HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Strategisk samarbeidsutvalg

Møtereferat Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Dato:	13.12.2023
Kl.slett:	Hovedmøte kl. 12.00-15.30. Formøter 11.30-12.00
Sted:	Fysisk Digitalt deltakelse

Tilstede

Medlemmer med stemmerett

Hogne Eidissen	Rådmann, Senja kommune, Midt-Troms IPR
Gry Andersen	Ass senterleder, ESI UNN, vara for Anita Schumacher
Lise Figenschou	Fastlegerepresentant
Jan Hugo Sørensen	Kommunedirektør, Nordreisa Kommune, Nord-Tromsrådet IPR.
Heidi Eriksen Laksaa	Kommunalsjef, Narvik kommune, Hålogalandsrådet
Magne Nicolaisen	Avdelingsdirektør, Tromsø kommune, Tromsøregionen IPR
Eirik Stellander	Klinikksjef, Psykisk helse- og rusklinikken, UNN
Elin Gullhav	Konstituert klinikksjef, Barne- og ungdomsklinikken UNN
Leif Røssås	Fastlegerepresentant
Jon H. Mathisen	Klinikksjef, Akuttmedisinsk klinikk
Vibeke Haukland	Driftsleder, UNN Narvik
Torill Skår	Kommunalsjef, Harstad Hålogalandsrådet (IPR)
Rigmor Hamnvik	Kommunalsjef, Balsfjord kommune Tromsøregionen IPR
Terje Olsen	Brukerrepresentant, Brukerutvalget, UNN

Medlemmer med møte- og talerett

Astrid Gramstad	Institutt for helse og omsorgsfag UIT, vara for Silje Wangberg
Morten Juul Sundnes	Fylkeslege, statsforvalteren i Nordland
Kirsti Mikalsen	Representant KE kommunene
Tony Berntsen	Representant Koordinerende enhet (KE) UNN
Linda Therese Norrie	NSF Ansattrepresentant UNN
Lena Nordås	Statsforvalteren Troms og Finnmark, vara for Anne Grethe Olsen

Sekretariatet

Guri Moen Lajord	Interkommunal samhandlingsleder
Glenn Helge Hattmann	Samhandlingssjef/avdelingsleder, Pasientorientert tjenesteutvikling, UNN
Marit Bergh	Seksjonsleder, Samhandling og helsetjenesteutvikling, UNN
Lene Kristiansen	Rådgiver, Samhandling og helsetjenesteutvikling UNN

Forfall:

David Johansen	Klinikksjef, Medisinsk klinikk UNN
Bjørn Yngvar Nordvåg	Klinikksjef, Nevrologi-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR) Vara for David Johansen
Anita Schumacher	Administrerende direktør, UNN
Anne Grethe Olsen	Helse- og sosialdirektør/fylkeslege. Statsforvalteren i Troms og Finnmark
Lisa Friborg	Seniorrådgiverhelse og velferd, KS Nord-Norge
Irene Krogh Pettersen	Fagforbundet Troms og Finnmark, ansattrepresentant kommune
Silje Wangberg	Institutt for helse og omsorgsfag UIT

Sak: **63/23**
Tittel: **Innkalling og dagsorden**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 13.12.23

SSUs ordstyrer for dagens møte, Magne Nicolaisen ønsket velkommen til årets siste møte i strategisk samarbeidsutvalg.
Referat fra møtet 08.11.23 er godkjent via epostrunde og publisert på www.helsefellesskapet.no

Vedtak:
Innkalling og dagsorden er godkjent.

Sak: **64/23**
Tittel: **Valg av programkomite Samhandlingskonferansen 2024**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 13.12.23

På møtet den 23. februar 2023 ble det vedtatt at Samhandlingskonferansen skal arrangeres i 2024, med fire medlemmer fra Strategisk samarbeidsutvalg i programkomiteen. SSU ønsker å anerkjenne verdien av de faglige samarbeidsutvalgene i helsefellesskapet, og det ble drøftet endring av programkomiteens medlemmer.

Med bakgrunn i flere konferanser med felles møtearena ila 2024, ber SSU programkomiteen om å følge med på innholdet i andre konferanser for å sørge for differensiert innhold.

Forslag til vedtak:
1. Strategisk samarbeidsutvalg vedtar å endre sammensetningen av programkomiteen for Samhandlingskonferansen 2024.
2. Programkomiteen skal bestå av minimum seks medlemmer fra de faglige samarbeidsutvalgene, inkludert brukerrepresentant og fastlegerepresentant, og to deltakere fra sekretariatet.
3. SSU ber sekretariatet forespørre aktuelle deltakere

Vedtak:
1. Strategisk samarbeidsutvalg vedtar å endre sammensetningen av programkomiteen for Samhandlingskonferansen 2024.
2. Programkomiteen skal bestå av minimum seks medlemmer fra de faglige samarbeidsutvalgene, inkludert brukerrepresentant og fastlegerepresentant, og to deltakere fra sekretariatet.
3. SSU ber sekretariatet forespørre aktuelle deltakere
4. Forslag til program legges frem til SSU for godkjenning

Sak:	**65/23**
Tittel:	**Oppfølging samarbeid om beredskap**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg
Fra:	Sekretariatet
Møtedato:	13.12.2023

Interkommunal samhandlingsleder Guri Moen Lajord, redegjorde for tiltak som ble foreslått i møtet 08.11.23, og det ble gitt en kort presentasjon av hovedtrekkene i nylig framlagt stortingsmelding om helseberedskap. SSU drøftet opprettelse av faglig samarbeidsutvalg for å jobbe videre med beredskap i helsefellesskapet. Det ble i møtet gitt flere tilbakemeldinger knyttet til utarbeidelse og innholdet i mandat for FSUet.

Forslag til vedtak:

1. SSU oppretter et faglig samarbeidsutvalg for samarbeid om helseberedskap, benevnt FSU Beredskap.
2. SSU ber om at forslag på sammensetning og mandat for FSU Beredskap legges fram i ett av de første møtene i 2024.

Vedtak:

1. SSU oppretter et faglig samarbeidsutvalg for samarbeid om helseberedskap, benevnt FSU Beredskap.
2. SSU ber om at forslag til mandat legges frem på SSU-møtet 25. januar 2024.
3. Oppnevning av medlemmer til FSU Beredskap gjøres etter at mandat er utarbeidet.

Vedlegg 1: Presentasjon Samarbeid om beredskap

Sak:	**66/23**
Tittel:	**Partnerskapsmøtet 2024**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Sekretariatet
Møtedato:	13.12.23

Partnerskapsmøtet 2024 avholdes den 18 april på Radisson Blu, i Tromsø.
SSU ble orientert om programkomiteens innspill til foreløpig tema/saker det skal arbeides med, og innspill gitt i møtet løftes inn i videre møter i programkomiteen.

Vedtak:
SSU tar saken til orientering

Sak:	**67/23**
Tittel:	**Stormottakerprosjektet**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	ESI, UNN, Prosjektleder for stormottakerprosjektet, Per Erlend Hasvold
Møtedato:	13.12.23

Saken ble presentert av prosjektleder for stormottakerprosjektet, Per Erlend Hasvold.

Stormottakerprosjektet, avsluttet med tilgjengelig sluttrapport, har implementert pasientsentrerte helsetjeneste team (PSHT) i samarbeid med UNN og 24 kommuner i Helsefellesskapet Troms og Ofoten. Sluttrapporten gir anbefalinger basert på prosjekterfaringer.

Utviklingen fortsetter gjennom stormottakersatsningen, med fokus på nettverksutvidelse mot kommunene og styrking av pasientsentrerte, helhetlige og proaktive helsetjenester. Helsefellesskapet involveres via utarbeidelse av ny politisk partnerskapserklæring.

Forslag til vedtak:

1. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefellesskapet Troms og Ofoten tar rapport fra stormottakerprosjektet til orientering.
2. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefellesskapet Troms og Ofoten ber ESI, UNN om jevnlig orientering om utvikling av stormottakersatsningen framover.

Vedtak:

1. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefellesskapet Troms og Ofoten tar rapport fra stormottakerprosjektet til orientering.
2. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefellesskapet Troms og Ofoten ber ESI, UNN følge opp arbeidet inn mot ny felles politisk partnerskapserklæring.

Vedlegg 2: Presentasjon Stormottakerprosjektet

Sak:	**68/23**
Tittel:	**FSU Samhandlingsavvik – Innstilling/svar på mandat**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg
Fra:	FSU Samhandlingsavvik, ved leder Lars Røslie
Møtedato:	13.12.23

FSU samhandlingsavviks leder, Lars Røslie oppsummerte FSUets konklusjoner og svar på mandatet gitt til FSUet. Dagens avvikssystem vanskeliggjør mulighet for læring av avvik, og sak meldes fra sekretariatet inn til FSU Digital samhandling for å se på mulighet for å digitalisere avviksprosessen. Det kom innspill knyttet til ønske om å tydeliggjøre overskriftene på sjekklistene. Revidert sjekklister medfølger møtereferatet.

