HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

SØKNADSSKJEMA
Rekrutterings- og samhandlingstilskudd 2024

Utfylt skjema og eventuelle vedlegg sendes til helsefellesskapets sekretariat ved guri.moen.lajord@tromso.kommune.no, med kopi til glenn.helge.hattmann@unn.no

Søknadsfrist: **17.06.2024**.

Søker/-e (kommune/enhet i kommune, enhet i UNN)	**Kontaktperson/-er**	**E-postadresse**
UNN ESI og Medisinsk klinikk avd. BIGH Tromsø kommune ved Seksjon for Hjemmetjenesten og Helsetjenesten	Per Angermo, BIGH/Medisinsk klinikk UNN Markus Rumpsfeld, ESI UNN Kine Nordmo-Stykket, Tromsø kommune	per.angermo@unn.no Markus.rumpsfeld@unn.no Kine.nordmo.stykket@tromso.kommune.no

Hvilke samarbeidende enheter inngår i søknad?	**Er bekreftelse på forpliktende samarbeid vedlagt?**
UNN: ESI, PSHT, Geriatrisk seksjon, Medisinsk klinikk, TK: Seksjon for hjemmetjenesten, PSHT, Seksjon for Helsetjenesten, Seksjon for sykehjem	Tromsø kommune og UNN vil inngå en overordnet intensjonsavtale
	JA ☐ NEI ☐

Tiltakets tittel/tema

"Eldre-løftet - tjenesten fra samme hus!"

Beskrivelse av tiltaket (maks **tre sider** om innhold, målgruppe, oppstart, varighet, samarbeidspartnere m.v.)

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenesten opplever allerede i dag en situasjon hvor manglende tilgang til personell og kompetanse utfordrer bærekraftig drift. Dette forventes å bli enda strammere frem mot 2040.

Demografiske endringer og rekrutteringsutfordringer merkes allerede for både spesialisthelsetjenesten og kommunene i nord. Dette krever at begge organisasjoner må tenke nye måter å organisere og levere tjenester i fremtiden. Forløpene går raskere, flere oppgaver skal ivaretas av kommunene, og sykehusene skal jobbe mer utadrettet. For å unngå innleggelser hvor en kunne avklart og evt påstartet behandling i kommunen, gi kvalitetsmessige og hensiktsmessige utskrivelser fra sykehuset og større fokus på deling av

kompetanse, ressurser og oppgaver, er en nødt til å tenke helsevesenet mer som en felles helsetjeneste.

Etablerte tjenester i dag

UNN og Tromsø kommune har i over 10 år samarbeidet og samlet erfaring med felles helsetjenester på trinn 4 i Samordningstrappen «Felles tjenestemodell og forpliktende spleiselag» gjennom felles drift av Pasientsentrert team PSHT Tromsø. Tjenesten har blitt videreutviklet både ved at pasientgruppen er utvidet til de prioriterte pasientgruppene nevnt i Nasjonalt Helse og samhandlingsplan og at alle kommunene som sogner til UNN nå samarbeider med UNN om utviklingen av pasientsentrerte helsetjenester. PSHT sin arbeidsmetode og resultatene på sykehus og i kommunene er omtalt i forbindelse med rapport "Mot 2040 - revidert framskrivningsmodell for somatiske helsetjenester" , NHSP 2020-2023 og Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027, Tid for handling (NOU 2023:4), delrapport 5: Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten utgående fra Helse Nord sitt omstillingsarbeid og i UNNs stormottakerrapport.
Både UNN og Tromsø kommune har også videreutviklet og implementert flere andre teammodeller som diabetisk fotsår team, lindrende team, FACT, ART m.fl. I tillegg har kommunen etablert blant annet Hukommelsesteam for hjemmeboende med mistanke eller diagnostisert kognitiv svikt og tverrfaglig innsatsteam for hjemmeboende gjennom Hverdagsmestringsteamet.

Hver for seg har disse teamene oppnådd gode effekter og resultater, og har imøtekommet behov for både kommunen og sykehuset. Det er ønskelig å se på disse etablerte teamene i sammenheng med fremtidige behov. Er det behov for å samarbeide tettere, annerledes eller mangler det deler i helsetjenestene til eldre?

