

31. mai 2024

Til partnerne i Helsefellesskapet Troms og Ofoten

UTLYSNING

Rekrutterings- og samhandlingstilskudd 2024

Helsefellesskapet Troms og Ofoten har for 2024 foreløpig mottatt kr. 18 mill. til rekrutterings- og samhandlingstiltak fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tilskuddsmidlene skal benyttes etter enighet mellom UNN og kommunene. Alle samarbeidspartnere i helsefellesskapet kan søke om tilskudd, og tildeling besluttet av Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). NB! I 2024 vil tildeling skje gjennom minimum to søknadsrunder, hvorav en før sommeren og en eller flere til høsten.

Tilskuddet anses som en delfinansiering og det må påregnes egeninnsats fra deltakende enheter. Det bes om beskrivelse av egeninnsats, og hvordan samhandlingsmidler skal delfinansiere satsingen. Kommuner og enheter i UNN oppfordres sterkt til å søke sammen, og beskrive rekrutterings- og samhandlingseffekten av tilskuddet.

I første søknadsrunde 2024 vektlegges følgende kriterier:

- Samarbeidsmodeller mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, inkludert samordning og/eller samlokalisering av tjenester, digitale løsninger, kompetansedeling, kombinasjonsstillinger etc. Beskrivelser av felles driftsmodeller vektlegges
- Tiltak som involverer brukere og/eller fastleger
- Tiltak som prioriterer pasientgruppen skrøpelige eldre*
- Tiltak som styrker allerede eksisterende samarbeid, f.eks. etablerte team
- Tiltak for mer og bedre faglig dialog
- Gevinstpotensial og -realisering, inkludert spredningspotensial til øvrige kommuner og enheter i UNN
- Tiltak som er basert på forslag til arbeidsgruppe 5 i Helse Nord (vedlegg 1), Ishavserklæringen 2024-2027 (vedlegg 2), og mål for omstillingsarbeid i UNN som definert i «Vi fornyer UNN»-Mandat for område 5: *Samhandling: «Helt hjem - helt digitalt - hele veien med og for pasienten»* (vedlegg 3).
- Tiltak som tar utgangspunkt i interkommunalt samarbeid med UNNs lokalisasjoner i Tromsø, Harstad, Narvik, Finnsnes og Storslett

*(*Kriterier som skal vektlegges i senere søknadsrunder blir besluttet av SSU på et senere tidspunkt, men vil ikke være avgrenset til gruppen skrøpelige eldre.)*

For å søke, fyll ut skjemaet (se eget vedlegg i word-format) og send til helsefellesskapets sekretariat ved guri.moen.lajord@tromso.kommune.no, med kopi til glenn.helge.hattmann@unn.no

Søknadsfrist: **17.06.2024.**

Alle søknader skal inneholde gevinstrealiseringsplan for søker/-e. Godkjente søknader skal framlegge en evaluering av satsningen for SSU seinest etter 9 måneder med drift.

Sammendrag rapport gruppe 5 - endring og omstilling i Helse Nord - tid for samordning

Primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge har et felles ansvar for at befolkningen får dekket sitt behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene er i stort enige om utfordringsbildet vår felles helsetjeneste står overfor, og vi har et felles mål om at pasienter i Nord skal ha tilgang på likeverdige helsetjenester av god kvalitet.

Vi må også se etter kortvarige og mer langsiktige løsninger sammen, samarbeide klokt og planlegge i fellesskap, med en bærekraftig og rettferdig ressursbruk. Primær- og spesialisthelsetjenesten må tilpasses hverandre, både når det gjelder kapasitet, koordinering, kommunikasjon og planlegging. Vi har et felles utfordringsbilde med hensyn til mangel på personell, den demografiske utviklingen i Nord-Norge med spredt bebyggelse og lange avstander.

Arbeidsgruppe 5 har sett på de fire prioriterte pasientgruppene, men hatt et særlig fokus på gruppen skrøpelige eldre. Forbruk av tjenester for gruppen er stort og framskrivinger viser at behovet vil øke i framtiden, både for innleggelse på begge tjenestenivåer og for koordinert oppfølging.

