

Møte 4-2024 Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Dato: 30.05.24
Kl.slett: 10.15 – 13.30, deretter omvisning på nye UNN Narvik og Narvik helsehus
Sted: Rådhuset Narvik, formannskapssalen. Digital deltakelse: Google Meet*

SAKSLISTE

- Sak 30/24** Innkalling og dagsorden
- Sak 31/24** Samarbeid om pasientforløp, forebygging og utskrivningsklare pasienter – oppfølging sak 17/24
- Sak 32/24** Handlingsplan 2024-2026 Helsefelleskapet Troms og Ofoten
- Sak 33/24** Søknad KI billion ved Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE)
- Sak 34/24** Rekrutterings- og samhandlingstilskudd 2024 – oppfølging sak 24/24: Tilbakemelding fra arbeidsutvalget og videre tildelingsprosess
- Sak 35/24** Rehab-Los – oppfølging sak 13/23
- Sak 36/24** Samhandlingskonferansen – forslag om endring av tidspunkt
- Sak 37/24** Forsterkning av koordineringsordningene i UNN
- Sak 38/24** Referatsaker
- Sak 39/24** Neste møte og kommende saker

Lunsj i møterommet kl. 11.30, kombinert med gjensidig orientering etter behov.

Avreise kl. 13.30 for omvisning i [Nye UNN Narvik](#) og [Narvik kommunes nye helsehus](#). (For nyttig forhåndsinformasjon, trykk på lenkene.) For de som ikke kjører selv blir det satt opp felles transport, med retur til sentrum ca. kl. 15.20.

***NB! De som skal delta digitalt må bruke Google Meet** (ikke Teams). Følg linken under.

Link til møtet

meet.google.com/yab-rrpv-sqj

Bli med via telefon

(NO) [+47 21 40 05 08](tel:+4721400508)

Personlig kode: 479873371

Sak: 30/24
Tittel: Innkalling og dagsorden
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 30.05.24

SSUs nestleder Heidi Eriksen Laksaa, ønsker velkommen til møte i strategisk samarbeidsutvalg. Referat fra møtet 12.04.24 er godkjent via e-postrunde og publisert på www.helsefelleskapet.no

Forslag til vedtak:

Innkalling og dagsorden er godkjent.

Sak: 31/24
Tittel: Samarbeid om pasientforløp, forebygging og utskrivningsklare pasienter – oppfølging sak 17/24
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet. (Saksbehandler: Glenn Hattmann)
Møtedato: 30.05.24

Bakgrunn:

SSU har ved flere anledninger blitt informert om utfordringene knyttet til pasienter som er klare for utskrivning (USK) fra UNN. Volumet av USK er knyttet til noen få kommuner. Det er et klart behov for ytterligere forsterkning av samarbeidet mellom sykehus og kommuner for å forbedre pasientforløp, styrke forebyggende tiltak, og sikre smidigere utskrivninger for våre pasienter. Rapport om utvikling og variasjon om USK fra Helsedirektoratet 01.03.24 bekrefter ulikhetene og at vårt helsefelleskap skiller seg ut.

I SSU den 13. desember 2023, ble det i orienteringsrunde uttrykt ønske at temaet om styrket samarbeid rundt pasientforløp, forebygging, og håndtering av utskrivningsklare pasienter løftes som en egen sak i SSU. Under møtet i SSU den 12 mars 2024, ønsket UNN en arbeidsgruppe, som fikk i oppdrag om å innhente kunnskap om hvordan andre helsefelleskap med lignende utfordringer har gått løs på denne utfordringen. Frist for å legge fram funn ble satt til SSU møte 30.05, samt presentere forslag på hvordan vi sammen skal jobbe for å få ned antallet USK i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. Det vil bli orientert om framdrift ved hvert SSU-møte.

Etter diskusjon i SSU ble følgende vedtatt:

1. *SSU støtter det pågående samhandlingsarbeidet som foregår lokalt mellom kommuner og sykehus. Dette må forsterkes og ytterligere konkretiseres samt sees i sammenheng med samhandlingsmidler. Videre vil SSU ha denne saken opp igjen i neste møte, og da med mer konkret forslag til arbeidsform på den strategiske delen av arbeidet.*
2. *Samhandlingssekretariatet får i oppdrag å sammenfatte gode ideer fra regionalt og nasjonalt nivå på dette tema.*

Sekretariatet sendte ut e-post til kontaktpersoner for samhandling i de 19 Helsefelleskapene hvor det ble bedt om tilbakemelding på:

- Korte beskrivelser av tiltak eller prosjekter som har ført til reduserte tall av USK.
- Eventuelle saker i deres helsefelleskap, som har hatt stor betydning for samhandling og kommunikasjon mellom sykehuset og kommuner. Eventuelt link til sak i helsefelleskapet.
- Læringspunkter og råd til andre helsefelleskap som ønsker å arbeide på dette området.

I løpet av perioden hvor frist var satt til 20.05.24 kom det tilbakemelding fra syv kontaktpersoner i følgende områder:

- Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen og Salten
- Helsefelleskapet Møre og Romsdal
- Helse Bergen
- Akershus Universitetssykehus (A-hus)
- Helse Fonna
- Sykehuset i Vestfold
- Sykehuset Østfold

Tiltakene som kom inn varierte noe, men flere har opprettet arbeidsgrupper og team, forbedring av kommunikasjon og samhandlingsstrukturer, samt implementering av spesifikke prosjekter for å håndtere utskrivningsklare pasienter. Eksempler inkluderer:

- **Arbeidsgrupper og team:** Både Helse Møre og Romsdal og Helse Bergen har etablert team som arbeider med samhandling og overgangsprosesser. PSHT team er trukket fram av både Vestfold og A-hus.
- **Felles forståelse:** Enkelte store kommuner har pasientkoordinator tilstede på sykehuset 3-5 dager per uke, Felles nettportal [Kompetansebroen.no](https://www.kompetansebroen.no) og godkjente handlingsplaner for prioriterte grupper.
- **Forbedret kommunikasjon:** Helse Bergen har faste digitale møter med kommunene, og A-hus har opprettet et driftsutvalg for å håndtere perioder med høyt press.
- **Konkrete prosjekter:** Prosjekt "Trygge Overganger" ved Helse Bergen og det pasientsentrerte helseteamet (PSHT) i Møre og Romsdal har hatt positive effekt på USK

Oppsummert er det mange gode tilbakemeldinger og tiltak som er på plass ulike steder i Norge, med fellesnevner at USK er en økende utfordring samtlige steder. Mange av tiltakene som vises til er derimot allerede på plass mellom UNN og kommunene, med varierende grad av effekt.

Basert på de innspill som kom inn så vi at systematisering og forpliktende målrettede handlingsplaner for å støtte opp om arbeidet for å redusere USK, er tiltak som vil kunne ha god effekt i vårt helsefelleskap. Det anbefales derfor at det nedsettes tiltaksgruppe i helsefelleskapet som får i oppdrag å utarbeide handlingsplan, og implementere målrettede tiltak for å støtte kommuner som over tid har utfordringer med å ta imot utskrivningsklare pasienter. For at tiltaket skal ha den ønskede effekten og synergi med eksisterende og planlagte satsinger, bør dette arbeidet også ses i sammenheng med «vi fornyer UNN» mandat 5 hvor en representant fra kommunesiden er invitert til å delta og tilhørende undergrupper hvor kommuner også skal inviteres med.

Forslag til vedtak:

1. SSU anerkjenner utfordringene utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten har for vårt helhetlige helsetjenestetilbud til befolkningen, tjenestenivåene og pasienter
2. SSU vedtar at det nedsettes tiltaksgruppe som skal utarbeide handlingsplan, og implementere målrettede tiltak opp mot kommuner som har vedvarende utfordringer med USK basert på innhentet informasjon og lokal styringsdata. Arbeidet bør ses i sammenheng med «vi fornyer UNN» mandat 5 hvor både sykehus og kommuner skal inngå.
3. Tiltaksgruppen fremlegger handlingsplan i neste SSU-møte 04.09.24

Sak: 32/24
Tittel: Handlingsplan 2024 – 2026 Helsefelleskapet Troms og Ofoten
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet. (Saksbehandler: Guri Lajord)
Møtedato: 30.05.24

Partnerskapsmøtet vedtok nylig Ishavserklæringen 2024-2027, som ny partnerskaps erklæring for helsefelleskapet Troms og Ofoten. Ishavserklæringen angir hvilke prioriteringer som skal være utgangspunkt for helsefelleskapets arbeid framover. De tre valgte hovedområdene er

1. *tettere samarbeid om sikkerhet og beredskap*
2. *bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp*
3. *beholde og rekruttere kvalifisert helsepersonell*

Konkrete tiltak skal framgå av handlingsplaner. SSU får gi innspill i dagens møte gjennom en mentimeter-runde.