Forslag til vedtak:

1. SSU takker FSU Samhandlingsavvik for arbeidet som er utført
2. SSU takker for orientering og stiller seg bak FSU-ets anbefaling om å nedlegge FSU Samhandlingsavvik

Vedtak:

1. SSU takker FSU Samhandlingsavvik for arbeidet som er utført
2. SSU takker for orientering og stiller seg bak FSU-ets anbefaling om å nedlegge FSU Samhandlingsavvik
3. SSU vedtar vedlagt læringsnotat fra FSU Samhandlingsavvik og tilhørende sjekklister

Vedlegg 3. Sjekkliste PHR
Vedlegg 4: Sjekkliste somatikk
Vedlegg 5: Sjekkliste hjemmetjenesten

Sak:	**69/23**
Tittel:	**Gjensidig orientering, spesielt drift gjennom jul og nyttår i kommunene og UNN**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Møtedato:	13.12.23

Representantene for partnerne i helsefellesskapet informerte kort om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon. Kommunene og UNN orienterte i tillegg om hvordan det planlegges for drift gjennom jul og nyttår, spesielt med tanke på utskrivningsklare pasienter.

Vedtak:
Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering.

Sak:	**70/23**
Tittel:	**Referatsaker**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Sekretariatet
Møtedato:	13.12.23

Siden forrige møte i SSU den 08.11.23 har det vært avholdt møter i FSU Digital samhandling, FSU Barn og unge, FSU psykisk helse og rus, FSU Samhandlingsavvik og FSU Fastlegerådet. Møtereferatene for FSU Psykisk helse og rus og FSU Digital samhandling er ikke godkjent og publiseres på www.helsefellesskapet.no etter hvert som de blir godkjent.

Vedtak:
SSU tar vedlagte referat til orientering.

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Strategisk samarbeidsutvalg

Sak:	**71/23**
Tittel:	**Neste møte og kommende saker**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Sekretariatet
Møtedato:	13.12.23

Neste SSU-møte avholdes digitalt 25.01.24.

Kommende saker:

- Partnerskapserklæring 2024-2027
- Samhandlingsprisen
- Samhandlingskonferansen 2024
- Koordinering i behandlingsforløp
- Partnerskapsmøtet 2024
- Studietur for medlemmer av helsefellesskapet i 2024?
- Samarbeid om pasientforløp, forebygging og utskrivningsklare pasienter
- Oppfølging samarbeid om beredskap – mandat og eventuelt godkjenning FSU sammensetning
- Årsrapport 2023
- Handlingsplan 2024-2025

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet.

Saker meldes og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefellesskapet.no. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no med kopi til guri.moen.lajord@tromso.kommune.no

Vedtak:
SSU tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Sak 65/23 Samarbeid om beredskap

(oppfølging sak 56/23)

Til SSU 13. desember 2024

Fra sekretariatet v/Guri

Fra SSU-møtet 8. nov 23 – sak 56/23

- Bakgrunn for at saken tas opp i SSU (PM 23, retn.l. 9, ønske fra kommunene)
- Forventninger til helsefellesskapene
- Idé- og diskusjonsrunde (hva, hvordan)

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Sammenlagtresultater etter idérunden (Menti)

1. Hva bør vi gjøre i fellesskap?

- Øvelser (11)
- Ressursstyring og –deling (7)
- Samordne planer (6)
- Samarbeid om EPS (5)
- Kurs og kompetansebygging (4)
- Felleslager utstyr og medisiner (2)
- Regionale/interkommunale beredskapsråd (2)
- Samarbeid med sivilforsvar/forsvaret (2)
- Psykososiale kriseteam (2)
- Kommunikasjonsplan ved bortfall av kritisk infrastruktur (2)
- Etablere helsekanal i fylkesberedskap
- Analysere maksimal kapasitet
- Kriseledelse
- Pasienthåndtering
- Koble blålysetater
- Samarbeid med frivillige
- Informasjonskampanjer
  - Sjølberging

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

2. Hvordan bør vi rigge arbeidet?

- Arbeidsgruppe (4)
- Faglig samarbeidsutvalg (3)
- Gjøre gode rolleavklaringer
- Beredskapsnettverk for Troms og Ofoten
- Søke prosjektmidler fra Statsforvalter

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 5

(2023–2024)

Melding til Stortinget

En motstandsdyktig helseberedskap

Fra pandemi til krig i Europa

Lagt fram 24. november 2023

Nå til behandling i Helse- og omsorgskomiteen

Høring 9. januar 2024

Skal til Stortinget våren 2024

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

4 hovedspor i helseberedskapsmeldingen

- Ny modell for helseberedskap
- Fleksibilitet og omstilling i helsetjenestene
- Bedre samarbeid på tvers av sektorer og med frivillige og næringsliv
- Internasjonalt samarbeid

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Ny modell for helseberedskap

Foto: Helse Bergen

- Avklarte roller og ansvar, tydeliggjøre ledelse
- HOD overtar helse-koordinering ved store, sektorovergripende kriser
- Styrket tverrsektorielt samarbeid før og under kriser
- Etablering av
  - Helseberedskapsråd
  - Helseberedskapssekretariat
  - Rådgivende ekspertutvalg
  - 6 utvalg på etatsnivå for prioriterte risikoområder

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Fleksibilitet og omstilling i helsetjenestene

- Beredskap med utgangspunkt i fast personell tilknyttet helsetjenesten
- Planer for omdisponering og re-lokalisering
- Avtaler om omdisponering mellom enheter og nivå
- Bedre oversikt over mobiliserbart reservepersonell
- Øve og opparbeide kompetanse til å utøve fleksibilitet
- I større grad planlegge samarbeid på tvers av nivåer

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Bedre samarbeid på tvers av sektorer og med frivillige og næringsliv

- Frivillig sektor bedre integrert i helseberedskapen
- Årlig dialogmøte HOD og frivillige organisasjoner
- De 6 utvalgene ansvarlig for kontakt og samarbeid med frivillige org. og næringslivet
- Strategisk samhandling og dialog med næringsliv og beredskapsaktører
- Sikre effektiv mobilisering
- Satsing på legemiddelproduksjon gjennom Veikart for helsenæringen

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Helsefellesskap i Helseberedskapsmeldingen

«Helsefellesskapene skal prioritere å planlegge og utvikle tjenester til sårbare grupper som særlig er avhengige av god samhandling. Bedre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak er nødvendig for å sikre at det samlede tjenestetilbudet møter innbyggernes behov. I beredskapsplanlegging og krisehåndtering må både kommunene og de regionale helseforetakene i større grad planlegge for samarbeid på tvers av nivåer.»

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Veien videre i HTO – sekretariatets anbefaling

Eget utvalg, eventuelt arbeidsgruppe, nødvendig for å drive fram arbeidet

FSU å foretrekke – setter arbeidet på kartet

Tett samarbeid med FSU Akuttmedisin når relevant

Sammensetning og mandat - forslag utarbeides på nyåret

Retningslinje 9 og St.meld 5 styrende for mandatet

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Stormottakerprosjektet

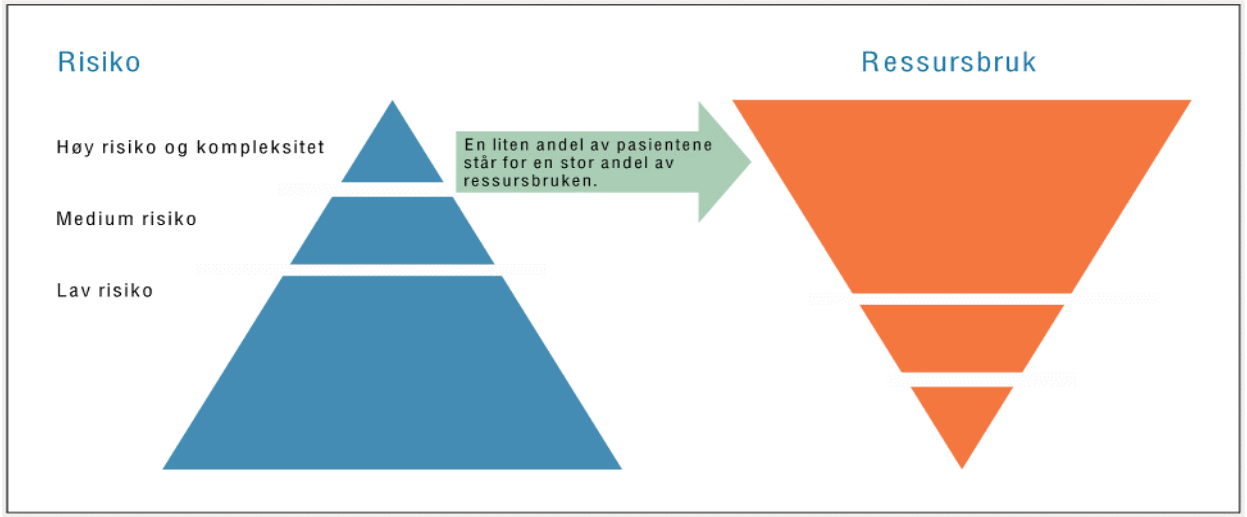
På vei mot framtidens helsetjeneste

Markus Rumpsfeld, Gry Andersen og Per Hasvold

E-helse-, innovasjons – og samhandlingssenteret (ESI), UNN

Hvis vi ikke endrer på noe

- Behov for 54 nye sengeplasser i UNN fram til 2030
- Økning av press på øyeblikkelig hjelp fordi flere kommuner ikke klarer sine oppgaver
- Vi vil bli tvunget til drastiske løsninger med store etiske og økonomiske konsekvenser



Utfordringer knyttet til stormottakere

- Økende menge pasienter faller inn i denne gruppen
- Komplekse forløp er avhengig av god samhandling