Fire modeller er foreslått basert på identifiserte drivere for bærekraft, men også ut fra kunnskap om de nord-norske kommunenes ulike forutsetninger for å kunne tilby tjenester:

A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

I denne modellen organiseres primær- og spesialisthelsetjenester som ett nivå. Sammenslåingen er organisatorisk, økonomisk, faglig og skal bidra til at samlet tilgang på spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester ses under ett i ett geografisk område. Pasienter, brukere og pårørende møter en samlet helse- og omsorgstjeneste, og målet er at ressursene til enhver tid benyttes der behovet er størst. En felles integrert tjeneste vil ha ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til befolkningen etter både spesialisthelsetjenesteloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

B: Fleksibel bruk av senger i døgneheter på tvers av tjenester

Modell B beskriver samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom fleksibel bruk av senger i en felles døgnerhet der tjenestene betaler for faktisk bruk. I denne modellen benyttes senger ut fra behov, og det er enighet om ansvar og oppgaver, inkludert vurderinger av behandlingsintensitetsnivå. Samordningen forutsetter samlokalisering, men kan også vurderes dersom helsehus er lokalisert nært sykehus eller hvis tilbudet er knyttet til DMS/DPS.enger i slike døgnerheter vil ha lavere bemanningsnorm enn døgnerheter i sykehus. Hovedmålgruppen for døgnerheten vil være pasienter med behov for korte opphold som er i gråsonen mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert observasjonssenger.

C: Kommunale døgnerheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

Modell C innebærer at kommunale døgnerheter får økt støtte fra spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer veiledning, kompetanseoverføring og bistand i behandling av pasienter. Hensikten er å styrke kvaliteten på helsetjenestene lokalt, redusere behovet for innleggelse i sykehus og sikre at pasientene får nødvendige tjenester på riktig omsorgsnivå.

Spesialisthelsetjenesten kan bidra med ambulant virksomhet og fjernkonsultasjoner for å støtte de kommunale tjenestene.

D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Modell D fremmer bruk av teammodeller som støttes av digitale verktøy for å forbedre samhandling og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Økt bruk av teknologi, som elektroniske pasientjournaler og telemedisin, skal lette informasjonsutveksling og samarbeid. Målet er å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp, samt å styrke pasientenes medvirkning og egenmestring. Teamene kan inkludere helsepersonell fra både primær- og spesialisthelsetjenesten som jobber tett sammen for å tilby integrerte helsetjenester.

For detaljer se vedlagt mandat for «vi fornyer UNN» område 5, og [Rapport sendt Helse Nord](#)

Arbeidsgruppe 5 har i tillegg holdt fram tre områder vi mener tjenestene bør satse på i fellesskap; (1) teknologi og digital samhandling, (2) utdanne, rekruttere og beholde personell samt (3) økt helsekompetanse i befolkningen, inkludert samordning av læring- og mestringstiltak.

Ingen tiltak alene kan bidra til bærekraftige helsetjenester i Nord-Norge. Bedre samhandling og samordning av tjenestene vil bare være en del av løsningen. Modeller for samordning av tjenester, felles satsninger, gode eksempler og eksisterende verktøy for samhandling må sees i en sammenheng og som en helhet. Vi må utvikle en mer felles kultur for samhandling mellom nivåer og enheter, med vekt på felles virkelighetsforståelse og verdier. Arbeidsgruppe 5 ser på oppdraget vi har fått som et innledende arbeid der vi har fått anledning til å se på muligheter for bedre samarbeid, samhandling og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge.

ISHAVSERKLÆRINGEN 2024-2027

Partnerskapserklæringen bygger på en erkjennelse av våre felles utfordringer. Som likeverdige partnere skal vi møte disse utfordringene gjennom å planlegge og utvikle tjenester sammen. Vårt overordnede mål er «innbyggerens helsetjeneste - en sammenhengende helsetjeneste for best mulig livskvalitet», og vi vil arbeide for:

TETTERE SAMARBEID OM SIKKERHET OG BEREDSKAP

- Søke en felles virkelighetsforståelse som øker bevisstheten rundt sikkerhet og beredskap, og gir grunnlag for samordning av planer og øvelser
- Identifisere svikt og forbedringsområder, og utfra det etablere en desentralisert struktur som sikrer god beredskap lokalt
- Utvikle system for ressursstyring og -deling på tvers av nivå og enheter når situasjonen krever det

BÆREKRAFTIGE HELSETJENESTER OG HELHETLIGE PASIENTFORLØP

- Videreutvikle helsetjenesten for pasienter med sammensatte og komplekse behov, basert på prinsippene personsentrert, helhetlig og proaktiv
- Bruke innovasjon som fremmer tjenesteutvikling, samhandling og digital pasientoppfølging
- Utvide samarbeidet om tilbudet av helsetjenester som tilbys i pasientens hjem og nærmiljø, med vekt på forebygging og egenmestring

BEHOLDE OG REKRUTTERE KVALIFISERT HELSEPERSONELL

- Legge til rette for utdanning av og kompetanseutvikling for helsepersonell, tilpasset lokale utfordringer
- Sørge for kompetansedeling, og god funksjons- og oppgavefordeling på tvers av og innad i tjenestenivåene
- Samarbeide og bistå hverandre i rekrutteringsarbeidet der dette er hensiktsmessig