Vurdering

Mandater til de faglige samarbeidsutvalgene (FSU) operasjonaliserer noe. For innsatsområde 1 er mye ivaretatt gjennom mandatet til det nye FSU Beredskap. For innsatsområde 3 er det behov for å fornye mandatet til FSU Rekruttering og stabilisering. For innsatsområde 2 har vi FSU psykisk helse og rus, og FSU barn og unge, men ikke FSU for de øvrige, nasjonalt prioriterte pasientgruppene (personer med kroniske sykdommer og skrøpelige eldre). Sekretariatet ønsker derfor innspill fra SSU, både for å finne gode tiltak innenfor de områdene som i dag ikke har FSU med egne mandat, og for å justere/supplere eksisterende FSU-mandater.

Sekretariatet anbefaler at handlingsplanene gis en virkeperiode på to år av gangen, med mulighet for årlig justering hvis behov.

Forslag til vedtak:

1. SSU ber sekretariatet ta med innspill til tiltak som framkom i dagens møte, når det utarbeides forslag til handlingsplan for 2024-2026.
2. Forslag til handlingsplan 2024-2026 for helsefelleskapet Troms og Ofoten legges fram for SSU på første møte høsten 2024.

Sak: 33/24
Tittel: Inkludering av kommunene i Helsefellesskapet Troms og Ofoten i KI-initiativet
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Nasjonalt senter for e-helse forskning, ved Stein Olav Skrøvseth
Møtedato: 30.05.24

Sammendrag

Nasjonalt senter for e-helseforskning inviterer kommunene i Helsefellesskapet Troms og Ofoten til å delta i søknad om forskningscenter for kunstig intelligens («KI-milliarden») fra Norges Forskningsråd¹, samt i andre fremtidige forskningsprosjekter som kan innlemmes i KI-milliardsøknaden. Dette forutsetter at deres deltakelse er relevant for søknadens utforming og at prosjektet møter fellesskapets behov på en måte som er til gjensidig nytte.

KI-milliard-søknaden er en to-trinns prosess med en innledende skissefrist 7. juni og fullstendig søknadsfrist i januar 2025. Helsefellesskapet kan også vurdere deltakelse i relaterte forskningsinitiativer. Målet for prosjektet er å gjøre KI tilgjengelig og nyttig for alle, med søkelys på tekniske, etiske og samfunnsmessige aspekter, samt å øke KI-kunnskapen. Vi vil sammen identifisere hvilke områder vi sammen kan arbeide med for å utvikle gode løsninger, og hvordan vi kan samarbeide i forskningsprosjekter for å oppnå dette.

Bakgrunn

Formålet med saken er at Nasjonalt senter for e-helseforskning inviterer kommunene i Helsefellesskapet Troms og Ofoten til å være delaktig i forskningsprosjektsøknaden om kunstig intelligens (KI)-milliarden fra Norges Forskningsråd. Invitasjonen omfatter også muligheten til å være med i andre fremtidige forskningsprosjektsøknader, som kan innpasses i KI-milliardsøknaden og knyttes til både KI-milliardsenteret og hovedsøknaden. Helsefellesskapet vil også kunne vurdere å engasjere seg i andre relaterte forskningsinitiativer.

KI-milliard søknaden er en to trinns søknad der en fem siders skisse skal sendes inn innen 7.juni. Norges forskningsråd vil deretter offentliggjøre alle mottatte skisser 15.august, og gi råd til de som

har sendt inn skisser om mulige endringer samt foreslå andre initiativer de bør samarbeide med om en fullstendig søknad. Alle skisser som oppfyller formalkravene, vil kunne levere søknad til hoved fristen i januar 2025.

Kommunene i Helsefellesskapet vil også kunne vurdere å engasjere seg i andre relaterte initiativer som kan involvere delfinansiering av et mulig KI-senter eller lignende prosjekter. Et eksempel er utlysningen for å styrke bærekraft i kommunale helse- og omsorgstjenester med frist i september 2024².

Nasjonalt senter for e-helseforskning kommer til å sende inn en skisse til KI-milliard søknaden om demokratisering av KI med kortnavn AIDEA. AIDEA-senteret jobber for å gjøre KI tilgjengelig og nyttig for alle. For å oppnå dette målet har vi identifisert fire hovedområder som dekker bredden og dybden av KI-demokratisering. Disse områdene er utformet for å adressere de tekniske, etiske og

¹ <https://www.forskningsradet.no/utlysninger/2024/obligatorisk-skisse-forskningscentre-kunstig-intelligens/>

² <https://www.forskningsradet.no/utlysninger/2024/forskning-og-innovasjon-for-mer-sammenhengende-og-effektive-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/>

samfunnsmessige aspektene ved KI. Hovedområdene er å øke tilgjengelighet til KI-utviklingsressurser, legge til rette for adopsjon av etiske og innovative KI-applikasjoner, derav også utforske deres sosiale implikasjoner for å sikre at de tjener allmennhetens beste, fordele fordelene ved KI, og skape inkluderende KI-styringsrammer.

Vurdering

Nasjonalt senter for e-helseforskning har initiert en dialog med kommuner i Helsefelleskapet Troms og Ofoten, samt med kommuner utenfor fellesskapet. Basert på disse dialogene, har vi identifisert flere mulige samarbeidsområder for forskning. Dette er foreløpige eksempler, og en grundigere utforskning og dialog er nødvendig for videre utvikling.

Noen eksempler er at gjennom samarbeid i forskningsprosjekter har vi muligheten til å utforske hvordan teknologiske løsninger, spesielt kunstig intelligens (KI), kan effektivisere bemanning og bidra til tidlig intervensjon for å forebygge problemer innen utdanning og helsesektoren. I Danmark har for eksempel bruken av KI på intensivavdelinger redusert antall falske alarmer betydelig, noe som illustrerer potensialet for lignende implementeringer i hjemmetjenesten, spesielt i samarbeid med responsentre.

Videre, ved mottak av utskrivningsklare pasienter, anvender for eksempel Tromsø kommune pasientjournaler mottatt fra sykehuset pasienten er innlagt hos som grunnlag for tjenestetildeling i henhold til lovverket. KI vil kunne hjelpe til med å identifisere behovene til de utskrivningsklare pasientene, noe som i dag er svært kritisk gitt det høye daglige antallet av utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Nasjonalt senter for e-helseforskning har i dag ekspertisen som trengs for å analysere pasientjournalene og utvikle effektive verktøy for kommunene. Dette kan også videreutvikles til et verktøy som er essensielt for tidlig intervensjon ved å identifisere indikatorer som forutsier mulige utfordringer hos pasienter. Dette eksemplet illustrerer et behov og mulighetene for også å søke forskningsmidler fra de kommunale utlysningene til Norges Forskningsråd som også kan utgjøre en del av søknaden til KI-milliarden og knyttes til både KI-milliardsenteret og hovedsøknaden.

På området for psykisk helse blant barn og unge, spesielt knyttet til skolevegring, kan KI bidra til å avdekke og forstå underliggende mønstre, og dermed støtte utviklingen av målrettede tiltak. Nasjonalt senter for e-helseforskning har allerede initiert et møte med forskere som vi vet kan ha data som er relevant.

I et slikt forskningsprosjekt vil også målet være å øke KI-kunnskapen blant kommunale ansatte og innbyggere, inkludert minoriteter, eldre og ungdom. Dette inkluderer også anbefalinger for bærekraftig og sunn kulturell mat eller kosthold som skal være overkommelig for alle innbyggere. Dette er viktig tiltak for forebygging. Mulighetene er mange og vi vil ikke kunne nevne alle, men til sist så ønsker vi å uttrykke at videreutvikling av utdanningsprogrammer som er tilpasset demografiske grupper, inkludert eldre, mennesker med funksjonshemninger og andre marginaliserte samfunnsgrupper, er også noen vi bør ha fokus rundt. Målet er gjennom demokratisering av KI å forbedre forståelsen og ferdighetene knyttet til KI blant disse gruppene, for å muliggjøre aktiv deltakelse i deres digitale fremtid, styrke deres selvstendighet, unngå utenforskap og dermed øke deres livskvalitet.

Om helsefelleskapet stiller som partner forutsetter det at deltakelsen er relevant for søknadens utforming og at prosjektet møter fellesskapets behov på en måte som er til gjensidig nytte.

Helsefelleskapet vil også kunne vurdere å engasjere seg i andre relaterte initiativer som kan involvere finansiering av et mulig KI-senter eller lignende prosjekter.

For å sikre at fremtidige digitale løsninger reflekterer våre lokale verdier og normer, vil Helsefelleskapet Troms og Ofoten spille en sentral rolle. Dette ved at medlemmene deler informasjon om sine behov og bidrar med innsikt i hvordan vi best kan samarbeide. Vi vil sammen identifisere hvilke områder vi sammen kan arbeide med for å utvikle gode løsninger, og hvordan vi kan samarbeide i forskningsprosjekter for å oppnå dette.

For søknaden om KI-senter er det mange områder som er særlig relevante, inkludert fagutvalg for fastlegerådet, barn og unge, akuttmedisin, rekruttering og stabilisering, psykisk helse og rus, digital samhandling, og beredskap. Men dette vil bli for mange områder å dekke i en søknad så vi må i samarbeid finne ut av hvilke av områdene som passer best til søknaden.