Beskrivelse av tiltaket

Tromsø kommune og UNN ønsker å styrke samarbeidet ytterligere, inkludere flere samarbeidspartnere og fagmiljøer både i UNN og kommunehelsetjenesten. En ser for seg en organisatorisk samarbeidsmodell med et felles hus for planlegging, drift og utvikling av fremtidens helsetjenester. Det er ønskelig å utvikle tjenester uten unødige forsinkelser for de skrøpelige eldre, hvor tjenestene i større grad "leveres fra samme hus", dvs. trappetrinn 5 i samordningstrappen. Det er et gjensidig ønske å starte med pasientforløp for den eldre og geriatriske pasienten, med mål om trygge og helhetlige pasientforløp for skrøpelige eldre. Et løft i fellesskap - eldreløftet!

På sikt er målet å utvide tjenestemodeller til flere pasientgrupper, fagområder og geografiske områder.

UNN og kommunen søker nå om å gå sammen om å etablere og utvikle en felles drifts- og tjenesteutviklingsorganisasjon for helsetjenester for skrøpelige eldre på tvers av omsorgsnivåer. En anser at det er av strategisk betydning å organisere felles-organisasjonen i to enheter:

Driftsenhet: Implementering/skalering av felles tjenester

- Implementering og skalering av tjenester som driftes under en samordnet ledelse, felles forståelse og i fellesskap. Tiltaket er beskrevet nærmere under hvor det fremgår hva dette går ut på, de ulikes roller og ansvar og mulig gevinstpotensialet.

Utviklingsenhet: Utvikling av nye fellestjenester

- Videreutvikling av nevnte organisasjon muliggjør i enda større grad utvikling av nye tjenester i fellesskap og dette mulighetsrommet er ment å brukes til fulle for å imøtekomme utfordringsbildet. I denne delen av fellesorganisasjonen er det hovedfokus på å designe og utvikle felles løsninger som kan overføres til småskala drift med mål om oppskalering.

Øvrige evt. tilsvarende satsninger og tiltak som etableres vil vurderes organisert og koordinert under samme "paraplyorganisasjon". Dette for bedre samordning og synergier med fokus på helhet og ikke "stykkevis og delt".

Formål/mål:

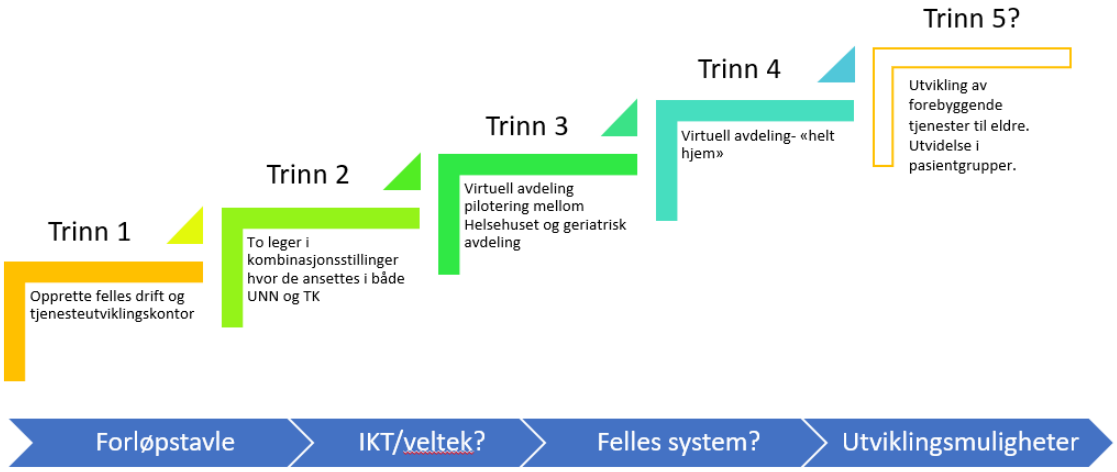
Oppsummert er det overordnede formålet å få til en vesentlig forbedret pasientflyt som bidrar til:

Med et felles sterkt fokus på at ovennevnte, uten unødig forsinkelse og i minst mulig grad av organisatoriske skiller ønsker en å oppnå tilnærmet sømløs pasientflyt, riktig ivaretakelse og behandling av pasient/hjemmeboende. Dette for at helheten i det lokale helse- og omsorgstilbudet benyttes optimalt og effektivt for best mulig livskvalitet og ikke minst minimerer andelen **utskrivningsklare pasienter**.