Partnerskapsmøtet 18. april 2024





VEDLEGG 3 – utlysning rekrutterings- og samhandlingstilskudd juni 2024

MANDAT Hovedområde 5 Samhandling: Helt hjem - helt digitalt - hele veien med og for pasienten

Bakgrunn

Dagens helsetjenester er i for liten grad tilpasset de demografiske endringene som har gitt nye typer helseutfordringer som utfordrer de tradisjonelle strukturene i moderne medisin. Dagens strukturer vektlegger spesialisering og avansert teknologi innenfor hvert enkelt fagområde. Skrøpelige eldre, barn og unge, psykisk helse og rus og multikronikere har sammensatte og komplekse behov som krever en annen grad av samhandling og koordinering enn det de tradisjonelle strukturene i stor grad støtter. Utfordringen forsterkes av at vi har to forvaltningsnivå innen helsetjenester.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 (Meld. St. 9, 2023-2024) inviterer til å tenke felles systemer for spesialist- og primærhelsetjenesten. Rapporten fra arbeidsgruppe 5 i Helse Nord «Tiltak for å sikre bærekraft i regionen» beskriver mulige samarbeidsmodeller mellom foretak og kommuner. Sammen med arbeide med pasientens team og digitalisering legger dette et grunnlag for at UNN, sammen med brukere og primærhelsetjenesten, kan utrede og implementere tjenestemodeller som bidrar til bærekraftige helsetjenester på alle nivå.

For å få dette til må utviklingen styres i retning av en helsetjeneste som er personsentrert, helhetlig og proaktiv. Det **personsentrerte (P)** sikrer medvirkning og samvalg slik at det som er viktig for pasienter og pårørende prioriteres. Det som er viktig for pasienten (og pårørende der det er riktig) danner felles utgangspunkt for koordinering og planer for behandling og forebygging på tvers av fag og nivå.

Helhetlige tjenester (H) er med på å sikre gode overganger og prosesser på tvers av fag og nivå.

Forventingen ligger i å unngå utilsiktede reinnleggelses etter sykehusopphold. Gjennom strukturert dialog i og på tvers av tjenestenivåer kan vi sikre at neste ledd i pasientforløpet er godt forberedt. En **proaktiv helsetjeneste (P)** betyr fokus på forebygging og godt forberedte tjenester. Målet er å unngå unødvendige innleggelses gjennom forebygging, og å fange opp behov for tiltak så tidlig at pasienten ikke må legges inn som reaksjon på krise men at kontakten med helsetjenesten er planlagt og forutsigbar. Til sammen blir det en forebyggende modell (PHP) hvor man reduserer helsekriser for den enkelte pasient og samhandler som en felles helsetjeneste.

Formål

Utarbeide en samlet handlingsplan med bruk av PHP (personsentrerte, helhetlige tjenester, proaktiv helsetjeneste) for helsetjenester som skal bidra til å sikre gode overganger mellom fag- og tjenestenivå, spesielt for pasienter med sammensatte og komplekse behov.

Arbeidsgruppens mandat

Beskrive utfordringsbildet mer detaljert

Arbeidsgruppen skal på en kortfattet, oversiktlig og systematisk måte sammenstille utfordringene som allerede er klart og omfattende beskrevet i eksisterende nye rapporter. Dette innebærer utfordringsbildet innenfor hovedområdene demografi, endrede behov for helsetjenester, status på innføring av personsentrerte-, helhetlige- og proaktive helsetjenester i UNN, organisering, personell, kompetanse, andre ressurser og juridiske rammer.

Målbilde

Basert på dagens og fremtidige utfordringer skal arbeidsgruppen beskrive målbildet per 31.12.24 og 31.12.27. Beskrivelsen skal inneholde mål for

- Ivaretagelse av utskrivningsklare pasienter
- Løsningsforslag med alternative modeller, mål, indikatorer og prosess for utprøving og mulig implementering skal gi et grunnlag for prioritering av tiltak.



- Reduksjon i akutte innleggelser og liggedøgn knyttet til forebygging og godt forberedte helsetjenester
- Reduserte unngåelige reinnleggelser som følge av bedret samhandling mellom fag og nivå
- Ønsket endring i pasientforløp knyttet til bruk av senger i og utenfor UNN
- UNN bør tilstrebe å fokusere på implementering av eksisterende digitale støttesystemer, og utnytte funksjoner i disse. Dette sett i lys av at alle systemer har behov for ressurser både til drift og funksjonell forvaltning. Anskaffelse av hyllevareprodukter kan være aktuelt. Et regionalt perspektiv må ivaretas
- Kompetanse og faglig forsvarlighet
- Strukturer for samhandling, organisering og ledelse

Økonomi

Samarbeid med arbeidsgruppe 2 er vesentlig for å sikre helehetstekning i pasientforløpsplanlegging. Målbildet med arbeid «*Helt hjem - helt digitalt - hele veien med og for pasienten*» må feks sikte på å teste ut digitale verktøy for digital hjemmeoppfølging/digitale konsultasjoner både med og uten kommunehelsetjenesten.