Forslag til vedtak:

1. Kommunene i Helsefelleskapet Troms og Ofoten stiller seg positiv til å være med som partner i Nasjonalt senter for e-helseforskning sin søknad om KI-senter til Norges forskningsråd.
2. Kommunene i helsefelleskapet er positiv til å være med i tilstøtende KI-søknader der det er naturlig og gjensidig nyttig.
3. I samarbeid med Nasjonalt senter for e-helseforskning vil kommunene i Helsefelleskapet Troms og Ofoten utforske hvilke fagområder i de faglige samarbeidsutvalgene som best passer behovene for KI og andre forskningsprosjektsøknader.

Sak: 34/24
Tittel: Rekrutterings- og samhandlingstilskudd 2024 – oppfølging sak 24/24:
Tilbakemelding fra arbeidsutvalget og videre tildelingsprosess
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Arbeidsutvalget ved Heidi E. Laksaa
Møtedato: 30.05.24

SSU besluttet 12.4.24 å sette ned et arbeidsutvalg bestående av representanter fra henholdsvis UNN, kommunene, brukerne og fastlegene, samt sekretariatet, for å se på tildelingskriterier og -prosess for rekrutterings- og samhandlingsmidlene. Følgende har deltatt i arbeidsutvalget: Heidi E. Laksaa, Markus Rumpsfeld, Lise Figenschou, Merethe S. Lønnum, Glenn Hattmann og Guri Lajord.

Opprinnelig tilskudd til helsefelleskapet Troms og Ofoten (HTO) for 2024 var på ca. 18 mill. kr. I revidert nasjonalbudsjett er beløpet økt, og det er foreløpig anslått at vi vil få ca. 60 mill. kr. For 2024 til HTO. Økningen har fått betydning for arbeidsutvalgets anbefalinger rundt tildelingsprosess. SSU har bedt om tilbakemelding i dagens møte, for å kunne beslutte innretning for bruk av midlene.

Med tilskudd av denne størrelsen har utvalget landet på at det er nødvendig med søknadsprosess, og ikke tildele midler direkte basert på forslag fra utvalgene i helsefelleskapet. Det anses også som fornuftig å ha minimum to søknadsrunder, en før sommeren og en, eventuelt to til høsten. AU sendte 16. mai ut forslag til søknadsskjema og kriterier for første tildelingsrunde, til SSU-medlemmer med stemmerett for å få innspill. Justert forslag til søknadsskjema legges fram i møtet.

Ved senere utlysninger bør det vurderes å åpne for andre typer tiltak og øvrige pasientgrupper enn det som er skissert for første runde.

Når SSU har besluttet søknadsprosess og kriterier for første runde, kan utlysning skje umiddelbart. For å få gjort tildeling av noe av midlene før sommeren vil det være nødvendig med kort søknadsfrist, og behov for et ekstraordinært møte for SSU-medlemmer med stemmerett mot slutten av juni.

Forslag til vedtak:

1. SSU vedtar at rekrutterings- og samhandlingstilskuddet gjøres søkbart gjennom to eller flere søknadsrunder. Første utlysning med påfølgende tildeling fra SSU gjennomføres juni 2024.
2. SSU godkjenner søknadsskjema og foreslåtte kriterier som vektas ved tildeling av tilskudd i første runde.
3. SSU avholder ekstraordinært møte 24.06.2024 kl. 13.45-15.15 for å beslutte tildeling av rekrutterings- og samhandlingstilskudd etter første søknadsrunde i 2024.
4. SSU ber arbeidsutvalget komme med anbefalinger for hvilke kriterier som skal legges til grunn i senere tildelingsrunder i 2024, og hvilke søknadsfrist/-er som skal gjelde.

Sak: 35/24
Tittel: Rehab-Los – oppfølging sak 13/23
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Cathrine Arntzen, prosjektleder RehabLos, professor UiT og forsker UNN, Audhild Høyem, rådgiver rehabilitering, Samhandlingsseksjonen UNN og postdoktor UiT, og LHL hjerneslag ved spesialrådgiver Tommy Skar
Møtedato: 30.05.24

Sammendrag

RehabLos er et innovasjons- og forskningsprosjekt initiert av UiT i 2020 med bred deltakelse fra brukere, pårørende, fagfolk fra kommune- og spesialisthelsetjenesten (helseforetak og privat rehabiliteringsinstitusjon), fastlege, Nav og forskere. Basert på samskaping og tjenstedesignmetodikk har prosjektet utviklet nye tjenestemodeller for langvarig rehabiliteringsoppfølging av personer med ervervet hjerneskade som nå er klare for pilotering. Modellene er tilpasset landsdelen og egner seg godt også for andre pasientgrupper med langvarige og komplekse helsetjenestebehov.

Saken framlegges for SSU som oppfølging av sak 13/23. Det presenteres en tjenestemodell det vil søkes finansiering til gjennom rekrutterings- og samhandlingstilskuddet. I tillegg foreslås etablering av «FSU rehabilitering» som sikrer at utviklingen skjer i nært samarbeid med Helsefelleskapet.

Bakgrunn

I SSU-sak 13/23 vedtok SSU (23.2.23) å forankre forsknings- og innovasjonsprosjektet RehabLos i Helsefelleskapet Troms og Ofoten, og støttet etablering av en tverrsektoriell arbeidsgruppe med brukerrepresentasjon for å arbeide videre mot et nytt framlegg for SSU om en «helsefelleskapspilot på rehabiliteringsfeltet». SSU ba om at det ble sett på metodikk for at arbeidet også kan omfatte andre pasientgrupper i tillegg til primærmålgruppa som er voksne med ervervet hjerneskade.

I 2023-2024 har flere sentrale dokumenter påpekt mangler, vektlagt behovet for prioritering og gitt føringer og anbefalinger for framtidige rehabiliteringstjenester (Riksrevisjonens revisjonsrapport, Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027, rapportene fra arbeidsgruppe 3 og 5 i Helse Nords omstillingsarbeid, og styringsdokumentet for helseforetakene i region nord for 2024). Rehabilitering fremholdes som et av helse- og omsorgstjenestenes svakeste områder, det rapporteres store utfordringer med å yte gode og likeverdige rehabiliteringstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Mange pasienter får ikke de rehabiliteringstjenestene de har behov for, og styringen, samhandlingen og koordineringen mellom nivåene er mangelfull. Manglende digital og fysisk samhandling skaper dobbeltarbeid, merbelastning for pasientene, dårlig ressursutnyttelse, og ulik tilgang til relevante tjenester. Svakheter i rehabiliteringstjenestene får store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid. Resultatet blir flere hjelpetrengende enn nødvendig og med behov for mer omfattende tjenester. Tverrsektorielle tjenester og tjenester som samarbeider tett med sivilsamfunnet for å understøtte læring, mestring, arbeid og samfunnsinkludering til personer med rehabiliteringsbehov har vi få eksempler på her nord. Brukere og pasienter etterspør støtte til å håndtere hverdagen med sine fysiske, kognitive og sosiale utfordringer, samt hjelp og støtte til familiene. Ansatte forteller at det er tilfældigheter og tilgjengelige ressurser og ikke pasientenes behov som styrer hvilket tilbud som blir gitt, og tilbudet er gjerne monofaglig (Riksrevisjonens rapport 2023-2024). I Helse Nords omstillingsrapporter pekes det på økt satsning på rehabilitering og økt samarbeid med kommunene hvor en i større grad skal utvikle fellesskapsløsninger og økt bruk av digitale verktøy i samhandlingen.

Siden saken om RehabLos var oppe i SSU i 2023 har bredt sammensatte arbeidsgrupper jobbet aktivt med tjenesteutvikling og kunnskapsutvikling. Prosjektet har en tjenestemodell klar for pilotering. Den er bygd opp omkring etablerte tjenester som videreutvikles i tråd med læring i prosjektet, og nye tjenester som er under utvikling. Pasientrettede tilbud vil kunne iverksettes allerede høsten 2024.

Sentralt i modellen står etablering av et "Kraftsenter for rehabilitering" - en integrert tjenestemodell for oppfølging av personer med rehabiliteringsbehov der både spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester, Nav og frivilligheten inngår. Kraftsenteret er et fysisk og virtuelt samlingssted for brukere, pårørende, frivillige og profesjonelle som skal tilby ulike aktiviteter, behandlings- og kurstilbud som skal bidra til å samle, styrke og dele kompetanse og erfaringer. Det fysiske stedet for Kraftsenteret er Sydspissen i Tromsø. Det er imidlertid helt fra starten av planlagt også digitale tjenester som muliggjør at brukere og fagfolk utenfor Tromsø kan delta i flere av tilbudene. Dette utvikles fortløpende sammen med samarbeidskommuner.