Innhold:

Etter at felles-organisasjonen er etablert ser en for seg en gradvis oppbygning, implementering og tjenesteutvikling i flere trinn. En vil starte i småskala med innhold som er driftsklart innenfor et område, for deretter gradvis oppskalering og utvidelse av fagområder og geografisk spredning.

Vi deler satsningen inn i fire (fem) trinn:



Trinn 1 **Felles helsetjeneste:** UNN og kommunen går sammen om å etablere en felles organisasjon med felles drift- og tjenesteutvikling av helsetjenester for skrøpelige eldre på tvers av omsorgsnivåer. Et slikt fundament er essensielt for å lykkes med implementering, drift og videreutvikling.

En slik organisering er i tråd med Ishavserklæringens mål om bærekraftige helsetjenester og helhetlige pasientforløp (Helsefellesskapet Troms/Ofoten) og UNNs omstillingsprogram «Vi fornyer UNN» mandat fra arbeidsgruppe 5.

Ovennevnte programorganisering gir kommunen og sykehuset en mulighet til å jobbe mer langsiktig også med annet utviklingsarbeid.

Trinn 2 **Medisinsk avklaringer i pasientforløpet:** vil utgjøre to institusjons leger som ansettes i kombinerte stillinger mellom kommunen og UNN. Funksjonen til legene sees i sammenheng med funksjonen til vårt felles PSHT-team. Disse skal kunne gi medisinsk støtte og vurdering før, under og etter innleggelse. De skal bidra til at kompetanse deles mellom fagmiljøene og at kultur forenes. Ved økt kunnskap om hverandre og tettere bånd ønsker en å oppnå mer effektive og bedre kvalitative pasientforløp.

Trinn 3 **Virtuell avdeling:** Dedikerte senger på Helsehuset (HH) og geriatrisk avdeling øremerkes og tjenestene rundt disse organiseres som en felles virtuell avdeling. VR avdelingen vil i hovedsak inkludere pasienter med uavklarte og sammensatte problemstillinger som meldes inn og tidlig bli vurdert helhetlig (utredning, behandling, plan for oppfølging). En helhetlig plan for og med pasientene legges, kompetanse- og ressursbehov avklares raskt mellom partnerne (hva er pasientens mål, hvordan bidrar involverte enheter til at pasienten når sine mål, hvilke ressurser og kompetanse trengs i det aktuelle forløpet, rask/tidlig avklaring av hvem gjør hva etc.). Senger på Helsehuset og geriatrisk avdeling brukes for avklaring (behandlingsnivå/medisinsk behandling).

Som en del av dette må en se på allerede etablerte team, ressurser og tjenester. Kan en skape enda større synergier og tettere overganger? Skal noen fra eksisterende team inn i en

slik virtuell avdeling? Eller fyller de andre behov og noe nytt må etableres? Dette vil være viktig innsikts og grunnarbeid i denne delen av utviklingsarbeidet.

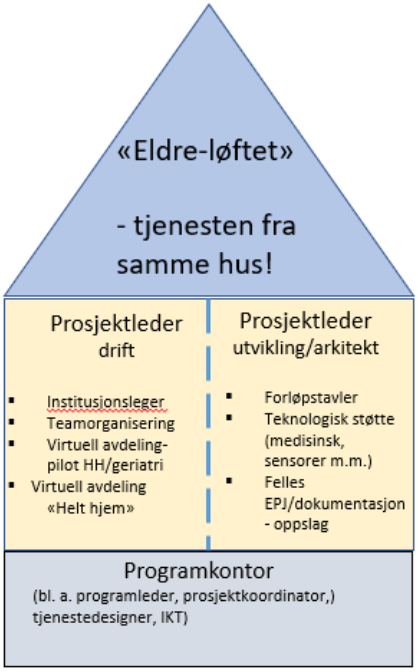
Del 3b vil være å utvikle en digital møteplass og innføring av felles forløpstavler

Trinn 4 vil være **geriatrisk spisskompetanse helt «hjem»** gjennom videreutvikling av felles virtuell avdeling. Herunder utvikling av pasient- og pårørendeoppfølging i fellesskap i Inga Sparboesveg (ISV), private hjem, institusjon og omsorgsboliger. Herunder støtte pasienten til egenmestring, og styrke hjemmetjenesten i den daglige oppfølgingen.