  => våre systemer er laget for siloer og spesialiserte fag og adskilte forvaltningsnivå

  => krever ekstra innsats for koordinering av tiltak og etablering og oppfølging av felles planer

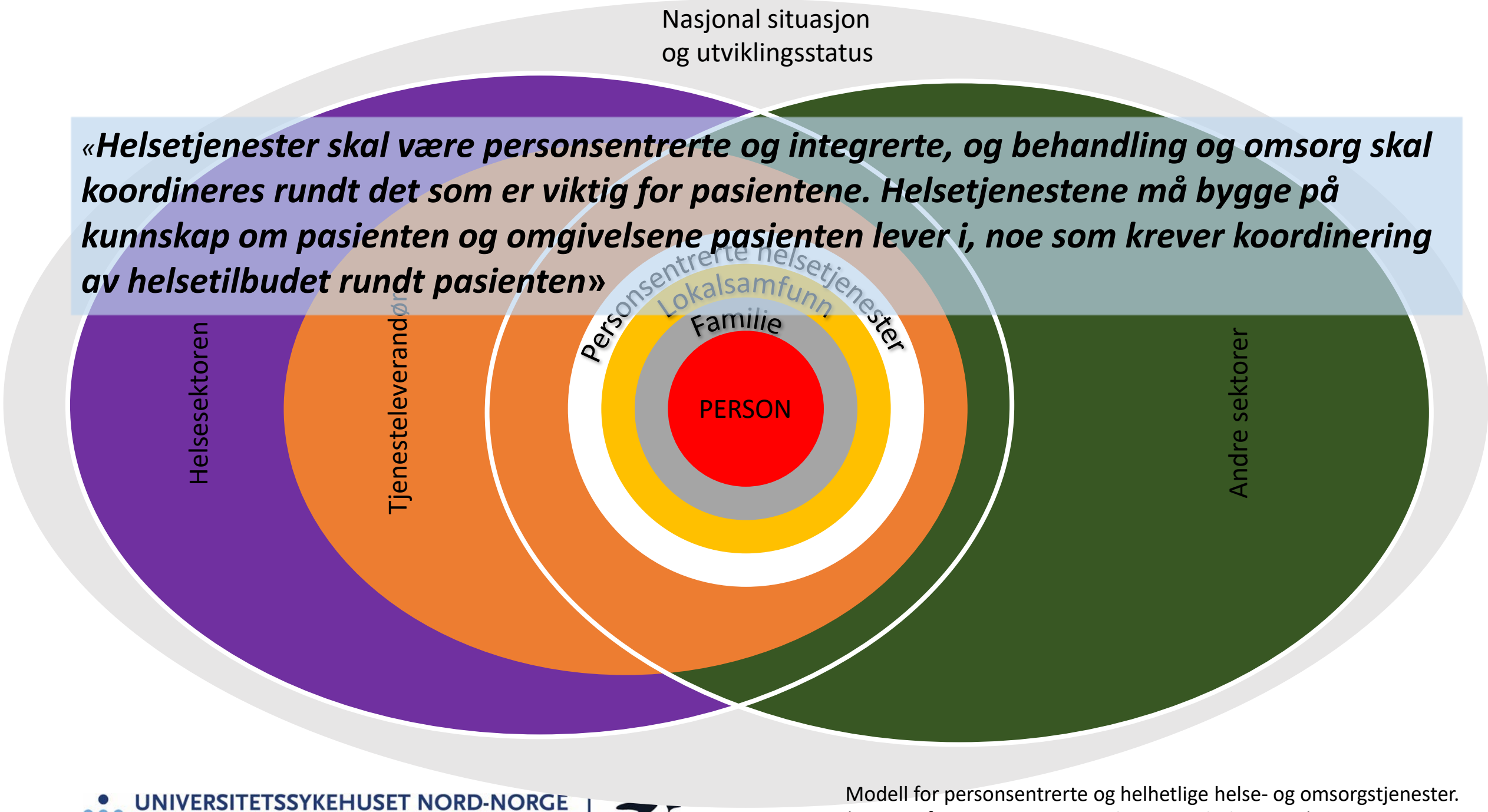
«An ounce of prevention is worth a pound of cure», Benjamin Franklin (1706 – 1790)

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, 2001

«The strategy that will fix health care», Harvard Business Review (2013)

WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026

ISQUA Berntsen G, et. al. Person-Centred Care Systems: From Theory to Practice White paper for ISQUA; 2022. Report No.: ISBN 978-0-9955479-2-6



«Helsetjenester skal være personsentrerte og integrerte, og behandling og omsorg skal koordineres rundt det som er viktig for pasientene. Helsetjenestene må bygge på kunnskap om pasienten og omgivelsene pasienten lever i, noe som krever koordinering av helsetilbudet rundt pasienten»

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Modell for personsentrerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester.
(Basert på Kari J. Kværner og Thomas Hoholm, 2023)

Personsentrert

«Hva er viktig for deg?»

Bo hjemme

Trygghet i forhold til fall

Klare seg hjemme med minst mulig hjelp

Opprettholde fysisk funksjon og selvstendighet

Komme seg på beina igjen

Komme seg ut i naturen

Bli frisk nok til å flytte hjem igjen

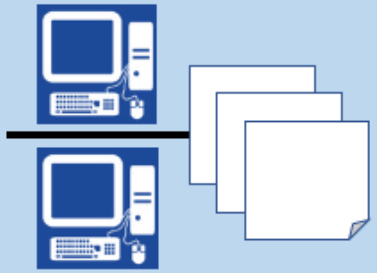
Få bedre kontroll på hjerteproblemene

2014-2020 → 2018 → 2020-

Piloten

Tromsø
Harstad
Karlsøy
Balfjord
Senja

Skrøpelige eldre



Personsentrerte-
Helhetlige-
Proaktive-
Helsetjenester

Forskning:
-10% ø-hjelp innleggelser

-32% ø-hjelp liggedøgn

+2,3x økning elektiv beh.

-43% dødelighet 6 mnd

Prosjektet

Karlsøy, Balsfjord, Senja, Ibestad, Målselv, Salangen, Lyngen, Nordreisa, Kvæfjord, Dyrøy, Lavangen, Gratangen, Harstad, Storfjord, Kåfjord, Evenes, Lødingen, Bardu, Tromsø, Skjervøy, Kvænangen, Tjeldsund, Sørreisa, Narvik

Etablering av forsterket koordinerende funksjon

Tidlig identifisering av stormottakere

Økt bevissthet om stormottaker-problematikk i UNN

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

Gro Berntsen, M. Dalbakk, J. Hurley, T. Bergmo, L. Spansvoll, J. G. Bellika, S. O. Skrøvseth, T. Brattland, M. RumpsfeldPerson-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial : BMC Health Services Research volume 19, 682 (2019)

Hva ble finansiert?

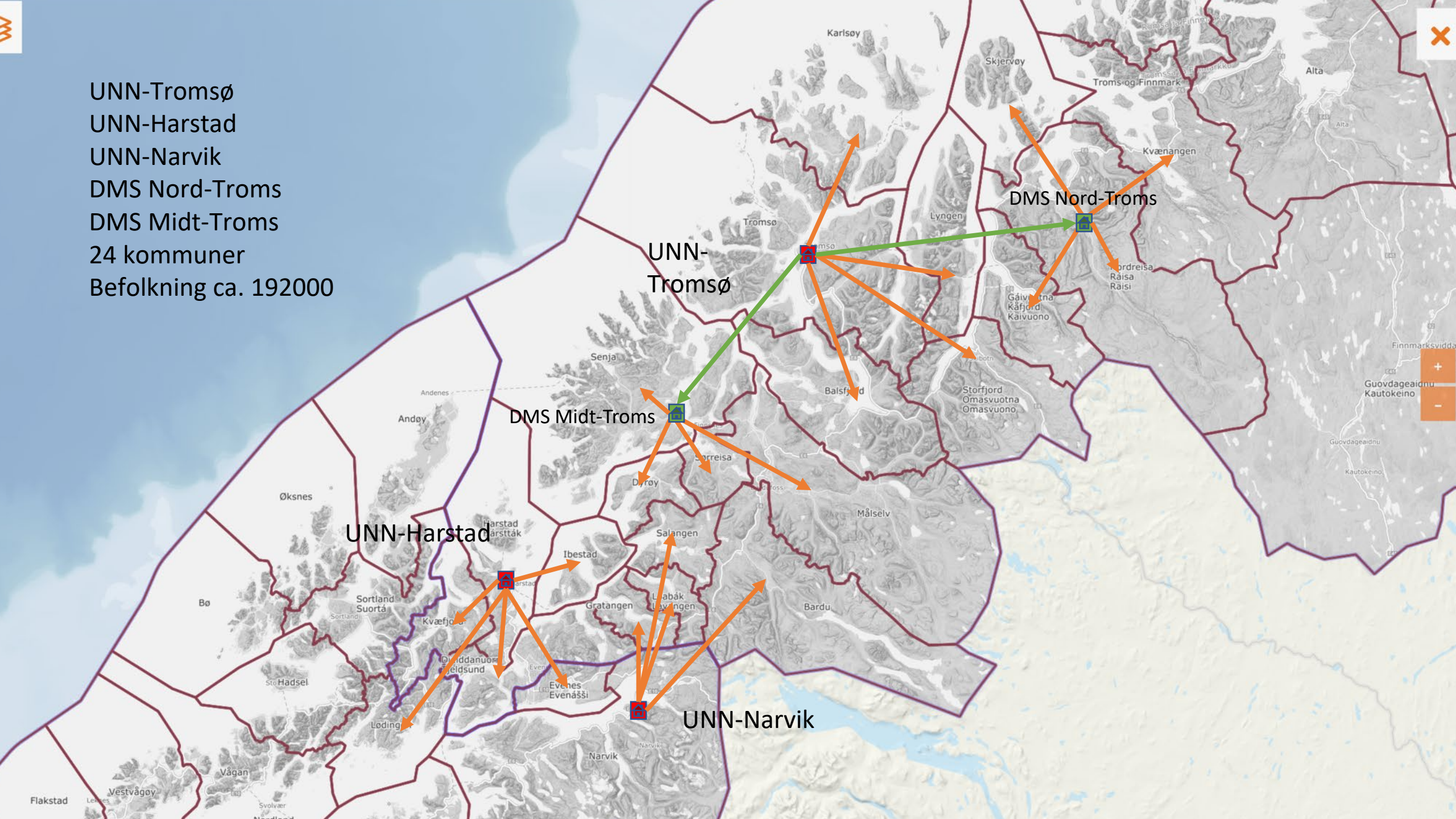
Prosjektet ramme ca 12 mill/år (i tillegg til eksisterende budsjetter for PSHT Tromsø og Harstad)