Stedet skal også fungere som faglig møteplass for kompetanseutvikling og /-deling mellom fagfolk, forskere og brukerorganisasjoner. Det jobbes med utvikling av ulike modeller for teamsamarbeid

der aktører fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten og Nav arbeider sammen med utgangspunkt i pasient/brukers behov, forutsetninger og mål. Teammodellene tilpasses lokale tjenestestrukturer, og skal bidra til personsentrert støtte mot bedret funksjonsevne, økt mestring og deltakelse i hverdagsliv, arbeids- og samfunnsinkludering. I tillegg jobbes det med utvikling av en digital rehabiliteringsplan som følger pasienten på tvers av tjenester gjennom ulike faser i et langsiktig rehabiliteringsforløp.

Vurdering

Det vurderes at den tjenestemodellen som er under utvikling vil bidra til økt funksjon, mestring og trygghet til både pasienter og pårørende. Den nye modellen vil kunne gi bedre utnyttelse av kompetanse og kapasitet i landsdelen, samt tilby en faglig tilhørighet for fagfolk i ulike deler og lokalisasjoner av tjenestene. På samfunnsnivå vil man kunne få økt samfunnsengasjement, og ikke minst arbeidsdeltakelse hos personer som, på grunn av lite egnet oppfølging, i dag ofte faller ut av arbeid og samfunnsliv på varig basis.

Ressurser å spille på lokalt er Sydspissen senter som Tromsø kommune har kjøpt og er i gang med å utvikle aktiviteter i. Brukere og frivilligheten er godt representert, og det er også planer/rom for å lokalisere pasientrettede tilbud der som i dag gis av spesialisthelsetjenesten – slik som ambulante rehabiliteringstilbud og lærings- og mestringstilbud, eller rådgiving ved Nav (se vedlegg). Noen av disse tilbudene kan samtidig gis digitalt, og kraftsenteret er tenkt som en «motor» for utvikling av oppfølgingsmodeller for kommunene i nord.

Samarbeidspartnere/bidragsgivere:

- UiT, Senter for omsorgsforskning nord
- Tromsø kommune, Helse- og omsorgstjenesten
- USHT Troms
- Nav Troms og Finnmark
- UNN Tromsø: NOR-klinikken, ESI-senteret med flere.
- Finnmarksykehuset
- Vigør rehabiliteringssykehus, Tromsø
- Bardu kommune
- LHL og Pasientskadefondet

Daglig ansvar for utvikling og drift: Det foreslås å opprette en koordinatorstilling som organisatorisk plasseres i tilknytning til interkommunal samhandlingsleder i Tromsø kommune.

Økonomi: Tilbudet baseres på egeninnsats fra medvirkende aktører gjennom sambruk av stillingsressurser slik som tverrfaglige team eller fagspesifikk kompetanse. Midler søkes gjennom Helsefelleskapet Troms og Ofoten; rekrutterings- og samhandlingstilskuddet for 2024, for å dekke stillingsressurs for koordinatorfunksjon, samt nødvendige driftsutgifter til å koordinere ulike tjenesters bidrag og felles utviklingsprosesser.

Styrings- og samarbeidsmodell: Det foreslås at den overordnede styringa skjer gjennom Helsefelleskapet ved etablering av et faglig samarbeidsutvalg, FSU rehabilitering. FSU-et vil være involvert i videre utvikling og er tenkt som ei referansegruppe som kan bringe opp saker til SSU for vurdering og beslutninger.

Videre utvikling og følgeforskning vil ivaretas av UiT og samarbeidspartnere. Her er det allerede arbeid i gang, og det søkes fortløpende prosjektmidler for å utvide innovasjons- og følgeforskningsaktivitet.

Forslag til vedtak:

1. SSU støtter planene om utvikling av en integrert tjenestemodell for oppfølging av personer i langvarige rehabiliteringsforløp der både spesialisthelsetjenesten, kommunale helse- og omsorgstjenester, NAV og frivilligheten deltar, med plan om framlegging av søknad om finansiering over rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.
2. SSU er positive til etablering av et faglig samarbeidsutvalg (FSU) for rehabilitering som skal bidra til at den videre prosessen omkring utvikling og pilotering av RehabLos-modellen er forankret i Helsefelleskapet, og videre at bidra til at rehabiliteringstilbudet i Troms og Ofoten videreutvikles i et nært samarbeid mellom kommunene, spesialisthelsetjenesten, fastlegene og brukerne i tråd med føringene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.
3. SSU ber forslagsstillerne framlegge forslag til sammensetning og mandat for FSU Rehabilitering til neste møte 4.9.24.

Vedlegg 1: Pilot 1. Aktiviteter som er klare for å utvikles og prøves ut i Kraftsenter RehabLos

Sak: 36/24
Tittel: Samhandlingskonferansen – forslag om endring av tidspunkt
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet (Saksbehandler: Glenn Hattmann)
Møtedato: 30.05.24

SSU har i vedtak 23.02.23 ønsket at det arrangeres samhandlingskonferanse i 2024. Denne konferansen har tradisjonelt vært arrangert i månedsskiftet november/desember. I årets partnerskapsmøte 18.04 ble det besluttet at partnerskapsmøtet i 2025 skal avholdes digitalt, og deretter veksle mellom fysisk og digital møteform annen hvert år. I etterkant er det kommet tilbakemeldinger fra flere som ytret ønske om en årlig fysisk møtearena.

Etter en gjennomgang av noen større konferanser som arrangeres, viser det seg at flere av disse konferansene arrangeres på høsten. Herunder konferanser som Fremtidens helsetjeneste (annet hvert år i Narvik, arrangeres nå i 2024), E-helse i Norge (årlig nasjonalt), helseinnovasjonsuken (årlig i Bodø), og KS høstkonferanser, for å nevne noen.

Hvis samhandlingskonferansen skal arrangeres til høsten vil det i løpet av 2024 vært to fysiske møtearenaer i regi av helsefelleskapet Troms og Ofoten, partnerskapsmøtet på våren, og samhandlingskonferansen på høsten. I år arrangeres dermed to større fysiske møteplasser, mens det i 2025 ikke blir noen arrangement av dette omfanget.

Basert på dette foreslås det derfor fra sekretariatet at samhandlingskonferansen flyttes til 2025, og avholdes fysisk 29-30. april i Tromsø. Dette legger til rette for at det annethvert år kan avholdes digitale partnerskapsmøter, men at det allikevel avholdes en årlig fysisk møtearena arrangert av vårt helsefelleskap.

Forslag til vedtak

1. SSU støtter at planlagt samhandlingskonferanse 2024 forskyves til 29.-30. april 2025.
2. Samhandlingskonferanser arrangeres deretter hvert andre år.

Sak: 37/24
Tittel: Forsterkning av koordineringsordningene i UNN
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Tony Andre Berntsen, rådgiver ved koordinerende enhet UNN
Møtedato: 30.05.24

Sammendrag

UNN har vedtatt en omstrukturering av hvordan de lovregulerte koordineringsordningene forvaltes i sykehuset. I grove trekk forsterkes funksjonen til koordinerende enhet med kliniske ressurser for å øke den totale kapasiteten rundt arbeidet med ordningene. Denne nye «forsterkede koordinerende enheten» har vi valgt å kalle for et koordineringsmottak.

Koordineringsmottaket består av personell fra pasientkoordinatorstillinger etablert gjennom Stormottakerprosjektet, og koordinerende enhet (KE). Koordineringsmottaket har som hovedoppgave å bidra til at pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester opplever helhetlige, proaktive og pasientsentrerte tjenester. Dette oppnås gjennom å være kontaktpunkt og saksbehandler for alle henvendelser som omhandler uavklarte koordineringsbehov hos nevnte pasientgruppe. For kommunenes del vil dette bidra til enklere og mer forutsigbar samhandling rundt pasienter som mottar mange samtidige helsetjenester.

Fra før av har KE i sykehuset et lovpålagt ansvar for ordningene individuell plan og koordinator jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b. I dette ligger et systemansvar for arbeid med individuell plan, samt oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator i spesialisthelsetjenesten. Koordineringsmottaket er en forsterkning og utvikling av KE-funksjonen, og skal i tillegg til de eksisterende oppgavene fortløpende evaluere hvordan UNN jobber med koordinering av pasientforløp og komme med anbefalinger til tiltak som kan bidra til økt realisering av intensjonene bak de nevnte ordningene.

Parallelt med opprettelsen av koordineringsmottaket er det også opprettet et klinisk koordineringsnettverk. Dette nettverket består av ledere fra klinikker i UNN som har pasienter i målgruppen. Nettverket vil fungere som bindeledd mellom koordineringsmottaket og de kliniske ressursene i sykehuset. Koordineringsmottaket skal i samarbeid med det kliniske koordineringsnettverket sørge for at alle henvendelser blir rettighetsvurdert og svart ut i tråd med nasjonale føringer. Det kliniske koordineringsnettverket har også ansvar for å oppnevne kliniske ressurser til koordinering av pasientforløp.

Oppstart for å ta imot henvisninger gjennom den nye ordningen vil finne sted i første halvdel av september i år. Tiden fram til da brukes på å pilotere pasientforløp for å sikre at alle systemer fungerer slik de skal. Informasjon om henvisningsrutiner vil sendes ut til de koordinerende enhetene i kommunene før oppstart.