Trinn 5?
Erfaringen som en har innhentet seg i de fire første trinnene og eventuelle løsninger som er utviklet i utviklingsenheten kan brukes til å tilpasse tilbudene også til øvrige pasientgrupper. Samtidig ser vi at erfaringene blir viktige å dele for å bidra til eskalering til andre lokasjoner. Det vil være ønskelig og et utstrakt mål at en jobber med IKT utvikling, slik at en kan etablere løsninger for felles eller deling av digital data.
UNN og Tromsø kommune samarbeider om å utvikle forebyggende tjenester for eldre, der tjenestene har et knutepunkt i ISV.
Tidlig kartlegging av eldre, uttesting og implementering av digitale tjenester og hjelpemidler for forebygging, ernæring, avlastning, kartlegging etc.

(listen er ikke uttømmende).

Organisering



"Eldre-løftet" visualiseres her som et hus og en felles helsetjenesteorganisasjon etableres under felles styringsgruppe med representanter fra begge organisasjonene og brukerrepresentanter. Organisasjonen bemannes av programleder som leder satsningen overordnet på vegne av begge parter. Videre organiseres de ulike satsningene under to prosjektledere (en for driftsenhet og en for utviklingsenheten). Sterk representasjon av fagmiljøene anses som en viktig suksess faktor.

Det er helt sentralt å ha felles organisering på plass for å kunne drifte og utvikle tjenester som en skal lykkes med i forhold til implementering, oppfølging og videre eskalering. Dette ansees å være rammene og grunnmuren for starten på vår felles helsetjeneste, hvor drift og utvikling av tjenester tilbys fra et felles hus med mottaker i sentrum og ikke tilbyder eller organisering.

Drifts- og tjenesteutviklingsenhetene reguleres i en nærmere samarbeidsavtale mellom partnerne. Denne i sin tur har sin plass innenfor partenes intensjonsavtale som er under utarbeidelse.

Målgruppe:

Hovedmålgruppen i en oppstart vil være skrøpelige eldre.
Sekundærmålgruppe vil være helsepersonell innen både sykehus og kommune.
I tillegg vil tiltakene være overførbare og gi nytteverdi for øvrige pasientgrupper på sikt. I et samfunnsmessige perspektiv ønsker en ved dette å bøte på de demografiske endringene ved stadig økende antall eldre og forholdsmessig også økt mangel på antall helsepersonell. Et nytt sett av paradigmer må fundamenteres vet at ressursene (personell, institusjoner, økonomi etc.) blir brukt på en ny og mer hensiktsmessig måte. På den måten kan en oppnå et bærekraftig helsevesen som er klar for fremtidens utfordringsbilde. Tjenestene som skal etableres skal være overførbare til andre og således utgjøre et viktig utstillingsvindu.

Oppstart, varighet og fremdriftsplan:

Oppstart trinn 1: Felles helsetjenesteorganisasjonen etableres start høsten 2024. Her settes styringsgruppen sammen innen utgangen av august. Stillinger skal være på plass i løpet av høsten 2024.
Det understrekes at oppstarten og det formelle ved etableringen av programmet må gjøres grundig, om en skal ha som mål å lykkes med de øvrige trinn og få tilfredsstillende effekter av tiltakene. Midlene til prosjektstillingene vil etter hvert som prosessene går over til drift, omdisponeres til eskalering og drift av tjenestene.

Oppstart trinn 2: Medisinsk avklaringer i pasientforløpet: Utprøving av institusjons leger i kombistillinger starter høsten/tidlig vinter 2024. Disse er allerede utlyst med søknadsfrist august.

Oppstart trinn 3: Virtuell avdeling- Helsehuset og geriatrisk avdeling. Tentativ oppstart våren 2025
3b Forløpstavler må anskaffes. Denne prosessen må påbegynnes høsten 2024.

Oppstart trinn 4: Virtuell avdeling "helt hjem" vil kreve erfaringer fra pilotering og videre arbeid for å inkludere fastleger og andre samarbeidsparter i henhold til deres rammer. Oppstart 2025/2026

Oppstart trinn 5: Avhengig av funn, fremdrift og utviklede løsninger. Noe planlegges å bli testet ut underveis i øvrige trinn. Oppstarten her vil derfor påvirkes av dette og må synliggjøres nærmere i prosjektplanen.

For å sørge for god fremdrift, oppfølging som sikrer varig endring av tjenesten og utviklingsjobben som behøves, så er det viktig å se satsningen minimum i et 3-5 års perspektiv. Programmet vil ved oppstart utarbeide detaljerte planer med milepæler for fremdrift.

Samarbeidspartnere:
Sentrale parter i de første trinnene vil være aktuelle avdelinger på sykehus og i kommunen. Forvaltningskontorene, kommuner som har erfaringer fra VR avdelinger, IKT utviklere/forskere/produktutviklere, Universitetet, Senter for omsorgsforskning, fastleger, Innovasjonsteamet UNN, Nasjonalt senter for e-helseforskning med flere

Kostnadsberegning/budsjett (Spesifiser personellkostnader, driftskostnader, egeninnsats og fordeling av midler mellom nivåene)

Personellkostnader	**2024**	**2025 og årlig**
1 Programleder 100%	270 000,-	800 000
1 Legestilling 100%	400 000,-	1.500.000,-
2 Prosjektleder 200%	400 000,-	1 600 000,-
1 Saksbehandlere	270 000	800 000,-
1 IKT rådgiver	800.000,-	800 000,-
1 Tjenestedesigner 50%	200 000,-	800.000,-
2 «Driftsansvarlig» HH/ger/IsV 1+½ +½ stilling	400 000,-	1.600.000,-
Driftskostnader		
Leie lokaler	100 000,-	500.000,-
Reisekostnader (hospitering, transportkostnader institusjonsleger, prosjektkoordinator m.fl.)?	50.000,-	100.000,- 150 000,-
Arrangement/møter (work shops, prosjektmøter, kick off etc?		
Investeringskostnader		
IKT utstyr (forløpstavler for geriatrisk avd, Helsehuset, saksbehandler og Inga Sparboesveg	200.000,-	
Telefoner, pc, smartboard?	250.000,-	
Kamera, sensorer etc.	100.000,-	
Egeninnsats Arbeidstid styringsgruppe og amd. ressurser	1 000 000,-	

Legestilling 100% PSHT Driftskostnader av lokaler Foredragsholdere/undervisere Øvrige ressurser: UNN: Geriatrisk, PSHT, ESI, polikliniske fagmiljøer, Tromsø kommune: Helsehuset, Inga Sparboesvei, PSHT, Hverdagsmestringsteam, fysio-ergoterapienheten, hjemmetjenesten •	400 000,- 800 000,- 150 000,- en rekke kliniske funksjoner vil inngå i egeninnsats, men vanskelig å beregne per nå. Disse vil medvirke i utformingen	1.500.000,- 1.500.000,- 500 000,- 100 000,- en rekke kliniske funksjoner vil inngå i egeninnsats, men vanskelig å beregne per nå. Disse vil medvirke i utprøvingen
Andre partnere: fastleger (trenger ofte kompensasjon for å delta)		
Søknadssum	3.440.000	8.650.000

Beskrivelse av gevinstpotensial og -realisering

Hoved- potensialet og gevinstene med denne søknaden vil være å optimalisere pasientforløpene til skrøpelige eldre gjennom tett og god samhandling og deling av kompetanse og ressurser. Tidligere arbeid er viktige erfaringer å ta med seg og bygge videre på. Organiseringen av arbeidet kan bidra til raskere omstilling- og endringsmulighet. Dette igjen vil kunne gi stabiliserende og rekrutterende effekter for helsearbeidere i Tromsø regionen.

Hovedfokuset er pasienten/mottaker av tjenesten og tjenesteoppbygging- og utvikling til det beste for denne. Helsearbeiderens kompetanse, ansvar og ikke minst trygghet i de endrede situasjonene skal vektlegges og sees på som en nøkkel. Dette for også å sikre **stabilisering og rekruttering**. Dette tenkes realisert ved i størst mulig grad så sømløs samhandling som mulig for bedre **kvalitet** på tjenesten som ytes, **kompetanseflyt** mellom dagens organisering og fagmiljøer, effektive og **optimaliserte pasientforløp**. Dette til sammen skal bidra til optimal ressursanvendelse (riktig kompetanse) på rett plass (der pasienten bør være) til rett tid (når pasienten trenger det). Supplert med digitale hjelpemidler som felles pasientforløpstavler, kamera overvåkning, sensor monitorering m.m. søkes det å oppnå at tilgjengelig arbeidskraft (som fremover forholdsmessig minker) ivaretar helse- og omsorgsbehovet (som er økende). Alt dette innenfor akseptable tildelte økonomiske rammer for drift av lokal helse og omsorgstjeneste og for at helheten i det lokale helse- og omsorgstilbudet benyttes optimalt og effektivt og ikke minst minimerer andelen **utskrivningsklare pasienter**.

Hvordan vil tiltaket virke inn på stabilisering, rekruttering og/eller samhandling?

- Bedre/mer hensiktsmessig og effektiv bruk av ressurser gjennom forløp.

- Pasienter og pårørende settes i bedre i stand til å delta i beslutninger, ta gode valg, og bli mer selvstendighet i eget forløp.
- Riktig kompetanse til riktig tid på rett plass.
- Spennende utviklingsmuligheter for helsepersonell, og en bedre forståelse for begge organisasjonene.
- Etablere og utvikle en «vi-følelse» sykehus-kommune. «Dette får vi til sammen». Redusere holdninger og arbeidsrutiner som tillater «sterk bokstenking» («dette gjør vi ikke hos oss», «dette er noen andres ansvar»)
- Felles helhetlige pasientforløp for skrøpelige eldre trygger helsepersonell i den daglige oppfølgingen av pasientene, ved at det etableres et «sikkerhetsnett» av fagkompetanse og ressurser, uavhengig hvor i forløpet pasienten befinner seg. Avklaring om behandling, beslutningsstøtte og en felles vurdering vil kunne gi trygghet hos helsepersonell som skal yte helsehjelp til skrøpelige eldre
- Raskere avklaring av pasientforløp og helhetstenking fra start vil kunne redusere saksbehandlingstid, klagesaker, omkamper og møtevirksomhet (til inntaksmøter etc.) og dermed frigjøre ressurser til konkret pasientoppfølging.
- Økt kompetanse og kompetanseoverføring miljøene imellom
- Økt kvalitet på tjenestene som leveres
- Mulighet til å se på nødvendig, relevant og eventuell annen relevant kompetanse inn i helsevesenet.
- Utvikling av digitale støtteverktøy til observasjoner, beslutningsstøtte, digital oppfølging/veiledning for å kunne bruke ressursene der det er størst behov
- Bedre digitale verktøy/forløpstavler/IKT system vil ta ned administrativ tid, slik at personell kan brukes i den direkte pasientoppfølgingen
- Ved en etablering av et felles hus med samlede tjenester og fokus på pasienten som helhet og ikke organspesifikt vil vi oppnå større etterspørsel av generalist kompetanse og dermed også rekruttering av leger til dette som er helt i tråd med nasjonale helsemyndigheters satsning.
- Bistand til oppfølging, vurdering og i pasientforløpet kan avhjelpe fastlegene som har disse skrøpelige pasientene og dermed ta ned belastningen hos dem.

Eventuelle øvrige opplysninger

Det må bygges et godt fundament og bedre rammer for å jobbe mer samordnet og helhetlig enn vi i dag kan vise til. Tjenestene må gradvis utvikles, driftsettes og eskaleres i fellesskap og med felles forståelse. Tradisjon, rutiner og kultur står ovenfor et paradigmeskifte uten sidestykke. Dette må vi ta inn over oss til fulle og denne søknaden beskriver etablering av denne felles organisasjonen med gjensidig tillit og mandat for oppstart og implementering av noen tjenester i drift i ulike trinn, samt utvikling av noe nytt. Finansiering og oppstart av programmet i fellesskap og samhandlingen skal til inkubatorvirksomhet og være den beste forutsetning for videreutvikling og fullskala etablering av fremtidens helsetjenester.

Vi ser i lys av dette at det allerede nå er riktig å signalisere at det vil forfattes flere søknader for å videreføre og sikre permanente, forventede og helt nødvendige endringer for å tilpasse oss det fremtidige utfordringsbildet som er voksende.

HELSEFELLESSKAPET
TROMS OG OFOTEN

Det kan være aktuelt på sikt å søke om midler fra andre relevante aktører som Sparebanken1 Nord-Norge, Troms Kraft, Norinnova m. fl. Herunder innovasjonsmidler, forskningsrådet, digitaliseringsfondet etc.

Det er også viktig å se på bruk av frivillighet ved utviklingen av mulige løsninger, fremtidige utviklingsområder og ivaretagelse av skrøpelige eldre, sammen med det "felles huset".

I tillegg er det et uttalt ønske ved denne gjennomføringen å gjennomføre og vise til resultater som fremstår som så gode at de blir å betrakte som et utstillingsvindu for andre i Helse Nord sitt nedslagsfelt og nasjonalt. Etablerte tjenester skal ha som mål om opp skalering på nasjonalt nivå.