- PSHT Tromsø: 3 nye av totalt 16 stillinger i UNN
    - (pluss 7 stillinger finansiert av Tromsø kommune)
- PSHT Harstad: 5 nye av totalt 10 stillinger
- PSHT Narvik: 7,5 nye stillinger
- DMS Midt-Troms: 2 nye stillinger
- DMS Nord-Troms: ingen nye stillinger, men gjør bruk av eksisterende kapasitet

Prosjektresultater: utvidelse til alle 24 kommuner

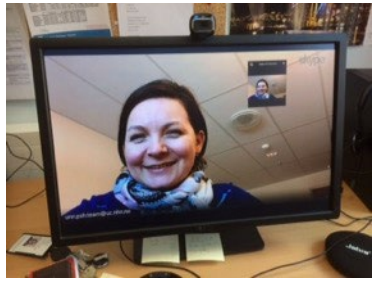
- Økt kapasitet: Styrke teamene i Tromsø og Harstad, nytt team i Narvik, styrke DMS Midt-Troms, bruke ressurser i DMS Nord-Troms
- Forankring i ledelse i kommunene (workshops høst 2021, regionsvis)
- Oppfølging med direkte møter med operativt nivå i alle kommuner – etablering av kontaktnett
- Utviklet modell for opprettholdelse av kontaktnett for samarbeid rundt stormottakerpasienter

UNN-Tromsø
UNN-Harstad
UNN-Narvik
DMS Nord-Troms
DMS Midt-Troms
24 kommuner
Befolkning ca. 192000



Samarbeidsmodeller for PSHT-teamene og kommunene

- Integrert team*
  - Tromsø kommune og PSHT-Tromsø
  - Senja kommune og PSHT ved DMS Midt-Troms
- Samarbeidende team
  - PSHT-Harstad og Narvik og vertskommunene
- Team på distanse
  - Øvrige kommuner – PSHT-kontaktpunkt fordelt på teamene

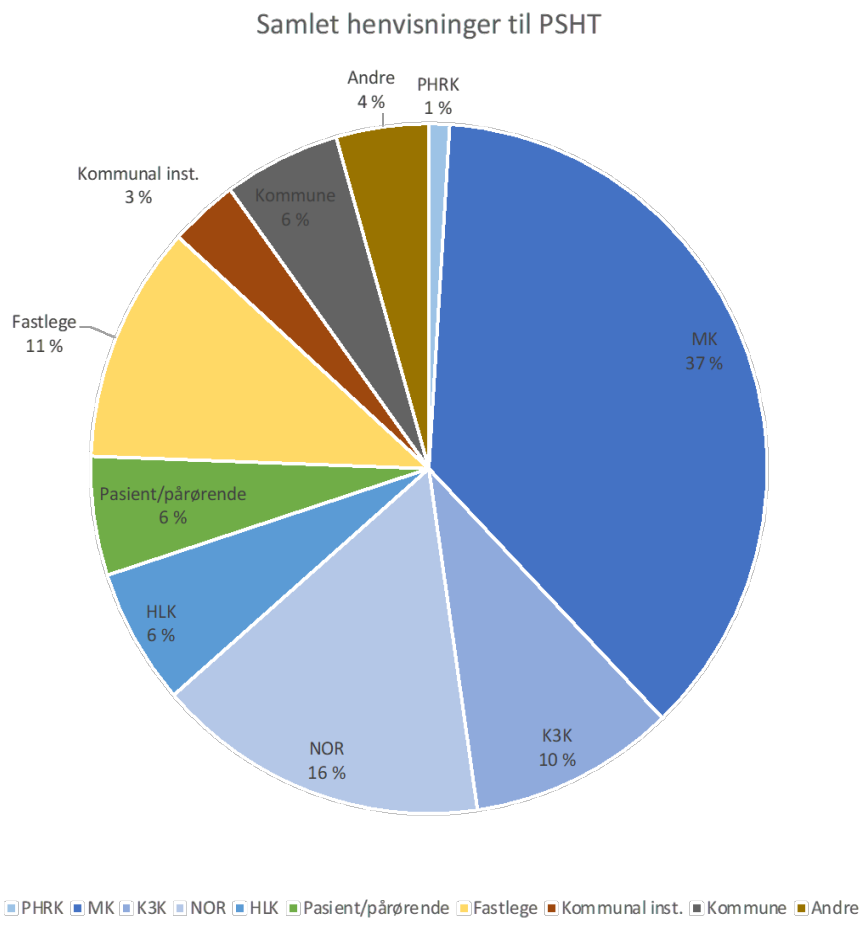


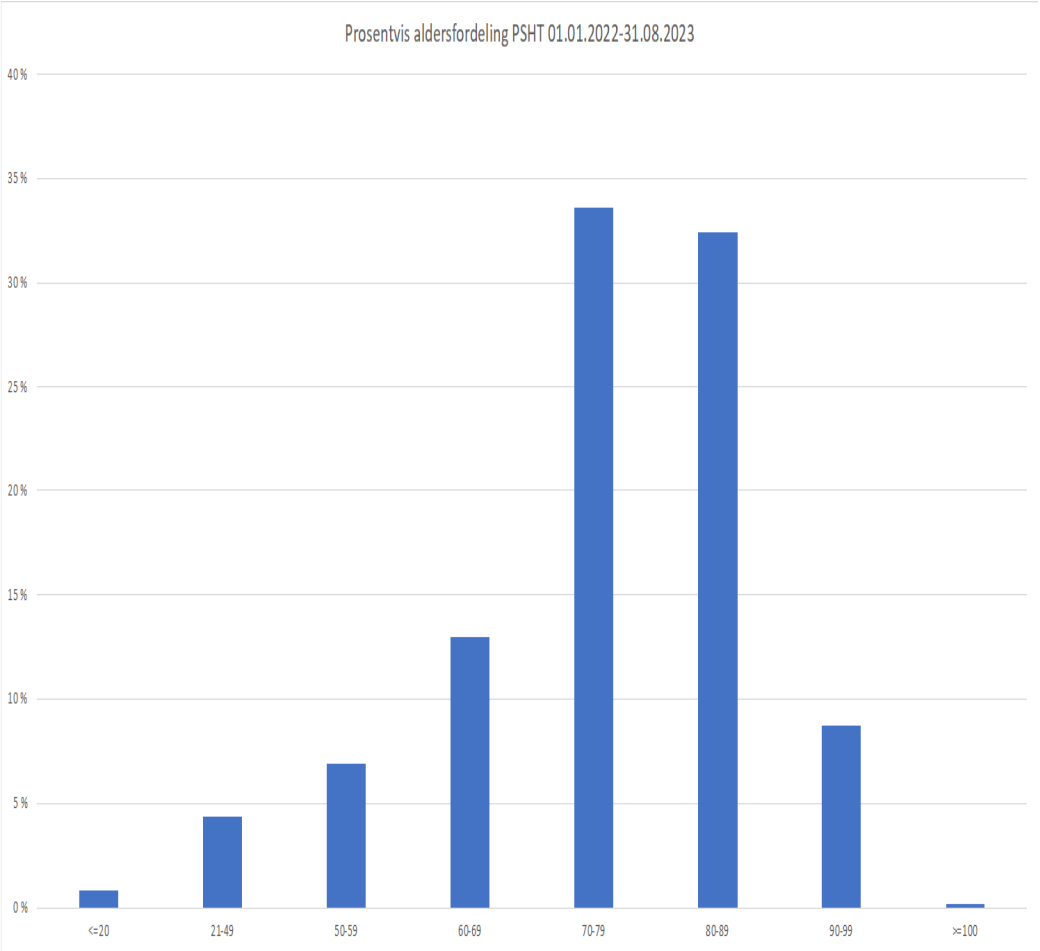
Prosjektresultater: Andre stormottakere

- Erfaringer med spesielt komplekse pasienter gjennom å ta i mot henvisninger for flere pasientgrupper (enn skrøpelige eldre) og jobbe systematisk med disse
- Etablering av flere fagspesifikke team i UNN (diabetisk fotsår team, psykisk helse i somatikk)