Bakgrunn

Det er en kjent sak at de lovregulerte koordineringsordningene i sykehusene har variabel effekt og ulik grad av implementering på nasjonalt nivå. Dette gjelder både internt i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. De siste eksemplene på dette er beskrevet i Riksrevisjonens rapport på rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene, og i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, kapittel 4.2.4. I UNN gjenspeiles det blant annet i årsmeldingene fra

pasient- og brukerombudet, hvor tilbud om koordinator og kontaktlege for pasienter med komplekse og sammensatte behov er et gjentakende forbedringspunkt.

Saken gjelder derfor pasienter med komplekse eller langvarige og koordinerte tjenestebehov, som oppfyller retten til de lovregulerte koordineringsordningene; koordinator i spesialisthelsetjenesten, kontaktlege og individuell plan.

Det er i hovedsak tre områder ved koordineringsordningene som erfares spesielt krevende:

- Fordeling av koordineringsansvar for pasienter med komplekse og sammensatte behov.
- Vurdering av pasientenes rett til koordineringsordningene.
- Oppnevning av koordinator eller kontaktlege for pasienter som etter vurdering har rett til det.

I noen pasientsaker har koordinerende enhet hatt opp mot 50 kontakter med pårørende, pasienter, helsepersonell og ledere fra ulike avdelinger, uten at man har klart å lande en tilfredsstillende løsning. Dette har negative konsekvenser for pasientene det angår og i tillegg bruker helsetjenestene unødige mye ressurser på koordineringsordningene uten at koordinator eller kontaktlege er oppnevnt.

Samtidig har man på både nasjonalt og lokalt nivå forsøkt å oppfylle intensjonen bak koordineringsordningene igjennom å etablere andre tilbud som skal bidra til helhetlige og koordinerte tjenester. Eksempler der man i stor grad har lyktes er med pakkeforløp for kreftpasienter eller gjennom etableringen av FACT-team og PSHT. Felles for disse tiltakene er at det er tydelige rammer rundt tjenestene som tilbys. Det benyttes *øremerkede ressurser* til å utføre *avgrensede oppgaver* (avgrensninger i oppfølgingstid, rolle, profesjon, ansvar) for å styrke forløpene til *utvalgte pasientgrupper* (mulig å anvende kjent metodikk og spesialisering). Et kartleggings skjema utarbeidet i forbindelse med omstillingsprosessen i Helse Nord gir en god oversikt over slike tilbud som allerede eksisterer i UNN og i samarbeid med kommunene (se vedlegg 1).

For de lovregulerte koordineringsordningene er imidlertid ansvarsforholdene utydelige og det foreligger ingen dedikerte ressurser i klinikkene. Oppgavene som hører til ordningene er omfattende og oppleves i noen tilfeller som uforenelige med den øvrige sykehusdriften, pasientgrunnlaget svært stort og mangfoldig. Argumentene som gis for at ordningene forblir dårlig implementert kan oppsummeres med at de kliniske enhetene ikke er rigget til å betjene koordineringsordningenes store potensial av ansvar, oppgaver og pasienter. Erfaringene fra Stormottakerprosjektet i UNN tilsier at det er sannhet i dette, men at utfordringsbildet er mer komplekst.

Den første observasjonen er at begrepet «pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester» kan være for vidt til at det gir en fullstendig forståelse av hva koordinering for disse pasientene innebærer. Det er viktig å vurdere den enkelte pasients unike situasjon, da dette påvirker hvilke ressurser som er nødvendige. Forskjellige pasientsaker vil kreve varierende ressurser og kompetanse.

Generelt sett kan man si at mange pasienter i denne gruppen har begrensede koordineringsbehov som kan håndteres gjennom de eksisterende koordineringsordningene.

For en mindre gruppe pasienter kan koordineringsbehovet være mer omfattende, og det kan være nødvendig med ytterligere ressurser. For en svært liten gruppe kan det være behov for spesialiserte løsninger, som for eksempel tverrfaglige team.

Den andre observasjonen er at den praktiske koordineringen kan forbedres med dedikerte ressurser i klinikkene for å bygge opp spesifikk kompetanse. Dette vil også kunne styrke samhandlingsprosesser, som for eksempel oppfølging av en pasient, arbeid med en individuell plan, eller etablering av nettverk.

Den tredje observasjonen er at ansvaret for koordineringsordningene er fordelt mellom ulike kliniske enheter, mens systemansvaret og mottak av tilbakemeldinger for individuell plan- og koordinatorordningen tilhører koordinerende enhet. Det delte ansvaret kan medføre at enkelte avdelinger delegerer ansvar videre til andre avdelinger, noe som allerede skjer både i komplekse og enklere pasientsaker. Når flere enheter er involvert, kan det også være utfordrende å ha en helhetlig oversikt over hvordan ordningene fungerer. Denne oversikten er nødvendig for UNN for å kunne iverksette effektive tiltak.

Den fjerde observasjonen er at det etableres et mangfold av tjenestetilbud for å oppnå helhetlige og koordinerte pasientforløp. For interessenter og ansatte kan det være en utfordring å holde oversikt over tilgjengelige ressurser og deres tilkobling til pasientforløp. Selv om de ulike tilbudene gir spesialisert oppfølging innen sine områder, kan også noen aspekter av drift være overlappende. Det kan være hensiktsmessig å se på muligheter for samordning for å dra nytte av mulige synergier og se tjenestetilbudene i et helhetlig perspektiv.

Oppsummert blir altså rollen som koordinator eller kontaktlege sjelden så ressurskrevende som man frykter, men det er likevel lite samsvar mellom pasientenes rettigheter og den nåværende koordineringskapasiteten i sykehusene, også i UNN. Det er heller ikke all koordinering som kan håndteres av en koordinator eller en kontaktlege, og det vil derfor være behov for andre koordineringsløsninger.

Ved å styrke og strukturere koordineringsarbeidet kan UNN oppfylle intensjonene bak koordineringsordningene for et høyere antall pasienter. Det er også viktig å tilpasse løsningene til variasjonen blant pasientene og kapasiteten i de ulike avdelingene. Derfor etableres det nå et koordineringsmottak som skal motta og behandle alle henvendelser som omhandler uavklarte koordineringsbehov hos pasienter med komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Mottaket skal sørge for at henvendelsene blir fulgt opp og svart ut i tråd med nasjonale føringer, fortløpende evaluere hvordan UNN jobber med koordinering, og komme med anbefalinger til forbedringstiltak som tar hensyn til pasientmangfoldet og tilgjengelige ressurser i den enkelte avdeling.

Parallelt etableres det også et klinisk koordineringsnettverk av ledere fra klinikker som har pasienter i målgruppen. Nettverket er bindeledd til de kliniske ressursene i sykehuset og har blant annet ansvar for å gjøre kliniske ressurser tilgjengelig for koordineringsoppgaver.

De to nye samarbeidsstrukturene har sammen et særskilt ansvar for at intensjonene bak de lovregulerte ordningene oppfylles for flest mulig pasienter og vil bidra til en enklere og mer forutsigbar samhandling rundt pasienter som mottar mange samtidige helsetjenester.

Oppstart for å ta imot henvisninger gjennom den nye ordningen vil finne sted i første halvdel av september i år. Tiden fram til da brukes på å pilotere pasientforløp for å sikre at alle systemer fungerer slik de skal. Informasjon om henvisningsrutiner vil sendes ut til de koordinerende enhetene i kommunene før oppstart.

Forslag til vedtak:

SSU tar informasjonen til orientering.

Vedlegg 2: Arbeidsgruppe 5 – Kartleggingsskjema.

Sak: 38/24
Tittel: Referatsaker
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 30.05.24

Siden forrige møte i SSU den 12.04.24 har det vært avholdt møte i FSU barn og unge, FSU rekruttering og stabilisering, Fastlegerådet og FSU Akuttmedisin. FSU psykisk helse og rus gjennomførte den 23.05.24 en dagssamling/workshop og det er ikke møtereferat knyttet til denne.

Møtereferatet for Fastlegerådet, FSU rekruttering og stabilisering, og FSU Akuttmedisin er ikke godkjent av utvalget og publiseres på www.helsefelleskapet.no etter hvert som det blir godkjent.

Forslag til vedtak:

SSU tar vedlagte referat til orientering.

Vedlegg 3: Møtereferat FSU Barn og unge

Sak: 39/24
Tittel: Neste møte og kommende saker
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 12.04.24

NB! Avhengig av beslutning i sak 34, avholdes eventuelt ekstraordinært møte for stemmeberettigete SSU-medlemmer i løpet av juni 2024, for å behandle søknader om tilskuddsmidler.

Neste ordinære SSU-møte avholdes digitalt 04.09.24.

