 (tildelt rekrutterings- og samhandlings-midler 2026)



Hvor vil vi? «Oppdraget»	Målgrupper	Tiltak Hvordan skal vi få det til sammen?	Hvordan vet vi at vi har lykkes?	Ansvarlig/ utfører	Frist
		- Tilgang til nye blodbaserte biomarkører for diagnostisk presisjon - Norsktilpasset modell for ernæringskartlegging			
	Kvinner under svangerskap-, fødsels- og barselomsorg	Styrke og videreutvikle samhandling mellom tjenestene:			
		Skape en trygg og individuelt tilpasset overgang mellom sykehus og kommune i barseltiden: - Teste ut delte stillinger for barnepleiere - Teste ut hjemmebarn med Dignio	Vurdere bruk av felles oppfølgingstjeneste etter modell fra MILA	Styringsgruppe for prosjektet (KK/Ahus og kommunene i Gardermoregionen)	2027
Sikre systematisk kunnskapsdeling og kompetanseutvikling	Helsepersonell i kommunehelsetjenesten og sykehus	Lage implementeringsplaner samtidig med revisjon og utforming av nye avtaler, retningslinjer og prosedyrer mv. i helsefellesskapet	Følger revisjonsplan for avtaler, retningslinjer og prosedyrer mv.	AU	Løpende
		Gjensidig hospitering: - Videreutvikle ordningen – mer fleksibilitet - Spre ordningen til flere tjenesteområder	Retningslinje for hospitering er revidert til en mer fleksibel modell og omfatter flere tjenesteområder	Fagråd kompetanse og innovasjon	2027
		Styrke medisinsk samhandlingskompetanse for leger i sykehus og primærhelsetjeneste: - Beslutningsstøtte til henvisere - Arbeid med utskrivningsklare pasienter - Arbeid med henvisninger - Arbeid med epikriser og innhold	Har etablert delte stillinger med samhandlingsleger	Medisinskfaglig samarbeidsutvalg (MSU)	2027



Hvor vil vi? «Oppdraget»	Målgrupper	Tiltak Hvordan skal vi få det til sammen?	Hvordan vet vi at vi har lykkes?	Ansvarlig/ utfører	Frist
		Kommunikasjon/informasjon			
		Kompetansestyringsverktøy og komplett kurstilbud for helsepersonell i kommunene	Etablert Kommune Komplett på Kompetansebroen	Prosjektgruppe	2027