Handlingsplaner

I nært samarbeid og dialog med primærhelsetjenesten og brukere skal det lages en todelt handlingsplan **Del 1** (frist 01.10.2024) skal inneholde tiltak som kan implementeres i 2024 med målbare effekter fra årsskiftet. Ett fokusområde for den første leveransen skal være å utvikle tjenestemodeller som sikrer kommunal ivaretagelse av UNNs utskrivningsklare pasienter.

Del 2 (frist 01.01.2025) skal inneholde tiltak som dekker resten av planperioden med fortløpende effekter. Viktige områder for handlingsplanene:

- Utvikle tjenestemodeller som sikrer kommunal ivaretagelse av UNNs utskrivningsklare pasienter.
- Utrede konseptet «*Helt hjem*» for å styrke spesialisert behandling i eller nært pasientens hjem. Bruke erfaringer fra andre helsefelleskap/regioner.
- Utrede konseptet «*Helt digital*» for å legge til rette for en økt bruk av digitale arbeidsflater for og med brukere og klinikere
- Utrede konseptet «*Hele veien med og for pasienten*» der medvirkning, samvalg gjennom pasientrettet kommunikasjon og fokus på helhetlige forløp kan legge grunnlaget for bedre koordinering og prioriteringer

For å understøtte disse, skal arbeidsgruppen være åpen for å tenke endrede roller og andre måter å organisere helsetjenestene på i fremtiden¹.

Handlingsplanen skal ha en fremdriftsplan (Gant-diagram), og struktureres og presenteres på en slik måte at oppfølging og kommunikasjon blir oversiktlig, inkludert ansvarlig for tiltaket. Arbeidsgruppen skal beskrive hvilke eventuelle konsekvenser handlingsplanen har for andre deler av virksomhetene (spesialist- og primærhelsetjeneste).

Implementeringsplan

Det skal utarbeides plan for implementering med konkrete tidfestede aktiviteter for hvert tiltak. Implementeringsplanen skal inkludere plan for intern og ekstern kommunikasjon.

Måling

¹ Hvordan kan vi bruke pasientforløp i utviklings- og kontinuerlig forbedringsarbeidet?

Hvordan kan vi legge bedre til rette for medvirkning fra pårørende?

Hva kreves av holdnings- og kulturendring i helsetjenesten?

Hvordan sikrer vi ansattes kompetanse og faglig forsvarlighet i alle ledd?

Hvordan sikrer vi teknologi- og logistikkstøtte i alle ledd?

Hvordan håndterer vi ulike rammebetingelser i primær- og spesialisthelsetjenesten og i kommunene?

Beskrivelse av ansvarslinjene i overgang mellom i primær- og spesialisthelsetjenesten



Arbeidsgruppen skal måle effekter av tiltakene og fremdrift. Arbeidsgruppen skal rapportere avvik og usikkerheter i prosjektet.

Metode

Arbeidsgruppen skal benytte tidligere utredninger, analyser og beregninger der disse finnes og er hensiktsmessige. Arbeidsgruppen vurderer behov for og utarbeider eventuelt nye og/eller oppdaterte analyser. Kontinuerlig forbedring, Step Up og prosjektmetodikk brukes som metode i arbeidet. Kontinuerlig forbedringsmetodikk er godt etablert og forankret i UNN. Fokus og prosess er tilpasset forbedringsarbeid i de kliniske miljøene. Step Up er et sett av metoder som er egnet til å fremskaffe kunnskap og forståelse for bedre beslutninger om innovasjon og tjenesteutvikling. Prosjektmetodikk fokuserer på ledelse og gjennomføring og kontroll. Alle metodene er forskningsbasert, og det er bygget opp kompetanse i UNN på å fasilitere metodikkene.

Avgrensninger

Arbeidsgruppen skal avklare avgrensninger opp mot de andre arbeidsgruppene.

Arbeidsgruppen kan fremme forslag for felles helsetjenester som kan finansieres gjennom rekrutterings- og samhandlingsmidler som tildeles av Helsefelleskapet Troms og Ofoten.

Arbeidsgruppen kan foreslå å prøve ut nye samarbeidsmodeller.

Samdrift og sammenslåinger som følge av beskrevet målbildet kan foreslås.

Arbeidsgruppens sammensetning:

- Ledere/medarbeidere – forslag ønskes
 - Tillitsvalgte/vernetjeneste
 - Brukerrepresentant
 - Representanter fra primærhelsetjeneste oppnevnt av Helsefelleskap Troms/Ofoten
 - Fastlegerepresentasjon
 - Arbeidsgruppen tilknytter seg nødvendige ressurser.
-