Kommende saker:

- Samarbeid om pasientforløp, forebygging og utskrivningsklare pasienter
- Handlingsplan 2024-2026
- Oppdatering rekrutterings- og samhandlingstilskudd
- FSU-struktur – helhetlig gjennomgang
- Plan for høy aktivitet (PHA) i UNN
- Omstilling UNN

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet. Saker meldes og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefelleskapet.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

Forslag til vedtak:

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

Vedlegg sak 35/24 (RehabLOS)

Pilot 1. Aktiviteter som er klare for å utvikles og prøves ut i Kraftsenter RehabLos

Hva	Hvem	Når
Seks ukers hukommelseskurs	Nevropsykologene på UNN i samarbeid med LHL, Tromsø	2024/2025
Lavterskeltilbud - trening, aktiviteter og sosialt samvær med andre - samtalerom hvor Nav kan ha lavterskelhjelp - rådgiving ved koordinerende enhet UNN og kommunen	Nav, frivilligheten, koordinerende enheter,	2024/2025
Tema-café	LHL/Frivilligheten i samarbeid med UNN, Tromsø kommune	2024/2025
Lærings-/mestringskurs for pasienter og pårørende	ART*, LMS* UNN, Tromsø kommune, LHL, Frivilligheten	2024/2025
Kurs og kompetanseheving blant helsepersonell og Nav-ansatte	Forskere, ART/LMS UNN, Tromsø kommune. Frivilligheten utvikler og prøver ut systematisk pedagogiske opplegg	2024/2025
Utvikle kraftsentret som et digitalt og mobilt sted	Tromsø kommune, Bardu kommune, ART nettverket i Nord, LMS, UNN, forskere. Videre: Vestvågøy, Karasjok kommuner.	2025/2026

* Ambulant rehabiliteringsteam (ART), Lærings- og mestringscenteret (LMS), Nevropsykologene, og "Kompetansetrappa"- NOR-klinikken, Stormottakersatsinga og koordinerende enhet - ESI-senteret.

Innsatsområde i samhandling	Navn - prosjekt – tiltak-samarbeid	Samarbeidspartnere - Formell organisering av samarbeidet	Bakgrunn/Målsetting - Tjeneste beskrivelse, kompetansekrav og målgruppe	Finansiering - Fordeling, økte finansielle	Evaluering/erfaringer	Grad av samordning (1-5)
Helhetlige pasientforløp, klinisk samhandling og tjenesteinnvasjon						
Helhetlige og koordinerte pasientforløp og at helsepersonell jobber i team rundt pasienten	PSHT	Forankret i Helsefellesskapet. Utvidelse fra samarbeid med vterkommuner til alle 24 kommuner i Stromottakerprosjektet. Samarbeid er etablert mellom UNN Narvik, UNN Tromsø, UNN Harstad, DMS Nord-Troms, DMS-Senja og alle 24 kommuner i	Persontreterte - Helhetlige og Proaktivt tjenestetilbud, UNN i samarbeid med kommunene. To modeller: Fysisk felles team og teamsamarbeid med PSHT-kontaktpersoner og fagpersoner i kommunene. Tverrfaglige team som er tverrfaglig sammensatt og samlokalisert eller samarbeider på tvers av tjenesteniivær. Målguppe utvidet i Stormottakerprosjektet fra skrapelige eldre til også å inkludere personer med rus- og psykiatriske lidelser, barn og unge, samt personer med flere kroniske lidelser.	UNN finansierer egne stillinger, kommunene finansierer egne stillinger i fysisk felles team. Kommunene finansierer også kommunale personellressuser i samarbeidet rundt pasientforløp	Forskning på effekt av tjenesten PSHT foreligger, se Gro Berntsens publikasjoner. Redusert dødelighet, redusert liggetid i sykehus, reduksjon i reinnleggelse, drøning til polikliniske tjenester, forebygget forverring og innleggelse.	2 og 3
	Parkinson-team	I kombinasjon med Parkinson Net er teamet i tett samarbeid med primærhelsetjenesten og private aktører.	Rigget på linje med ALS team, men ikke like stort. Ergo, fysio, logoped, Neurolog og spl. Blant annet bidratt mye mot Parkinson Net, og dette nettverket. En spl koordinator som drifter UNNs innsats opp mot nettverket, og som drift av parkinsonsteamet. Det er et opplevd godt samarbeid med kommunene.	NOR	Jobber opp mot Parkinson-pasienter	1
	ALS-team		Tverrfaglig team som følger opp ALS pasienter i UNN's nedslagsfelt, men har også pasienter i Finnmark. Bredt sammensatt team som er organisert og ledet fra NOR med nevrolog, spl, ergo, fysio, logoped, lungelege og	NOR	Jobber primært med ALS pasienter som kommer til opphold i UNN, hver 3 mind.	1
	Felles team	Trykksårteam hadde rett under 500 oppfølginger internt i UNN, over 400 telefonkonsultasjoner med primærhelsetjenesten og ca. 40 polikliniske konsultasjoner per år for gruppen av pasienter de	Etablerer felles team trykksår og diabetisk fotsår i UNN som en del av sykehusets stormottakerstatning. Teamet skal bruke forbedringsmetodikk i utviklingen av teamet og tjenesten.	K3K	Det anbefales at UNN etablerer felles team for trykksår og diabetisk fotsår. Mange av pasientene er stormottakere av helsetjenester. Etnisk, helsemessig og samfunnsøkonomisk er det riktig for UNN å satse på teamet. Ansvaret for felles team legges til K3K, øvrige klinikk skal delta med legeresurser i teamet. Det er foreslått en økonomisk løsning for å dekke opp kostnader med å etablere og drive teamet til stillinger som ergoterapeut, helsesekretærer,	1
	FACT	Nord-Troms-kommunene + SPMR Storslett Tromsø kommune FACT-Midt Troms	FACT (Flexible Assertive Community Treatment) står for fleksibel aktivt oppsøkende behandling der du bor og oppholder deg. Teamet er drevet som et helsefellesskap med delt faglig, økonomisk og administrativt ansvar mellom kommuner og UNN. Behandlingen er et tilbud til pasienter som har alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer, og som trenger hjelp på flere områder i livet. Dette kan være knyttet til bolig, økonomi, arbeid eller utdanning og sosialt nettverk. FACT gir det meste av oppfølgingen og behandlingen pasienten trenger via et tverrfaglig team. Teamet består av psykolog, psykiater, sykepleier, sosionom, erfaringskonsulent (Brukspesialist), russpesialist og jobbspesialist. Behandling og oppfølging flyttes ut av kontoret og til hjemmet og nærmiljøet.	Prosjektmidler statsforvalter/PHR K	Fortsatt i prosjekt. Skal evalueres.	2 Tverrfaglige team. Jobber sammen og på tvers av kommune og sykehus
	FACT Harstad	FACT - Harstad, nedlagt, får ikke rekruttert lege og psykologspesialist				
	FACT-ung	FACT ung Tromsø				
	Rusteam	Rusteam Harstad	UNN-team, del av PHR, fagfelt TSB, forankret i PHV. Har tett dialog og samarbeid med alle kommuner i sykehusområdet, har saker sammen, har faste temabaserte møtepunkter hver 8. uke, alle kommuner og kriminalomsorgen. Har fra 2016 satt initiativ til fast møtepunkt hver 8. uke med bakgrunn i behov hos kommuner, som er god oppslutning om, og enighet om fungerer godt. Temabasert, felles eierskap, flat struktur. Innkalling og referat ved rusteamet.	PHV	Partene er enige om at dette er en bra arena for samarbeid.	1 Tverrfaglig UNN-team. Avklart arbeidsdeling og infoutveksling. I enkeltsaker: tverrfaglig team på tvers av tjenesteniivær.
	ACT	Tromsø kommune	ACT står for Assertive Community Treatment, og er en godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. ACT retter seg mot pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene som har utfordringer med å oppsøke helsetjenestene på egen hånd. Teamet består av både UNN ansatte og kommune, og driften er regulert gjennom partssamarbeid i likhet med FACT	PHR/K/Tromsø kommune	I ordinær drift. Følger krav til ACT modell (etterlevelse av metode, drift og organisering). Partene er enige om viktigheten av tilbudet og er enige om videreføring.	2 Tverrfaglige team. Jobber sammen og på tvers av kommune og sykehus
	ART - ambulant rehabiliteringsteam	Ambulant rehabiliteringsteam (ART) er en del av rehabiliteringstilbudet i UNN og dekker kommunene i Ofoten og Troms. ART Tromsø dekker UNN Tromsø lokalsykehusområde og ART Narvik dekker UNN			NOR-klinikken + egeninnsats fra kommuner/fastleger	1
	Geriatrisk team	UNN Narvik	Teamet jobber primært inne på sykehuset, men kan ved behov ambulerer ut til hjemmet. I tillegg til utredning og behandling ved poliklinikk og sengepost, kan vi følge opp pasienter over tid der det er sammensatte problemstillinger og behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Vi samarbeider med geriatr, kommunens hukommelsesteam og demenskoordinator, samt alderspsykiatrisk team. Vi dekker kommunene i UNN Narviks lokalsykehusområde.			1
	Omårdegeriatri	UNN og lokalkommunene i Nord- og midt Troms	Tverrfaglig tjeneste som yter døgner rehabilitering, poliklinikk og ambulant utredning og veiledning. Pasientgruppe er pasienter med kroniske sykdommer som demens og parkinson, hjemmeslag, ortopediske tilstander med samtidig kognitiv svikt.			2
	Hverdagsrehabiliteringsteam/R Rehabilitering i hjemmet	Narvik kommune/Harstad kommune	Tverrfaglig rehabiliteringsteam bestående av fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleier og logoped. Teamet arbeider tett sammen med hjemmetjenestens øvrige personell.			2
	Innsatsteam	Narvik kommune	Tverrfaglig team som følger opp med kartlegging og tilrettelegging i en avgrenset tidseffektive ved utskrivning fra sykehus eller kommunal RE-avdeling. Teamet har som hovedoppgave å yte task hjelp for en tidsbegrenset periode i akutt fase av et sykdomsforløp eller alvorlig oppstått psykisk tilstand eller krisesituasjon. Ambulant akutteam er et lavterskeltilbud. Pasienter og pårørende kan ta direkte kontakt uten henvisning fra lege.			1
	Ambulant akutteam	DPS				1
	Alderspsykiatrisk-team	AAT Ambulant akutteam Harstad	Ambulant akutteam Harstad er et tverrfaglig UNN-team. Har spesialisert seg på å være operativ i fagetfelt, deltar på møter med fastleger, tilgjengelig for drøfting av saker for FT og kommunehelsetjenesten. Reduksjon i helge- og kveldstilbudet påvirker fleksibiliteten i tilbudet. Veileder i saker. Avklarer lokalt før evt direkteinnleggelse Tromsø.			1 Tverrfaglig UNN-team, ambulerer
	Alderspsykiatrisk-team	Harstad	Teamet er tverrfaglig team på tvers av UNN Harstad/UNN Tromsø (sammen med øvrige i Tromsø, enhetstider alderspsykiatrisk). Er daglig del av fagfellesskap på VOP Harstad. Ambulerer ut til pasienter, samarbeider med kommuner i sykehusområdet også mht veiledning og undervisning. Med i FANN - fagnetverk alderspsykiatrisk N-N sammen med øvrige UNN-lokalisasjoner og kommuner i N-N			1 Tverrfaglig UNN-team (på tvers av UNN-lokalisasjoner). Avklart arbeidsdeling og infoutveksling.
	Alderspsykiatrisk-team					
	Respirasjonssvikt - team					