PSHT aktiviteter

- Antall henvisninger 2022: 871 (total kapasitet ca 1500)
- Polikliniske konsultasjoner 2022: 1920
- Antall kontakter registrert i DIPS 2022: 2679
  - (I tillegg 94 kontakter behandlet kun av ansatte i Tromsø kommune)





Antall henvisninger til alle PSHT 2022 = 871

Prosjektresultater: Etablering av forsterket koordinerende funksjon (FKF)

- Koordinatorer ansatt Tromsø, Harstad og Narvik
- Godt samarbeide med Koordinerende Enhet i UNN (KE)
- Etter hvert organisert tettere på PSHT for å ha trygge faglige rammer og samarbeid med PSHTs tverrfaglige team
- Erfaringer med komplekse og tildes svært komplekse pasientforløp

Prosjektresultat: Tidlig identifisering av stormottakere

- Viktig å kunne identifisere stormottakere og potensielle stormottakere tidlig – viktig i alle faser av forløp
- Utprøving av Medrave (egen rapport, Vedlegg 2)
  - Blir ikke videreført
- Videreføring
  - Bruk av DIPS og mulighet for støtte fra SPKI for bruk av kunstig intelligens (KI) til tidlig identifisering
  - Samarbeid med Ahus

Prosjektresultater: Økt bevissthet om stormottakerproblematikk i UNN og i primærhelsetjenesten

- Forankring i OSO og Helsefellesskapet Troms og Ofoten
- Oppfølginger av pasientforløp på operativt nivå ut mot kommunene gjennom kontaktpunkter i kommunene
- Rapporteringer til og workshop med direktørens ledergruppe i UNN
- Samarbeid med andre kommuner, foretak og regioner som jobber med personsentrerte-, helhetlige- og proaktive helsetjenester for personer med sammensatte og helhetlige behov

Videreføring:

- Digital felles deling av kunnskap og erfaringer

Stormottakertirsdagene – presentasjon av case eller problemstilling – læringsarena - brukerutvalget involvert

Middels komplekse forløp
Skrøpelighet
multisykdom

- Skrøpelige eldre
- Yngre pasienter med sammensatt og kroniske sykdommer
- Multisykdom
- Multifarmasi
- Uavklarte forløp som er mulig å avklare
- Behov for tverrfaglig vurdering og oppfølging
- Funksjonssvikt (ofte kombinasjon):
    - Fysisk
    - Psykisk
    - Kognitiv
    - Sosial
- **PSHT eller andre team identifiserer ofte disse pasientene, tar initiativ og bistår klinikkene**

Middels komplekse forløp
Alle aldre
Ulike varianter av kombinasjons-problematikk

- Langvarig rusproblematikk, med tiden økende somatiske utfordringer. Medfører hyppige innleggelser
- Psykisk sykdom kombinert med somatisk sykdom
- **Behov for tettere samarbeid mellom somatikk, rus- og/eller psykiatri**

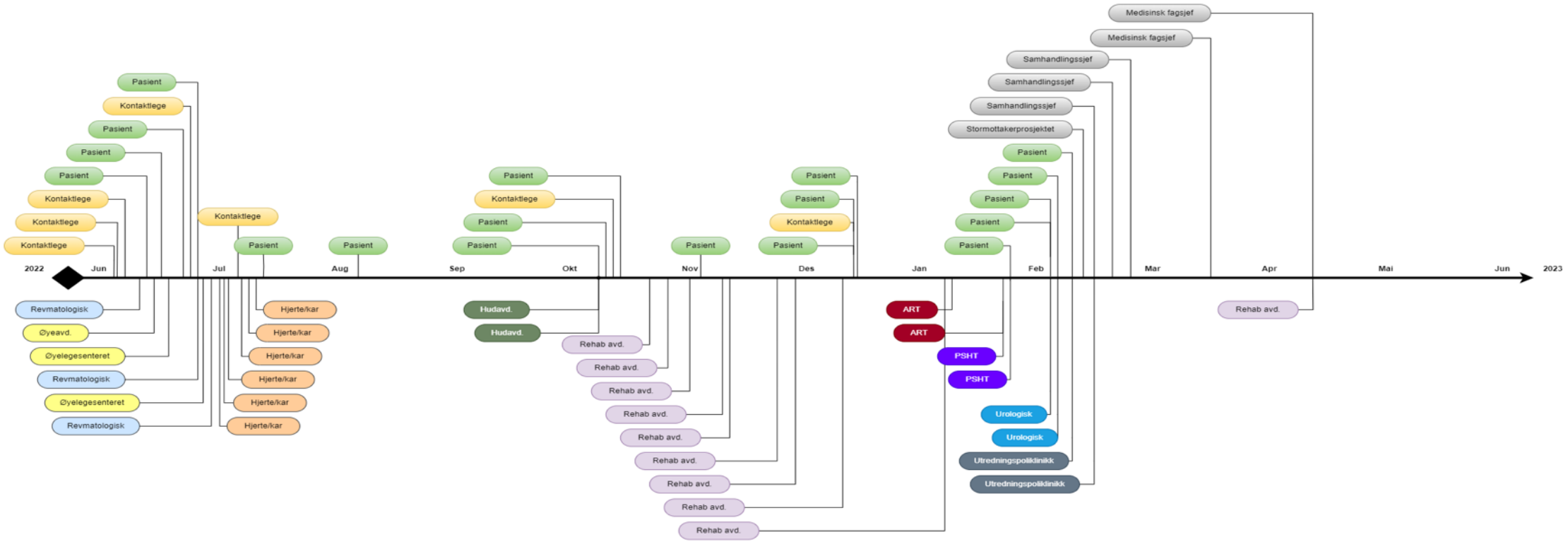
Komplekse forløp
i behov for koordinering av helsetjenestene på tvers av klinikker og evt. kommunehelsetjeneste

- Kroniske sykdommer i behov for kontakt og oppfølging i UNN over lengre tid
- Barn/ungdom med psykisk utviklingshemming (PU), i overgangen til voksensomatikk (av ulik kompleksitet)
- Evt. kombinasjon somatikk, rus, psyk
- **Behov for støtte til fastlege**
- **Behov for spesialistenes kompetanse ved planlegging av oppfølgingen også etter utskrivelse**
- **Ulike løsninger:**
    - **Kontaktlege**
    - **Koordinator i spes.h.tj.**
    - **Deltaker i pasientens team**
- **PSHT eller andre team identifiserer ofte disse pasientene, tar initiativ og bistår klinikkene**

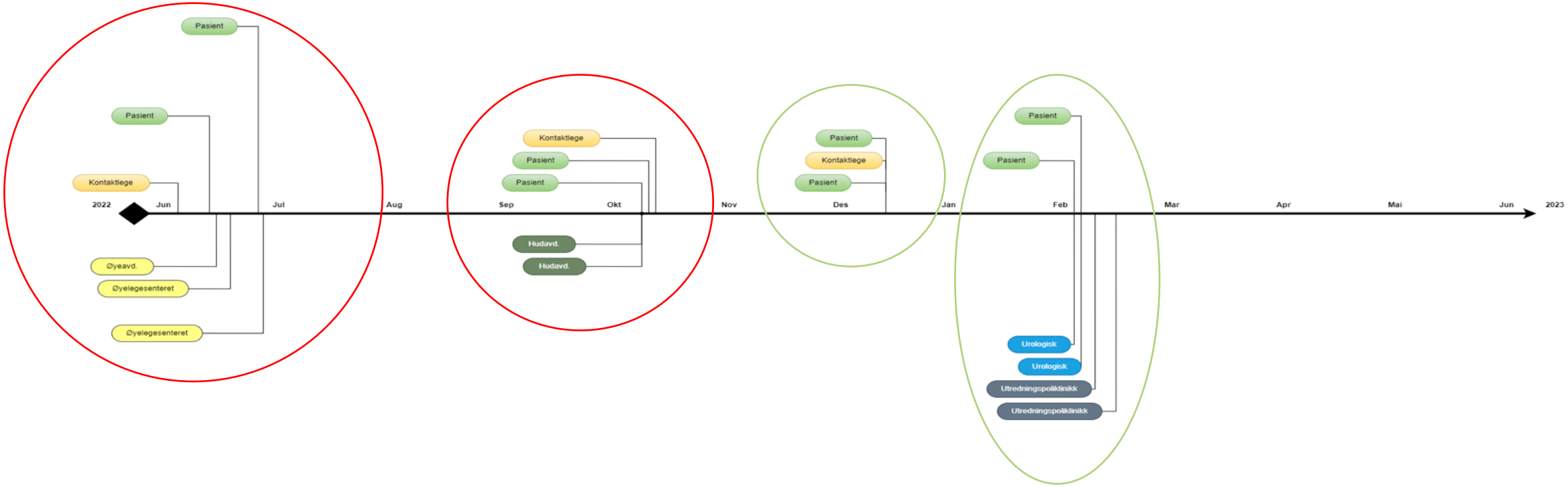
Svært kompliserte og/eller uavklarte forløp

- Kombinasjon somatikk, rus, psykiatri
- Mistanke om somatiseringslidelse men avklares ikke/journalføres ikke
- Helsepersonell ser behov for vurdering i psykiatrien, men pasienten samtykker ikke
- **Utfordrende å finne gode løsninger, til tross for mange involverte aktører**

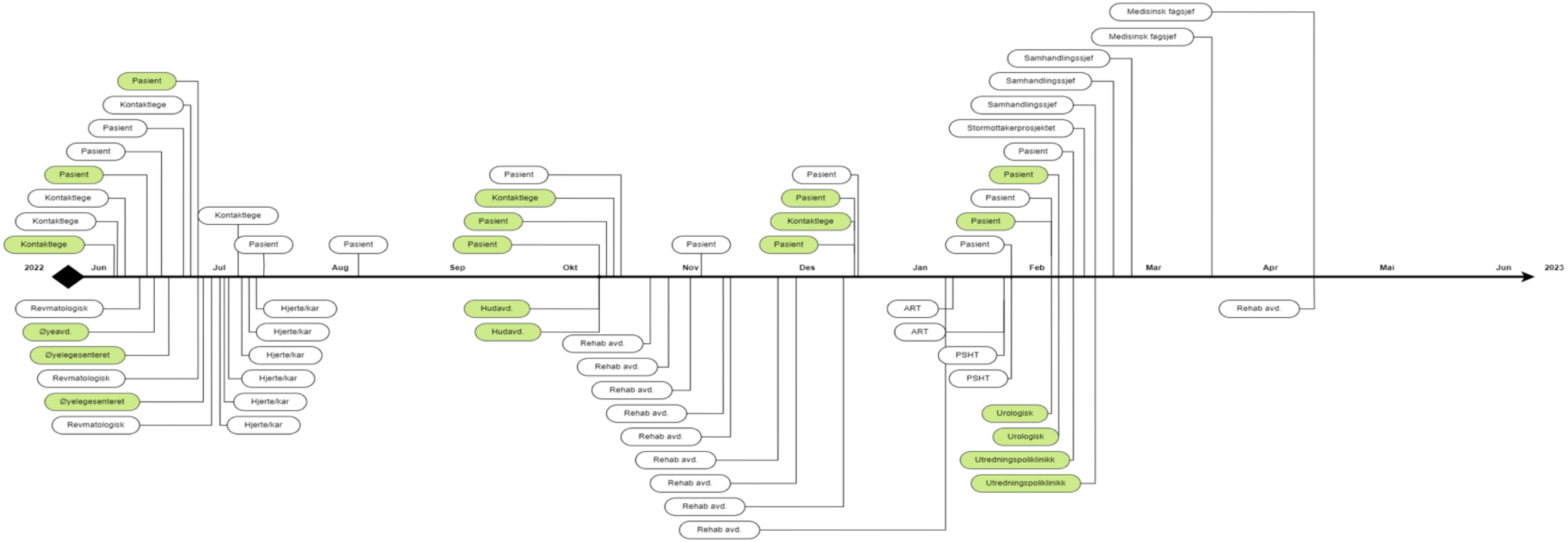
Kontakter underveis i pasientsaken



Kontakter som gjelder koordineringsoppgaver



De fleste kontakter gjelder saksbehandling for å avklare ansvar

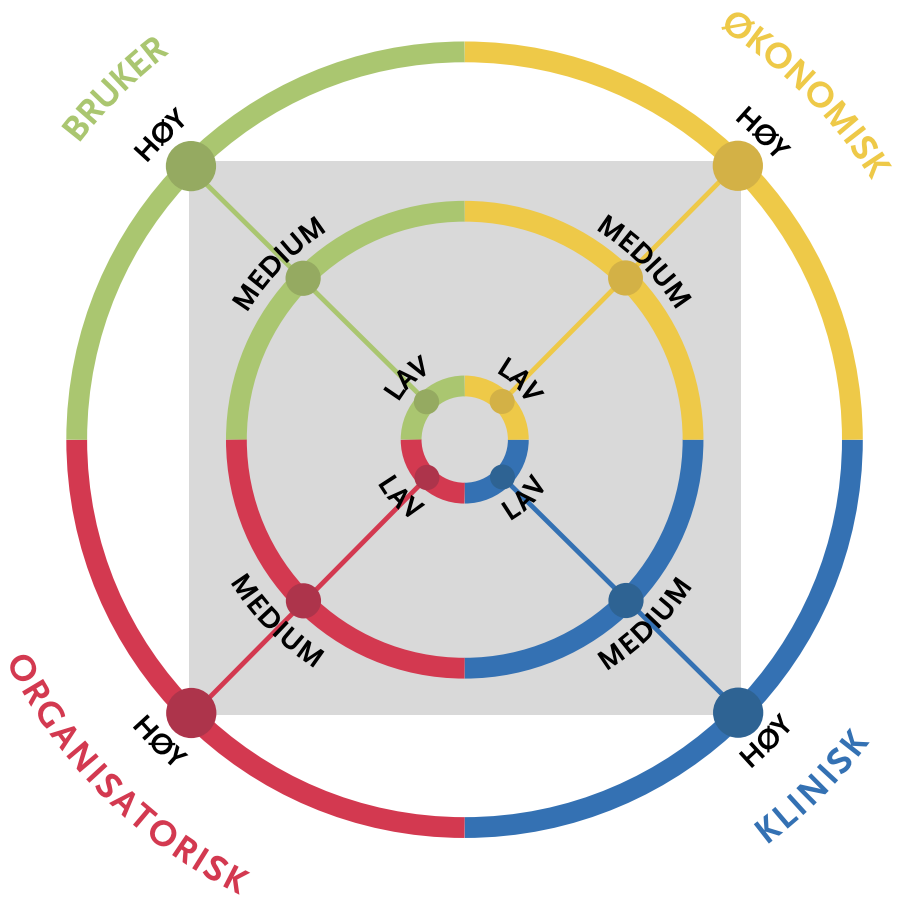


Prosjektresultater: Digital støtte for samhandling

- Aktiv bruk av VK (Teams, Join, Whereby, EasyMeeting, mm.) til:
  - Samarbeid og dialog med primærhelsetjenestene
  - Støtte avdelingene
  - Oppfølging av pasienter
  - «digital først»
- PSHT har vært viktig ressurs for pilot for digital behandlings- og egenbehandlingsplan (DBEP) (Helsedirektoratet, NHN, HN)
- Samarbeid med Nord-Troms-kommunene om digital hjemmeoppfølgingsprosjekt (DHO)

Prosjektresultater: Gevinster og gevinstrealisering

- Samarbeid med ØAS
  - Modell utviklet og presentert for direktørens ledergruppe
- Dialog med Helse Sør-Øst i forbindelse med utredning om nye finansieringsordninger (HOD) ga ny innsikt og bekreftelser på resultater

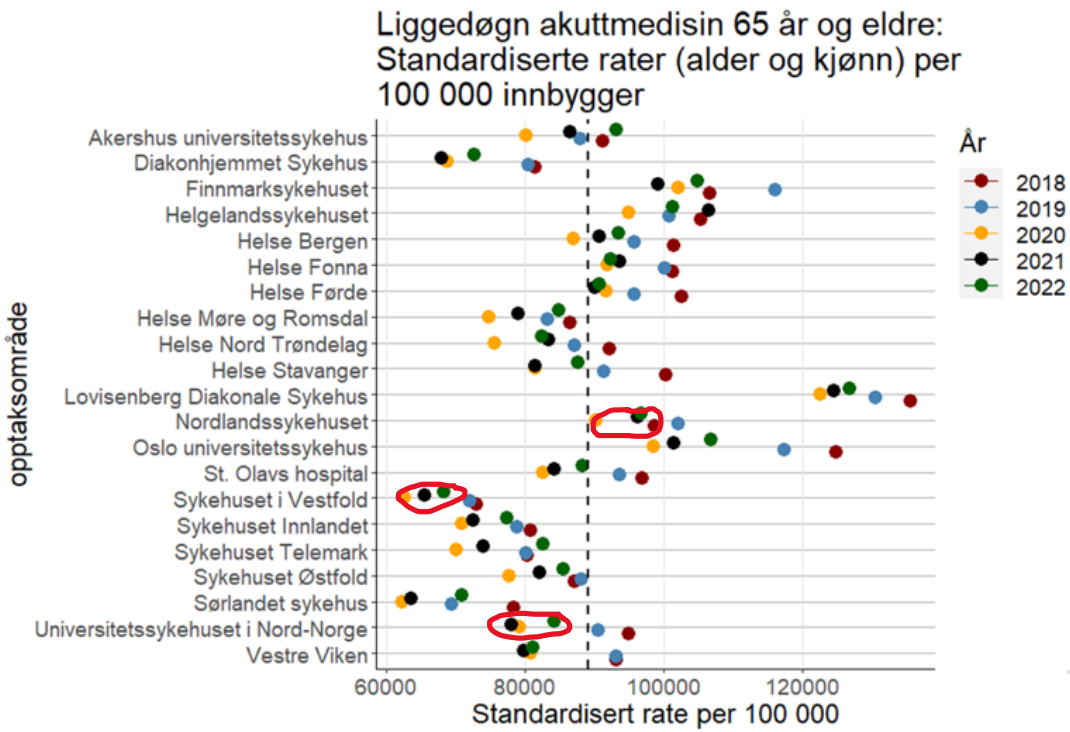


Videreføring:

- Step Up – metode som felles verktøy?

Hva kan vi si om effektene?

Bærekraft og effecter: behov for akuttinnleggelser og liggedøgn



Relative risiko på utfallsmål kontroll vs. psht				
	RR	95 % CI		P
		Nedre	Øvre	
Antall akuttinnleggelser 1 år etter indeksopphold slutt	0,65	0,57	0,75	p<0.001
Antall akuttinnleggelser 2 år etter indeksopphold slutt	0,93	0,77	1,13	p>0.1
Antall akuttliggedøgn 1 år etter indeksopphold slutt	0,83	0,79	0,87	p<0.001
Antall akuttliggedøgn 2 år etter indeksopphold slutt	1,87	1,74	2,01	p<0.001
Død 30 dager etter indeks start	0,37	0,13	0,91	p<0.05
Død 1 år etter indeks start	0,51	0,33	0,76	p<0.01
Død 2 år etter indeks start	1,23	0,72	2,09	p>0.1
Langtidsinstitusjon 1 år etter indeks slutt	0,64	0,36	1,11	p>0.1
Langtidsinstitusjon 2 år etter indeks slutt	0,79	0,50	1,26	p>0.1
Korttidsopphold 1 år etter indeks slutt	0,61	0,42	0,89	p<0.05
Korttidsopphold 2 år etter indeks slutt	0,62	0,42	0,89	p<0.05
Liggedøgn korttidsopphold 1 år etter indeks slutt	0,88	0,84	0,91	p<0.01
Omsorgsbolig 1 år etter indeks slutt	0,90	0,50	1,60	p>0.1
Omsorgsbolig 2 år etter indeks slutt	0,95	0,55	1,62	p>0.1
Helsetjenester hjem 1 år etter indeks slutt	4,44	3,03	6,59	p<0.001
Helsetjenester hjem 2 år etter indeks slutt	4,42	3,01	6,62	p<0.001

Helse Sør-Øst: analyseteam - Framskriving sengtall somatikk

Notat fra HSØ om effekten av PSHT på UNN

«Samlet for den nasjonale oppfølgning av pasienter over 65 år med akuttinnleggelse, indikerer en «sving-dørs»-problematikk i fase hvor pasienten utvikler et fallerende sykdomsbilde. **Pasienter inkludert i psht ser ut til å ikke følge dette forløpet første året med færre akuttinnleggelser, færre akutte liggedøgn.....**»

Christian Thoresen, HSØ

Notat fra HSØ om effekten av PSHT i kommunene

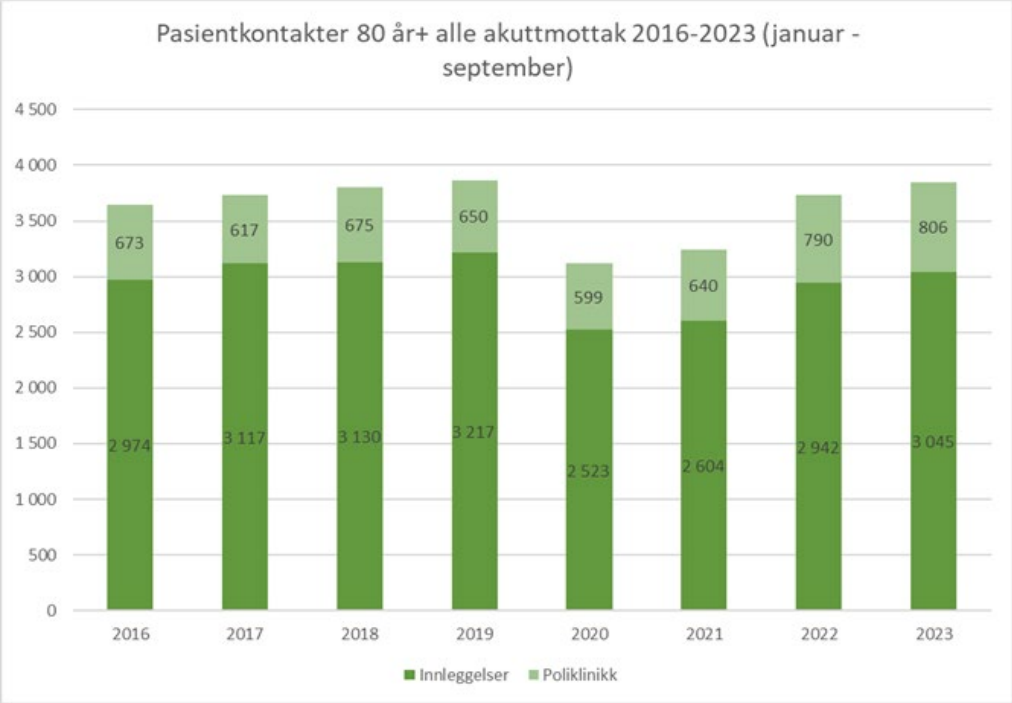
«… Pasienter i psht har færre korttidsopphold [i kommunen] og flere individer har hjemmehelsetjenester …»

Christian Thoresen, HSØ

Hva har det gitt?

Aktivitetstall fra akuttmottagelsene ved UNNs lokalisasjoner viser at andelen pasienter over 80 år er under 2017-nivå ved alle lokalisasjoner

Dette til tross for høyere andel eldre i befolkningen



Setter inn ekstraordinære tiltak grunnet eldrebølge på sykehuset

Universitetssykehuset i Stavanger må gå over i grønn beredskap på grunn av langt flere pasienter enn forventet.

Anett Johansen Espeland
Journalist
Øystein Ellingsen
Journalist
Syed Ali Shahbaz Akhtar
Journalist

Vi rapporterer fra Stavanger

Publisert 21. juni kl. 20:01

Sykehuset i Stavanger må øke beredskapen på grunn av langt flere pasienter enn forventet.
FOTO: JOSEF BENONI NESS TVEIT / NRK

St. Olavs hospital må utsette operasjoner

St. Olavs hospital i Trondheim er i gul beredskap blant annet på grunn av høy tilstrømming av pasienter. Også andre sykehus hever beredskapen.

Fullt på akuttmottaket på Ahus: – En situasjon vi ikke ønsker å være i

NORDBYHAGEN (VG) Selv om pandemien har avtatt, fortsetter syke pasienter å strømme inn dørene. Ifølge en bekymringsmelding er det dager hvor ansatte sliter med å finne tid til å gå på do og å spise.

Hva har det gitt?

Egenvurdering (strukturert skjema) i perioden november 2022-februar 2023; (prosentandelen angir variasjonen mellom teamene):

- Høy andel pårørende er involvert i behandlingen (65-75 %)
- Teamene rapporterer at 75-89 % av pasientene antas å ha positiv effekt fra behandlingen
- Bruken av digitale hjelpemidler er 24-50 %
- Pasienter som ønsket og var egnet for utarbeidelse av en personsentrert proaktiv helhetlig plan har fått det

Kommunikasjon, kommunikasjon, kommunikasjon

Innovasjonsprosjekt samtidig som -

- Pandemi
- Store økonomiske utfordringer i UNN
- Sengepostene – høy belastning med mange utskrivningsklare pasienter
- Innføring av DIPS Arena og Metavision (kurve)

Læring – store prosjekter må bruke mer tid på dialog med klinikkene og kommunene

Stormottakersatsningen må

- Ivareta bærekraft i et samarbeidende helsevesen
- Sikre realiserbarhet gjennom
  - digitale verktøy,
  - økt kapasitet til koordinering hos dedikert klinisk personell, med tilhørende myndighet og frihet til å organisere arbeidet, og
  - kompetanseheving hos både fagfolk, pasient og pårørende
- Det er behov for å ytterligere forbedre evnen til å tidlig identifisere stormottakere og å videreutvikle verktøykisten for personsentrerte-, helhetlige- og proaktive helsetjenester

Veien videre nå – fra prosjekt til satsning

- Tidlig identifisering av stormottakere i hele UNN og i primærhelsetjenesten (bruke SPKI – kunstig intelligens)
- Styrke koordinering over lang tid (se egen sak om koordinering)
- Hente ut gevinstpotensialet for sykehuset
- Bidra inn til å identifisere kommunens gevinster
- Lære av hva andre kommuner og sykehus gjør riktig (Vestfold)
- Videreutvikle og styrke nettverket mot kommunene
- Etablere et digitalt akademi og jobbe for en felles pasientjournal

2025:

Med pasienten – for pasienten

Som universitets- og regionsykehus for Nord-Norge har UNN et særlig ansvar:
Vi skal gi likeverdige og høyspesialiserte helsetjenester av internasjonal kvalitet
i en landsdel med store avstander, spredt befolkning og et utfordrende klima.

UNNs fire hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og
pasient- og pårørendeopplæring. Kontinuerlig forbedring er måten vi jobber på.
Det er også metoden vi vil bruke for å utvikle tjenestene og organisasjonen.

Våre definerte satsingsområder:

- Pasientperspektiv i alt vi gjør
- Medarbeideren er vår viktigste ressurs
- Vi er universitets- og regionsykehuset for hele Nord-Norge
- Vi er åpne om prioriteringer
- Vi er en synlig og forberedt samfunnsaktør

Kontaktpersoner:
Prosjektleder: Per Erlend Hasvold – per.erlend.hasvold@unn.no
Prosjektansvarlig: Markus Rumpsfeld – markus.rumpsfeld@unn.no
Gry Andersen gry.andersen@unn.no
Delprosjektleder PSHT-Harstad: Lisbeth Spansvoll
Delprosjektleder PSHT-Narvik: Brita Jørgensen
Delprosjektleder PSHT-Tromsø: Monika Dalbakk

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCEVIESSU

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

SJEKKLISTE PSYKISK HELSE OG RUS - SAMHANDLING I BEHANDLINGSFORLØP

Sjekklisten har utgangspunkt i samarbeidsavtalen mellom UNN og kommunene og alle punkter skal være utført for at en pasient er å anse som utskrivningsklar til kommunen.

Ved innleggelse/ ankomst til avdeling, eller så snart det oppdages behov for kommunale tjenester.	**Utført**	**Kommentar**
Melding om innlagt pasient (logistikkmelding) Sendes ved innleggelse til pasientens oppholdskommune dersom pas har kommunale tjenester ved innleggelse		
Helseopplysning tidligmelding. Sendes til Saksbehandler i kommunen innen 24t, eller så snart behov for kommunale tjenester er avdekket, og skal inneholde: • Status/innleggelsesårsak • Forventet forløp • Forventet utskrivningstidspunkt. Dersom pasienten er forventet å stå uten egnet bolig skal varselet også inneholde dette.		
Mens pasient er inneliggende avdelingen	**Utført**	**Kommentar**
Helseopplysning oppdatering (sendes til Saksbehandler) Skal beskrive pasientens funksjonsnivå gjennom døgnet. **(kognitiv,psykisk, fysisk)** Benyttes underveis under pasientoppholdet for å oppdatere kommunen om pasientens funksjonsnivå. Husk å datofeste opplysningene.		
Forespørsel/ Svar på forespørsel (Sendes til Saksbehandler) Benyttes ved planlegging av samarbeidsmøte/dialog vedrørende pasientforløp med kommunen.		
Det skal avholdes samarbeidsmøte før pasienten ansees utskrivningsklar UNN har ansvar for å sende oppsummering fra møte som PLO forespørsel til Saksbehandler.		
Ved utskrivelse av pasienten	**Utført**	**Kommentar**
Helseopplysning oppdatering Sendes alltid før melding om utskrivningsklar pasient og skal inneholde all nødvendig informasjon for at kommunen kan gi ett forsvarlig tilbud til pasienten		
Melding om utskrivningsklar pasient (Logistikkmelding) Sendes før kl 14.00 på virkedager.		
Avmelding – Sendes dersom pasientens tilstand endres slik at pasienten fremdeles må være innlagt i spesialisthelsetjenesten, eller dersom pasienten ikke lenger er i behov for kommunale tjenester ved utreise		
OBS. UNN skal ikke si hvilke/forhåndsbestille tjenester kommunen skal tilby ved utskrivelse. Ved usikkerhet om det kommunale tilbudet kan man etterspørre dette i en Forespørsel til saksbehandler.		
Epikrise Epikriser, eventuelt foreløpig epikrise/pasientorientering ved utreise skal følge pasient ved utreise.		

OBS: *For at pasienten skal ansees utskrivningsklar til kommunen må vi ha beskrivelse av pasientens behov, ADL ferdigheter, samt Informasjon om tiltak som har vært iverksatt under innleggelse knyttet til funksjon. Vurder også behov for risikovurdering*

Tvangstiltak som ikke kan videreføres i kommunen må være avsluttet.

VIKTIGE SAMARBEIDSAVTALER OG FORSKRIFTER

Det er utarbeidet egne avtaler mellom UNN og kommunene vedrørende samhandling med kommunene.

Samarbeidsavtalen mellom UNN og kommunene:
https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling
Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

SJEKKLISTE SOMATIKK - SAMHANDLING I BEHANDLINGSFORLØP

Sjekklisten har utgangspunkt i samarbeidsavtalen mellom UNN og kommunene og alle punkter skal være utført for at en pasient er å anse som utskrivningsklar til kommunen.

Ved innleggelse/ ankomst til avdeling, eller så snart det oppdages behov for kommunale tjenester.	**Utført**	**Kommentar**
Melding om innlagt pasient (logistikkmelding) Sendes ved innleggelse, til pasientens oppholdskommune dersom pas har kommunale tjenester ved innleggelse		
Helseopplysning tidligmelding. Sendes til Saksbehandler i kommunen innen 24t, eller så snart behov for kommunale tjenester er avdekket, og skal inneholde: • Status/innleggelsesårsak • Forventet forløp • Forventet utskrivningstidspunkt. Dersom pasienten er forventet å stå uten egnet bolig skal varselet også inneholde dette.		
Mens pasient er inneliggende avdelingen	**Utført**	**Kommentar**
Helseopplysning oppdatering (sendes til Saksbehandler) Skal beskrive pasientens funksjonsnivå gjennom døgnet. **(Fysisk, psykisk kognitivt)** Benyttes underveis under pasientoppholdet for å oppdatere kommunen om pasientens funksjonsnivå. Husk datofesting.		
Forespørsel/ Svar på forespørsel (sendes til saksbehandler) Benyttes for planlegging av samarbeidsmøte/dialog vedrørende pasientforløp underveis i forløpet		
Ved utskrivelse av pasienten	**Utført**	**Kommentar**
Helseopplysning oppdatering Sendes før melding om utskrivningsklar pasient og skal inneholde all nødvendig informasjon for at kommunen kan gi ett forsvarlig tilbud til pasienten		
Melding om utskrivningsklar pasient (Logistikkmelding) Sendes før kl 14.00 på virkedager.		
Avmelding – Sendes dersom pasientens tilstand endres slik at pasienten fremdeles må være innlagt i spesialisthelsetjenesten, eller dersom pasienten ikke lenger er i behov for kommunale tjenester ved utreise		
OBS. UNN skal ikke si hvilke/forhåndsbestille tjenester kommunen skal tilby ved utskrivelse. Ved usikkerhet om det kommunale tilbudet kan man etterspørre dette i en Forespørsel til saksbehandler.		
Epikrise Epikriser, eventuelt foreløpig epikrise/pasientorientering ved utreise skal følge pasient ved utreise.		

OBS: En god funksjonsbeskrivelse er særdeles viktig i ett godt pasientforløp.
Unngå situasjonsbeskrivelser som «*Pasienten trenger hjelp i mobilisering, medisiner og mat*»

Få frem pasientens behov og ønsker: «*Pasienten mobiliseres med rullator og følge, kan være ukritisk og har hyppig tilsyn, får hjelp til stell ved vask og hjelp av en pleier*»

VIKTIGE SAMARBEIDSAVTALER OG FORSKRIFTER

Det er utarbeidet egne avtaler mellom UNN og kommunene vedrørende samhandling med kommunene.

Samarbeidsavtalen mellom UNN og kommunene:
https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling
Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

SJEKKLISTE HJEMMETJENESTEN - SAMHANDLING I BEHANDLINGSFORLØP

Sjekklisten har utgangspunkt i samarbeidsavtalen mellom UNN og kommunene og skal sikre at pasient får nødvendig oppfølging mellom partnerne UNN/Kommunen.

Dialog starter når pasienter legges inn i sykehus, øyeblikkelig hjelp døgntilbud og andre relevante døgntilbud, eller som svar på «Melding om innlagt pasient.»	**Utført**	**Kommentar**
Innleggelsesrapport (Kan sendes før melding om innlagt pasient) Skal inneholde innleggelsesårsak, tjenester pas mottar og hyppighet, tiltak som er iverksatt, samt en funksjonsbeskrivelse (Kognitiv, fysisk, ADL)		
IPLOS Beskrivelse (i innleggelsesrapporten) Husk benytt merknadsfelt bak IPLOS tall for å beskrive pasientens hjelpebehov.		
OBS: IPLOS scoring **uten** benyttet merknadsfelt vil ikke være nyttig i pasientforløp da IPLOS Scoring ikke benyttes i UNN systemet.		
Mens pasient er inneliggende UNN/ andre relevante døgntilbud	**Utført**	**Kommentar**
Forespørsel/Svar på forespørsel Benyttes dersom det er informasjon som ikke er tilsendt UNN i innleggelsesrapporten, men som har relevans for å sikre pasienten ett godt og helhetlig forløp. Benyttes også ved behov for planlegging av opplæring eller annen nødvendig tilrettelegging for å kunne ta imot pasient ved utskrivelse.		
Ved utskrivelse av pasienten	**Utført**	**Kommentar**
Kommunen skal svare på mottatt melding om utskrivningsklar pasient på virkedager før kl. 15 (Vær **obs** på at denne skal besvares av forvaltningskontor/koordinerende enhet i de kommuner som har dette.)		
Forespørsel/ Svar på forespørsel Benyttes som avklaring eller informasjon knyttet til mulighet og planlegging av mottak av pasient ved utskrivelse.		

OBS: En god innleggelsesrapport som beskriver pasientens funksjonsnivå gir UNN bedre grunnlag til å kunne tilby god oppfølging under innleggelsen.

Det gir også bedre grunnlag for å kunne sikre en tryggere utskrivelse tilbake til hjemmet.

VIKTIGE SAMARBEIDSAVTALER OG FORSKRIFTER

Nasjonal sjekkliste for minimumsinnhold i innleggelsesrapport:

https://www.nhn.no/tjenester/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-3-tjenesteomrader/pleie-og-omsorg-og-psykisk-helse/bruk-av-plo-meldinger-med-helseforetak

Det er utarbeidet egne avtaler mellom UNN og kommunene vedrørende samhandling med kommunene.

Samarbeidsavtalen mellom UNN og kommunene:
https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115