	Smerteteam	UNN og lokalkommunene					
	Palliativt team	UNN	Lindrende behandling skal tilbys alle som trenger det, uavhengig av diagnose, prognose og bosted. Den enkelte helsearbeider kan gi god hjelp, men ofte vil personer med ulik yrkesbakgrunn samarbeide for å gi deg og dine pårørende best mulig behandling og oppfølging. Et godt samarbeid mellom helsearbeidere ved sykehuset og i kommunen er sentralt.			2	
	Pakkeforløp kreft hjem	Kvalitetsavdelingen m Per Christian Olsen	Alle pasienter som får en kreftdiagnose omfattes av Pakkeforløp kreft hjem. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft har tre samhandlingspunkter. Første i UNN, de to andre i kommunene. Målsætning er å sikre forutsigbarhet og trygghet for pasienter med kreft. Pakkeforløpet omhandler psykososial oppfølging			1	
	Pakkeforløp PHR	Alle kommunene					
	NUN- nye UNN Narvik	Samarbeid med Narvik kommune, fastleger og brukere	Felles planlegging og gjennomføring av workshops bidrar til bedre samarbeide og samordning av tjenester Pilot 1 Retningslinjer ikke tilstrekkelig for å oppnå ønsket handlinger dvs. samarbeid og samordning ... Pilot 2 Høstplaner i hverandres tjenesteområder bidrar til bedre samhandling og samordning			2	
Digitale muligheter i pasientforløp - Ta i bruk teknologi og digitale tjenester som bedrer samhandling og helhetlige pasientforløp	Videokonsultasjon	UNN, kommunene, fastlegene				1	
	Checkware	UNN- brukere				1	
	GoTreatIT	UNN					
	Helseopplærings-skjema	UNN					
	DBEB- egenbehandlingsplaner	PSHT - Tromsø kommune					
DHO - Nord-Troms	Prosjektledelse:		Pasient/bruker har større innsikt og deltakelse i oppfølging av egen helse:	Prosjektmidler og egeninnsats		2	
	Anne-Sofie Pedersen		1) Økt trygghet og mestring for bruker og pårørende				
	UNN sentralt		2) Færre reinnleggelser				
	Innmed		3) Oppdage tegn til forverring av tilstand så tidlig som mulig				
Pasienter møter spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv	Hjemmebehandling med intravenøs antibiotika	Organisering: UNN Infeksjon sengepost	Det overordnede målet for dette prosjektet er å sikre pasienter som trenger intravenøs antibiotika bedre livskvalitet og økt fleksibilitet i tilleggs har prosjektet følgende delmål:	Innovasjonsmidler via Helse Nord		2	
		Forankres i Helsefelleskapet	1. Bedre utnyttelse av kapasitet i sykehus og intern kompetanse				
		Kontakter: Elisabeth Berglund Jensen, prosjektleder	2. Optimalisere samhandlingen mellom omsorgsnivåene ved hjelp av erstatningsbasert intravenøs antibiotika				
		Kommuner: kommer		3. Styrke kompetansen i kommunene.			
		Avtaler: kommer					
		Tidsperiode: 2023-2024					
		Kommuner: DMS					
	Dialyse-satelitter	Finnsnes og Nord-Troms (interkommunalt)			Finansieres av UNN		2
		Avtaler: Ja					
		Tidsperiode:					
Blod-transfusjon i kommunen	Kommuner: Målselv			Finansieres av UNN		2	
	Avtaler: Ja						
	Tidsperiode: 2023-						
Samarbeid mellom KE i kommuner og sykehus	Kommuner:	IP/koordinator/barnekoordinator og KE					
	Avtaler:	Andre koordinatordninger/ koordinerinstiltak som bør nevnes				1	
	Tidsperiode:						
Habiliteringsteam	Rehab. Jostein Bentzen					2	
	Kommuner:	Har UNN noe her?					
	Avtaler:						
Habiliteringstilbud ved bruk av lærings- og mestringssamarbeid	ADHD foreldrekurs						
	hørsehemmede kurs og noen andre kurs innlegg i samarbeid med kommunalt personell.		Har ett foreldrekurs ADHD men usikker samarbeid med kommunene.			1	
	Tidsperiode:	De utrolige årene					
Akuttmedisin og beredskap							
Akuttmedisinske kjede	Samarbeid om kommunal ledsager psykisk syke ved transport til sykehus	Kommuner: Sør-Troms				1	
		Avtaler: Ja					
		Tidsperiode: 2019?					
	Trygg akuttmedisin	Kommuner: Alle				2	
		Avtaler:					
		Tidsperiode: 2023-2024					
	Akuttmedisinsk samtrening	UNN : AMK, ambulansetjenesten, Kommuner: legevakt, legevaktsleger	Felles simulering- akuttmedisinsk pasient. Øvelse gjennomføres lokalt			2	
		Kommuner: Alle					
		Tidsperiode: Pågående					
Smittevernberedskap	KORSN	Kommuner: Anehus					
	Regionalt	Avtaler: Nei		UNN			
		Tidsperiode:					
	Prestetjenesten	Kommuner: AVTALER: OSKIKER	Som bistår i håndtering og kriser, Samhandling med prestetjeneste i kommunen ved kriser og hendelser.				
		Tidsperiode:					
Demografi, rekruttering og teknologi							
	FSU Rekruttering og stabilisering					2	
Andre områder med potensiale for økt samarbeid og samhandling							
KE/ Koordinator i spesialisthelsetjenesten							
Kontaktleggeordningen							
"intermediære kommunale døgntilbud av kortere varighet" - Nytt navn kommer							
Sykestuer	DMS Nordreisa						
	DMS Finnsnes						
ØHD/KAD somatikk og psykisk helsevern	Karlsøy, 0,4 sengeplasser	Regulert i vertskommuneavtale med Tromsø kommune		Tromsø fakturerer Karlsøy årlig		1	
	Lavangen, inntill 1 plass	Lavangen drifter selv.				1	
	Senja, 5 KAD/ØHD plasser	Senja drifter selv.				1	
	Evenes, 1 plass	Evenes drifter selv		Kommunebudsjett		1	
	Målselv, har 2 ØHD plasser	Målselv drifter selv.		Bådsjetters av Målselv helsehus budsjett		1	
	Storfjord, 2 plasser.	Balsfjord er vertskommune		Balsfjord fakturerer Storfjord		1	
	Sørreisa, 5 plasser i samarbeid med Senja	Senja er vertskommune for Sørreisa		Faktureres av Senja		1	
	Kvæfjord, leier vb av Harstad kommune	Harstad er vertskommune for Kvæfjord, Lødingen, Tjelsund og Skånland		Faktureres av Harstad.		1	
	Dyrøy, disponerer andel av en seng i Salangen			Dyrøy betaler årlig kr 2500		1	
	Bardu, 1 plass	Bardu drifter selv				1	
	Kåfjord, 1 plass	Kåfjord drifter selv		Finansieres kommunalt med tilskudd fra UNN(?)		1	
	Kvænangen, 1 KAD/ØHD plass	Kvænangen drifter selv. UNN gir råd og veiledning ved PHR		Kommunebudsjett		1	
	Balsfjord, 2 plasser	Storfjord		Tilbudet finansieres over k		1	
	Lødingen, leier plas vb av Harstad	Harstad er vertskommune for Kvæfjord, Lødingen, Tjelsund og Skånland		Faktureres av Harstad.		1	

	Nordreisa, 2 ØHD/KAD plasser			UNN gir tilskudd til drift av	1
	Lyngen, 1 plass	Lyngen driver selv		Delfinansieres med tilskudd fra UNN	1
	Narvik, 2 ØHD/KAD plasser	Narvik driver selv	Planlegges økning av sengeplasser når nytt Helsehus åpnet	Kommunalt finansiering	1
	Tromsø, 11 ØHD/KAD plasser	Samarbeidsfora, legevakten, fastlege, akutteam, UNN ved akuttmottaket Breivika. Tromsø er vertskommune for 1 sengeplass til Karlsøy	ØHD sengene innenfor rus og psykisk helse ble i 2021 endret fra 4 til 2 senger på grunn av lav utnyttelse av sengene.		1
	Salangen, 1 plass	Samarbeid mellom Salangen, Dyrøy og Ibestad. Salangen er vertskommune	Tar ikke imot PHR, eller smittebærende pasienter	Ibestad, og Dyrøy betaler fast sum årlig til Salangen	1
DMS/DPS Senger	Storslett				1
	Storsteinnes				1
	Tromsø				1
	Ofoten				1
	Harstad				1

Systematisering/samordning

Sortering av ortopediske pasienter som sendes/henvises til akuttmottaket (Narvik)

Fastleger og UNN Narvik

behandling på riktig sted og av riktig tjeneste. I dag henvises og sendes pasienter direkte fra fastlegen til akuttmottaket uten at dette er avklart. Dette gjelder pasienter som skulle vært ivarettatt av komunal tjeneste

Møtereferat FSU Barn og unge

Møtetid: 30.04.24 Kl. 13.00-15.00
Sted: Digitalt via Teams
Møteleder: Sylvia Buyle

Til stede:

Faste medlemmer:

Sylvia Buyle	Helsesykepleier, Tildelingskontoret Narvik kommune
Hege Moss Larsen	Avdelingsleder for Trudvang barne- og ungdomsbolig. Tromsø
Lone Marie Rochmann	Kommunepsykolog, Senja Kommune
Yngvild Arnesen	Avdelingsleder BUPA
Jasmina Majkic-Tajsic	Avdelings overlege og konstituert avd.leder ved habilitering for barn og unge UNN
Johanne-Kristine Mortensen	Ungdomsrådet
Nina Engelsen	Avdelingsleder BUA UNN

Fast observatør:

Nikolai Raabye Haugen	Koordinator Ungdomsrådet
-----------------------	--------------------------

Forfall faste deltakere:

Marit Øygård Andreassen	Psykologspesialist Enhetsleder Multisystemisk terapi (MST) Tromsø
Sindre Heide	Fastlege Harstad
Elin Solvang	Virksomhetsleder for familiesenteret, Nordreisa kommune

Sekretariat:

Lene Kristiansen	Rådgiver, samhandling og helsetjenesteutvikling
Trine Silsand	Rådgiver, samhandling og helsetjenesteutvikling

Sak: 08/24
Tittel: Innkalling og dagsorden
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 30.04.24

FSU Barn og unges leder Sylvia Buyle ønsket velkommen til møte i FSU Barn og unge. Saksliste med saksframstilling ble sendt ut til FSU-ets medlemmer i forkant av møtet.

Referatet fra møtet 20.02.24 er godkjent via e-postrunde, og publisert på www.helsefelleskapet.no.

Vedtak:

Innkalling og dagsorden er godkjent.

Sak: 09/24
Tittel: Informasjonsmateriell til barn, ungdom og pårørende
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 30.04.24

Behovet for økt informasjonsmateriell til barn og deres pårørende ble drøftet videre, sammen med medlemssammensetning og metodikk for det videre arbeidet. Koordinator for ungdomsrådet starter arbeidet med å innhente allerede eksisterende informasjonsmateriell og vil presentere dette i første møte med arbeidsgruppen.

Forslag til vedtak

1. FSU BU setter ned en arbeidsgruppe bestående av (*videre vedtak utformes i møtet*).
2. FSUet ber sekretariatet kalle deltakerne inn på møte for oppstart av arbeidet.

Vedtak

1. FSU BU setter ned en arbeidsgruppe bestående av to representanter fra UNN, to representanter fra kommunene, koordinator for ungdomsrådet, samt representant fra brukerne, fastlegene og pårørende.
 2. Representantene meldes til sekretariatet som bes innkalle til første møte i arbeidsgruppen.
-

Sak: 10/24
Tittel: Retningslinje for overganger fra barne- til voksenorientert helsetjeneste
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 30.04.24

Utvalget arbeidet med innspill som er kommet rundt retningslinjen for overganger for barn og unge.

Forslag til vedtak 1:

1. FSUets medlemmer sender retningslinjen ut i sine aktuelle nettverk på en høringsrunde med svarfrist 14.06.24.

2. FSUet ber sekretariatet sende retningslinjen på høring i FSU PHR.
3. Høringssvar og revidering gjennomføres på neste møte i FSU BU den 11.09.24.

Forslag til vedtak 2:

1. FSU BU reviderer retningslinje basert på innspill.
2. Revidert retningslinje sendes på ny ut til utvalgets medlemmer før høringsrunde.

Vedtak:

1. FSU BU reviderer retningslinje basert på innspill.
2. Innspill sendes til sekretariatet innen 20.05.23
3. Revidert retningslinje sendes på ny ut til utvalgets medlemmer før høringsrunde.

Sak: 11/24
Tittel: Orientering fra Ungdomsrådet
Fra: Koordinator for Ungdomsrådet Nikolai Raabye Haugen
Møtedato: 30.04.24

I dagens møte orienterte koordinator for Ungdomsrådet, Nikolai Raabye Haugen, om pågående arbeid og rekrutteringsarbeid i Ungdomsrådet UNN. Haugen presenterte pågående initiativer og strategier for å nå ut til både helsepersonell og ungdommer. Det ble lagt vekt på behovet for å engasjere ungdommer aktivt i rådets arbeid og sikre god representasjon av ulike aldersgrupper og erfaringer.

Etter orienteringen fra Haugen ble det åpnet for tilbakemeldinger og drøfting fra utvalget. Det ble diskutert ulike tilnærminger og strategier for å øke synligheten og tilgjengeligheten til Ungdomsrådet.

Forslag til vedtak:

«Vedtak formes i møtet»

Vedtak:

FSU BU takker for orienteringen

Sak: 12/24
Tittel: Ungdomsrådets handlingsplan 2024
Fra: Koordinator for Ungdomsrådet, Nikolai Raabye Haugen
Møtedato: 30.04.24

Representant for Ungdomsrådet, Johanne Kristine Mortensen presenterte Ungdomsrådets handlingsplan for 2024. Det ble diskutert viktigheten av et godt samarbeid mellom Ungdomsrådet og FSU barn og unge for å sikre relevante saker som adresserer behovene som ungdommen ser i tjenestene, og som kan sikre bedre samhandling og flyt i tjenestene.

Forslag til vedtak:

«Vedtak formes i møtet»

Vedtak:

1. FSU Barn og unge takker for orienteringen
2. Utvalget vil se til Ungdomsrådets handlingsplan i videre planlegging av relevante saker inn i og arbeidet i FSUet.

Sak: 13/24
Tittel: Samhandlingskonferansen 2024
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 30.04.24

I november skal Samhandlingskonferansen 2024 arrangeres, og programmet skal være rettet mot det faglige nivået i tjenesten. FSU Barn og unge, representert ved leder Sylvia Buyle i programkomiteen, drøftet i dagens møte forslag til et relevant program.

Vedtak:

FSU BU ber representant inn i programkomiteen ta med seg innspill fra dagens møte videre inn i planlegging av Samhandlingskonferansen for 2024.

Sak: 14/24
Tittel: Eventuelt
Møtedato: 30.04.24

Det ble løftet ønske om større pårørendeinvolvering inn i FSU Barn og unge. Drøfting videre rundt hvem som defineres som pårørende, og Ungdomsrådet tar drøftingen videre i eget utvalg.

Vedtak:

FSU BU ber om at Ungdomsrådet på neste møte den 11.09.24 deltar inn med sak rundt pårørendefokus og forslag til hvordan FSU BU kan involvere pårørende i større grad i utvalget.

Sak: 15/24
Tittel: Neste møte og kommende saker
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 30.04.24

Neste møte avholdes digitalt 11.09.24.

Saker meldes fortløpende til sekretariatet, og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefelleskapet.no. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand. Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no

Vedtak:

FSU BU tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering.