

Søknadsskjema for rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord

Felles søknad utarbeides i samarbeid mellom kommune(r) og helseforetak og sendes ditt lokale helsefelleskap for godkjenning, vurdering og prioritering. **Fristen for å sende søknad til helsefelleskapene er 1. mars 2025.**

Søknader sendes ditt lokale helsefelleskap:

Helsefelleskapet Troms og Ofoten: post@unn.no ved samhandlingssjef med kopi til interkommunal samhandlingsleder guri.moen.lajord@tromso.kommune.no

Helsefelleskap Helgeland: postmottak@helgelandssykehuset.no ved samhandlingssjef med kopi til interkommunal samhandlingsleder eline.monsen@helsefelleskap-helgeland.no

Helsefelleskapene oversender deretter prioriterte søknader med vedlegg til Tildelingsutvalg for rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord innen 1. april 2025.

Navn på prosjekt/pilot: «

Prosjekteiere: Kommunalsjef Helse og omsorg, Heidi Eriksen Laksa, Narvik kommune og Senterleder Forsknings-, utviklings- og kompetansesenter, Markus Rumpsfeld, UNN HF

Kommune: Narvik kommune

Kontaktperson: Eva Maria Wick, sektorleder Hjemmebaserte tjenester

Helseforetak: Universitetssykehuset Nord-Norge

Kontaktperson: Brita Thrane Jørgensen, seksjonsleder Pasientsentrert team

Dato for signert avtale om felles søknad (legges ved): 01.03.2025

Kort beskrivelse av prosjektet/piloten

Dette er en meldt utvidelse av prosjektet "Med Furumoen som utstillingsvindu for fremtidens helsetjenester" (vedlegg 1) som ble tildelt midler i første runde i 2024, et prosjekt som bygger videre på utviklingen av samarbeidet mellom Narvik kommune og UNN Narvik. I prosjektet "Med Furumoen som utstillingsvindu for fremtidens helsetjenester" viser det til Tiltakspakke 2 "Utvidet veiledning og kompetansestøtte mellom tjenestenivå "og tiltakspakke 4 "Felles tjenestemodeller. Forpliktende spleiselag". Piloten det her søkes om midler til, er for å utforske og se på muligheter til hvordan man kan benytte seg av allerede eksisterende ressurser i ulike team i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, for at vi sammen kan finne metoder/modeller for hvordan vi kan få til tettere samarbeid rundt enkeltpasienter – med fokus på forebygging av fallering postoperativt og mindre "innetid" i institusjon etter elektiv operasjon. I tillegg ønsker vi å

se hvordan samarbeidet kan forenkle etterspørsel og gjennomføring av kompetanseoverføring på tvers.

Piloten vil ha fokus på pasientgruppen eldre med skrøpeligheit. Per i dag oppleves det at enkelte eldre med skrøpeligheit og en sammensatt og kompleks situasjon, trenger lengre tid i institusjon postoperativt etter elektiv hofteoperasjon. I spesialisthelsetjenesten er det utarbeidet rutiner for gjennomføring av elektive hofteoperasjoner, såkalte "fast-track", som gir et tidsperspektiv på ca 2-3 dager i sykehus, og noe opptrening i hjemmet i etterkant. Eldre med skrøpeligheit har utfordringer som medfører lengre institusjonsopphold - både i sykehus og kommune.

Fokus i piloten vil være på forebyggende, helhetlig og personsentrert:

- *Hva kan gjøres i forkant (3-6 måneder) før operasjon for å øke muligheten for korterte innetid i institusjon?*
- *Hvordan kan tverrfaglige team på tvers av etater og nivå, danne felles team rundt pasienten og pårørende i tiden før og etter operasjon for å forebygge fallering?*
- *Hvilke faktorer er viktig for at pasient og pårørende skal kunne bidra til aktiv deltagelse?*

Hvilken nytte forventes av prosjektet/piloten?

Se vedlegg 2 – "Forventet nytte – tabell for beskrivelse av effekt/nytteverdi".

Beskriv kort hvordan tiltaket støtter opp om formålet med tilskuddsordningen?

- *Tiltaket retter seg i hovedsak mot eldre med skrøpeligheit, komplekse og kroniske lidelser – de pasienter som i hovedsak har behov for mer tilpassede og tverrfaglige tjenester – og da med fokus på å kunne bo hjemme lengst mulig.*
- *Ved å forkorte innetid i institusjon, eventuelt bedre planlaget innleggelse på rehabilitering i kommunen, vil tiltaket bidra til mer effektiv omsorgsnivå - og da helst i hjemmet*
- *Forskning viser at å jobbe tverrfaglig, gir bedre resultater:
"Å bygge bro mellom ulike fagmiljøer gjennom bruk av tverrprofesjonelle team kan forbedre kvaliteten på tjenestene, ikke minst innen helse. Det kan gi bedre omsorg, riktigere fordeling av ressurser og økt pasientsikkerhet."
(Hentet fra PhD avhandling av Elisabeth Andvik: "Mind the Gap: Building Bridges in Interprofessional Teams").*
- *Ved å sette igang pilot for bedre oppfølging av pasienter pre- og postoperativt, kan man også legge bedre til rette for et godt desentralisert helsetilbud. Gjennom veiledning og kompetansedeling på tvers av kommunegrensar, kan man sammen bidra til at pasienten opplever mer helhetlige helsetjenester. Dette kan bidra til å sikre god kvalitet på helsetjenestene og bedre kompetanseoverføring.*
- *Bedre kjennskap til hverandre innenfor helsetjenestene, bidrar til å bygge tettere relasjoner, som igjen kan forenkle situasjonen mange står i, spesielt ute i små kommuner – at man ofte er alene innenfor eget fag. Tettere relasjoner gjør at man enklere kan ta kontakt for å diskutere faglige spørsmål med andre med samme fagbakgrunn - på tvers av organisasjonar og kommunegrensar.*

- *Samhold innen helsetjenestene vil gi rekrutteringsfortrinn. Det å vite at du som eneste ergoterapeut i en kommune også har andre kollega utenfor egen organisasjon/kommune, kan bidra til trygghet og kompetanseheving.*
- *Ved å samarbeide på tvers i helsetjenestene, kan man også i fellesskap bidra til økt helsekomptanse i befolkningen. Ved å ha tettere bånd oss i helsetjenestene imellom, vil vi også opparbeide en bedre forståelse for utfordringer vi står i og se hvordan vi kan hjelpe hverandre. Gode samarbeidsarena fremmer positivitet og ønske om å bidra.*

Budsjett for gjennomføring av prosjekt/pilot:

Tiltak	Personell	Drift	Sum
Gjennomføring av arbeidsgruppemøte 2 dager: Innsiktsarbeid, kompetanseheving i step-up, planlegging av workshop	2 rådgivere fra innovasjonsteam/(UNN 4 fra Narvik kommune 4 fra UNN Narvik 1 brukerrepresentant 1 prosjektleder	Reise/overnatting for to innovasjonsrådgivere = 20 000 Gjennomføring av 2 arbeidgruppemøter = 25 000	40 000
Frikjøp for gjennomføring av kartlegging og oppfølging	20% Ergoterapeut, NK 20% Sykepleier/hjemmetjenesten, NK 20% Fysioterapeut/ UNN 10% Helsesekretær, UNN 10% Prosjektleder, UNN (alle beløp inkl sos.avgifter)	180 000 170 000 200 000 72 500 100 000	722 500
	Begge organisasjoner bidrar tilsvarende likt - både i selve arbeidsgruppen og med gjennomføringen av piloten	SUM totalt	767 500

Hvem har ansvaret for pasienten(e) ved gjennomføringen av tiltaket (ved relevans)?:

Det medisinskfaglige ansvaret ligger hos fastlege, som følger pasienten når denne er hjemmeboende. Ved innleggelse i sykehus, er det medisinskansvarlig lege som følger pasienten der pasienten er under oppholdet. Hjemmesykepleien følger pasienten i

hjemmet, med bistand for kartlegging, oppfølging, informasjon og kompetanseoverføring av de som inngår i prosjektteamet (både kommunalt- og sykehusansatte).

Hvordan kan tiltak som omhandler innovasjon og implementering av digitale løsninger for samhandling lede fram mot felles regionale løsninger på sikt (ved relevans)?:

Det er ønskelig å se/gjøre vurderinger av hvilket digitalt verktøy som kan være aktuell i oppfølging av pasient, pårørende og mellom samarbeidspartnere i pasientforløpet, på hvilken måte og hvem som skal ivareta digital oppfølging. Muligheten til bruk av digitalt verktøy, vil alltid bli vurdert som alternativ i prosjektet. Forutsetningen er en god relasjonbygging og informasjon til pasient/pårørende.

Prosjektplan, inkludert evalueringspunkter:

Prosjektet følger allerede etablert prosjektplan for "Med Furumoen som utstillingsvindu for fremtidens helsetjenester". Etter gjennomført arbeidsgruppemøter og workshop, settes plan for gjennomføringen av selve prosjektet hjemme hos pasienten og videre oppfølging i sykehus og hjem igjen. Da operasjonsplanlegging ved UNN Narvik gjerne gjøres 3-6 måneder før gjennomføring av operasjonen, vil det antas at man mest sannsynlig har evaluering fortløpende, samt i etterkant av hjemkomst. Dette betyr at man bør ha evalueringspunkter rett etter oppstart relasjonsbygging med pasient/pårørende, i løpet av 3 måneder, rett før innleggelse, under innleggelse, rett før utreise og rett etter hjemkomst. Det ønskes å finne gode kartleggingsverktøy for å få subjektive og objektive tilbakemeldinger og det ønskes derfor å vurdere bruk av kartleggingsskjema som "Clinical Frailty Scale" og "Quality of life", da disse kan gi svar både kvantitativt og kvalitativt.

Involvering av brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten:

Dette ønskes å invitere brukere til i selve arbeidsgruppen. Viktig å få brukerstemmen inn fra start. Representanten kan ha både egen erfaringer og innhente erfaringer både i forkanta og etterkant av selve gjennomføringen. I tillegg kan brukerepresentant gjøre samtaler/intervju med pasient og pårørende, uten at helsepersonell er tilstede. Dette kan gi viktig informasjon hele veien. I tillegg inviteres tillitsvalgt og/eller vernetjenesten inn – i første omgang for informasjon. Når og hvis man går igang med å sette driften av felles tverrfaglige team igang, vil dette medføre større involvering av både tillitsvalg og vernetjeneste.

SØKNAD REKRUTTERINGS- OG SAMHANDLINGSTILSKUDD 2024

Søkere: Narvik kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik. På sikt er det ønskelig at også omkringliggende kommuner som sokner til UNN Narvik, blir deltagende. Kommuner dette gjelder for, er: Gratangen, Salangen, Lavangen og Bardu.

Kontaktperson & e-post: Ragnhild Løkås, rådgiver helse- og omsorg, Narvik kommune (ragnhild.lokos@narvik.kommune.no)

Hvilke samarbeidende enheter inngår i søknad: Helse- og omsorgstjenestene i Narvik kommune og UNN Narvik

Er bekreftelse på forpliktende samarbeid vedlagt (ja/nei): Ja

Med Furumoen som utstillingsvindu for fremtidens helsetjenester

Beskrivelse av tiltaket

Bakgrunn og formål med søknaden:

Det er en kjensgjerning at utfordringsbildet vi står overfor gjør at vi sammen må tenke nytt for å sikre at befolkningen i nord får dekket sitt behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester. Vi ser at det er behov for et tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og samtidig legge til rette for nye måter å arbeide på.

Vi har et fantastisk utgangspunkt med ny, samlet lokasjon på Furumoen og at vi de siste årene har arbeidet tett sammen på flere nivåer i Narvik kommune og UNN Narvik for å bli godt kjent og utvikle tjenester og funksjoner sammen. Disse erfaringene ønsker vi å bygge videre på. Vi ønsker at denne søknaden skal bidra til å etablere samarbeidsmodeller som i enda større grad sikrer bedre helhetlige, proaktive og personsentrerte pasientforløp. Målet er å utvikle tiltak som kan tas i bruk i hele helseregionen.

Fellesnevnerne for søknadens tiltak er at vi vil forebygge (re-)innleggelse og utvikling eller forverring av sykdom. Målet er at flere pasienter skal kunne reise rett hjem etter sykehusopphold, uten opphold på korttid, der det er mulig. Målet er at eldre skal ha mulighet til å bo hjemme lengst mulig og være trygg. Vi ønsker også å stimulere til økt samhandlingskompetanse hos ansatte i kommune og sykehus. Videre fokuserer vi på tiltak som sikrer effektiv ressursbruk, som unngår overbehandling og overutredning, og som underbygger pasientens selvstendighet.

Målgruppe:

Skrøpelige eldre

Helsepersonell kommune og sykehus inkludert fastleger

Innhold:

Søknadens foreslåtte tiltak er i hovedsak tuftet på innsiktsarbeid og resultater fra felles OU-prosess mellom Narvik kommune og UNN Narvik som ble etablert i forbindelse med bygging av nytt sykehus og Helsehus. Tiltakene beskrives med utgangspunkt i Samordningstrappa (Delrapport 5 "Tid for samordning" arbeidsgruppe 5 Helse Nord). Dette er en

trappetrinnsmodell som viser grad av integrering av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenester. I denne søknaden søkes midler til tiltak i trinn 1-4 i Samordningstrappa. I neste søknadsrunde ønsker vi å bygge videre på denne søknaden og også inkludere tiltak på trinn 5 i Samordningstrappa. Her vil særskilt fokus være å utvikle felles driftsmodell innenfor et avgrenset fagområde.

Tiltakspakke 1. “Avklart arbeids- og oppgavedeling. God informasjonsutveksling”

- a) Elektroniske meldinger
Arbeide målrettet med forbedring av kvalitet på elektroniske meldinger, sikre at innhold i meldingene er i tråd med behovet for opplysninger for begge partnere. Videreføre erfaringer fra pilot 1 i felles OU-prosjekt (se vedlegg), tydeliggjøre roller for å oppnå god implementering i enheter/avdelinger. Ses i sammenheng med pkt.1c.
- b) Funksjonskartlegging
Det er i OU-prosjektet (se vedlegg) vurdert at det er behov for felles kartleggingsverktøy. Flere kartleggingsverktøy hvor vi skiller på akutt og kronisk funksjonssvikt kan være aktuelle, eksempelvis Clinical Frailty Scale etc.
- c) Opprette koordinator for inneliggende pasienter UNN Narvik (tilsvarende sykehuskoordinator i Narvik kommune) jf. anbefalinger fra OU-prosjektet (se vedlegg). Vi søker midler for opprettelse av 100% stilling som koordinator i UNN Narvik. Koordinator skal ha oversikt over alle inneliggende pas som kan ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester samt ha tett dialog med kommunal sykehuskoordinator. Organisatorisk og fysisk plassering av koordinatorfunksjoner skal vurderes. Benytte digitale verktøy i samhandlingen der det er nyttig.

Tiltakspakke 2. “Utvidet veiledning og kompetansestøtte mellom tjenestenivå”

- a) Forebygge/utsette behovet for innleggelse og re-innleggelse, desentraliserte modeller.
Her er det særskilt viktig å heve kompetansen for hensiktsmessig håndtering av den skrøpelige eldre der den bor. Forslag til tiltak er opplæring av helsepersonell i eksempelvis farmakologi, ernæring, aldersfysiologiske endringer, medikamenthåndtering og håndtering av medisinsk-teknisk utstyr osv. Videre vil vi styrke og spre “Hverdagsrehabilitering” og målrettet involvering av de ulike teamene. Det foreslås også å etablere en “åpen digital linje” for leger ute (fastleger/sykehjemsleger) inn i allerede etablerte legemøter i UNN. Involvere ressurspersoner innen e-helse for å utvikle digitale samordningsmodeller, eksempelvis digital hjemmeoppfølging, hjemmesykehus og implementering av velferdsteknologi.
- b) Forsterket utskriving/tidlig støttet utskriving
Etablering av koordinator (se pkt1.c.) vil være et viktig bidrag i tidlig støttet utskriving for å sikre et tilpasset opplegg for den enkelte. Det vil ofte forutsette tett oppfølging av et tverrfaglig team, hjelpemiddelsentralen og samhandling med andre relevante aktører.
- c) Felles fagdager/opplæring i samhandling
OU-prosjektet (se vedlegg) anbefaler felles obligatoriske kompetansehevende tiltak for ansatte i kommunene og UNN Narvik. Opplæring: i felles utfordringer og felles mål, pasientforløp, samhandling som virkemiddel, myndighetskrav/tjenesteavtaler, hva kjennetegner god samhandling i praksis, opparbeide en felles kultur for

samhandling m.v. Det foreslås 2 ggr årlig med 2 like seanser samme dag (a 2,5 t varighet). Nyansatte får tilleggsopplæring.

- d) Etablering av felles samhandlingsutvalg
OU-prosjektet (se vedlegg) anbefaler at det opprettes et felles samhandlingsutvalg ("forbedringsutvalg") med blant annet ansvar for videreføring av felles kompetansetiltak. I utvalget vil det også være naturlig å involvere brukere/brukerråd. Hovedhensikten med utvalget er å bidra til læring i organisasjonene og styrke kvaliteten på samhandlingen.

Tiltakspakke 3. "Kjøp av tjenester hos hverandre og delte stillinger"

Delte stillinger ønskes etablert for å utvikle et tett og forpliktende samarbeid mellom kommune og sykehus:

- a) Det søkes midler for opprettelse av 100 - 150 % stilling som samhandlingslege. Stillingen kan deles opp i ulike brøker, og evt leger kjøpes fri fra opprinnelig oppdrag. Samhandlingslegene kan ha stilling tilknyttet Helsehuset, Innsatsteam, PSHT, geriatrisk team og/eller sykehjem. Organisering og fysisk plassering må vurderes nærmere. Samhandlingslegene skal bidra til å knytte fastleger og spesialisthelsetjenesten tettere sammen. Digitale løsninger vil tas i bruk for å sikre samme tilbud i omkringliggende kommuner/ i distriktet.
- b) Det søkes om midler til opprettelse av 100% farmasøyt. Stillingen er delt, og vil arbeide delvis i sykehus (PSHT) og delvis i kommune (Helsehus, hjemmetjeneste, institusjoner). Organisering og fysisk plassering må vurderes nærmere. En farmasøyt vil bidra til å sikre kvalitet i håndtering av legemidler, for å forhindre/forebygge komplikasjoner knyttet til feilmedisinering. Digitale løsninger vil tas i bruk for å sikre samme tilbud i omkringliggende kommuner/ i distriktet.

Tiltakspakke 4. "Felles tjenestemodeller. Forpliktende spleiselag"

UNN Narvik og helse- og omsorgstjenestene i Narvik kommune har flere ulike team med tilhørende funksjon og formål. Det ses som nyttig å se nærmere på teamene vi har for bedre ressursutnyttelse og bedret kvalitet i pasientforløpene. Vi søker derfor midler til å:

- a) Kartlegge formål og kompetanse i allerede eksisterende team, vurdere dubletter og/eller hull i tjenestetilbudet
- b) Utarbeide tydelige funksjons-/tjenestebeskrivelser for teamene inkludert roller/ansvar. I beskrivelsene skal det også fremgå klart når teamressurser skal utløses og ikke, samt fleksibel bruk av ressurser inn i teamene.
- c) Teamenes organisering, både fysisk og faglig, skal vurderes med tanke på at vi ønsker å knytte teamene tettere sammen. Ny felles lokasjon på Furumoen gir nye muligheter som vi ønsker å utnytte på en god måte. Vurdere desentraliserte modeller.
- d) Tett ledersamarbeid og forankring relatert til de ulike teamene
- e) Vurdere andre samarbeidspartnere inn i teamene, eksempelvis UiT/andre utdanningsinstitusjoner

Varighet: Vi forventer økte kostnader i en oppstartsperiode (det første året). Varigheten av de ulike tiltakene i søknaden vil kunne variere ut fra oppfølging og resultater jf. gevinstrealiseringsplanen.

Oppstart: 01.09.2024

Samarbeidspartnere: Selv om hovedsamarbeidspartnere i søknaden er UNN Narvik og Narvik kommune, vil nærliggende kommuner også inngå i samarbeidet fremover. Der det er naturlig vil også andre enheter i UNN inngå. Vi ønsker også UiT som samarbeidspartner sammen med evt oppstart av Helseinnovatørene (eller tilsvarende) for å knytte innovasjons- og forskningsmiljøet tettere på, samt simuleringssenter i nye UNN Narvik.

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

Tiltakspakke (TP)	Personellkostnader	Driftskostnader	Egeninnsats	Fordeling	Sum
TP1a, TP1b, TP2a, TP2b, TP2c -frikjøp til felles opplæring/innleie av erstatningspersonell samlet for tiltakene nevnt over	500 000	Beverting Diverse 100 000	500 000 (NK) 500 000 (UNN)	50/50	600 000
TP2d -etablering samhandlingsutvalg		Beverting til fysiske møter 1x årlig 10 000	Utgifter til tid benyttet og evt kjøregodtgjørelse	I hht antall kommuner, UNN Narvik	10 000
TP1c Opprette koordinator UNN -100% stilling	1 mill	30 000	Utgifter til rekruttering/opplæring	UNN	1 030 000
TP3. Opprette delte stillinger -lege 100-150% -farmasøyt 100%	Lege: 2 mill. Farmasøyt: 1 mill.	30 000,- 30 000,-	Utgifter knyttet til rekruttering/opplæring	50/50	3 060 000
TP4. Arbeid med teamene -frikjøp 2x 50% stilling	1 mill.	80 000	Mulig innleie av vikar i de 2 50% stillingene	50/50	1 080 000
Samlet søknadsbeløp					5 780 000

Beskrivelse av gevinstpotensial og -realisering:

Dette beskrives i to deler; hhv. gevinstpotensial som gir en overordnet oversikt over mulige gevinster og en gevinstrealiseringsplan som vi vurderer som en mer operativ plan for realisering av gevinster.

a) Gevinstpotensial

Tiltakspakke (TP)	Arbeidsprosess	Gevinst	Forutsetninger
TP1a. Elektroniske meldinger	Samstemt innhold i elektroniske meldinger, sikre korrekt informasjon	Økt kvalitet Spart tid Reduserte kostnader Økt pasientsikkerhet	Standardisert, obligatorisk opplæring av ansatte Tydelig rolle og ansvarsfordeling
TP1b. Felles kartleggingsverktøy	Utvikle og ta i bruk felles kartleggingsverktøy	Økt kvalitet Spart tid Tydelig og god informasjonsflyt Økt pasientsikkerhet	Finne riktig felles kartleggingsverktøy Implementering av dette inkl opplæring
TP1c. Opprette koordinator i UNN	Skal koordinere inneliggende pas i UNN tilsvarende sykehuskoordinator i kommunen	Økt kvalitet på pasientforløpene, sikre overganger, forsterke utskriving, forebygge overliggedøgn, sikre riktig beh.nivå & omfang av helsetjenester Sparte kostnader Spart tid Hensiktsmessig bruk av samhandlingsarealer på Furumoen	Rekruttere riktig kompetanse og personlig egnethet Plassering i organisasjonen Tydelig stillingsbeskrivelse Opplæring Gode samhandlingsevner Bidra til tjenesteutvikling
TP2a. Forebygge (re)innleggelser	Øke kunnskap/kompetanse, etablere og forsterke allerede eksisterende team/tiltak, tettere kobling m/m leger ute/inne	Effektiv ressursutnyttelse Sterkt fagmiljø Sparte kostnader Till det beste for pas (bedre helsetilstand, kan bo lengre hjemme, unngå ekstrabelastning, økt selvstendighet)	Opplæring av ansatte God organisering og tydelig mandat Digitale verktøy som fungerer og tas i bruk Bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetj.
TP2b. Forsterket utskriving	Etablere nye måter å arbeide på rundt utskriving av pas, tidlig involvering	Bedre kvalitet, færre personer i koordineringer, spart tid, sparte kostnader, bedre ressursutnyttelse, økt pasientsikkerhet, større trygghet for pas/pårørende	Opprette koordinatorfunksjon jf. TP1c. Digitale verktøy fungerer og tas i bruk Gode samhandlingsevner med andre, eks team Tidlig kontakt med fastleger Riktig teaminvolvering ut fra pasientens behov
TP2c. Felles	Etablere felles opplæringsarena	Økt kvalitet	Dedikerte personer utpekes

fagdager/opplæring		Bedre ressursutnyttelse Kulturbygging Få felles forståelse av utfordringsbildet Kvalitetssikring av tjenestene	for gjennomføring, deltakelse av helsepersonell/ledere må prioriteres, god forankring
TP2d. Etablere samhandlingsutvalg	Opprette et utvalg med hensikt å fastholde og videreutvikle samhandlingen	Økt kvalitet Gode pasientforløp Bedre ressursutnyttelse Organisasjonenes læring Tjenesteutvikling	Definere rolle/myndighet/mandat for utvalget, Rekruttering inn i utvalget inkl nærliggende kommuner, Forankring
TP3. Opprette delte stillinger	Skal sikre bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	Sikre bedre samhandling Øke kvaliteten i pasientforløpene Kulturbygging Sikre læring mellom partnerne Kompetanseheving Omdømme/rekruttere/stabilisering Større felles fagmiljø Godt arbeidsmiljø Frigjøre ressurser til pasientnært arbeid	Riktig organisatorisk plassering, forankring, klar funksjon/rolle/mandat Tydelige samarbeidsstrukturer
TP4. Arbeid med teamene	Videreutvikle eksisterende team	Økt kvalitet, økt pasientsikkerhet, færre involverte i pasientforløpene, bedre ressursutnyttelse, unngå dobbeltarbeid, opplevelse av helhetlige, sømløse og sammenhengende helsetjenester Reduserte kostnader Spart tid	Dedikert ansvar for oppfølging, hensiktsmessig plassering i organisasjon, tydelig rolle/ansvar/mandat, kjennskap i og utenfor organisasjonene,

Gevinstrealiseringsplan

Under vises et eksempel på hvordan vi vil arbeide med gevinstrealiseringsplanen som et verktøy. Det understrekes at dette ikke er en fullstendig gevinstrealiseringsplan da vi ser det som nødvendig å planlegge dette bedre med bla. involvering av nøkkelpersonell i driftsenhetene i utarbeidelsen.

Gevinster	Tiltak for å realisere gevinst	Frist for tiltak	Måleindikator	Når skal gevinstene realiseres	Ansvarlig
Økt kvalitet Spart tid Sparte kostnader	Bedre elektroniske meldinger	løpende frem mot 01.06.25 (første evaluering)	-Kvalitative tilbakemeldinger fra ansatte og bruker/pårørende -kvantitative målinger, eks antall	Gradvis implementering i alle relevante tjenester,	Tildelingskontor Koordinator UNN Narvik Fagpersoner i de ulike organisasjonene Samhandlingslegene

		gspunkt)	meldinger sendt (innen gitt tid) med riktig info	2025	IKT
Økt kvalitet Spart tid	Utvikle og ta i bruk felles kartleggingsverktøy i et avgrenset område	løpende frem mot første evaluering gspunkt 01.06.25	-er felles verktøy tatt i bruk? I hvilket omfang?	Full implementering 2026	Personer med fagansvar og deres ledere i UNN og Narvik kommune IKT
Økt kvalitet Spart tid Sparte kostnader	Opprette koordinator i UNN	løpende frem mot første evaluering gspunkt 01.06.25	-er koordinator rekruttert -er tilfredsstillende stillingsbeskrivelse utført -er organisering og fysisk plassering avklart -tilfredshet brukere/pårørende /ansatte	Våren 2025	Overordnet ledelse UNN og Narvik kommune
Økt kvalitet Effektiv ressursutnyttelse (spart kostnad/spart tid)	Forebygge (re) innleggelser og forsterket utskrivning ved hjelp av økt kunnskap/kompetanse, opprette koordinator UNN, utnyttelse eksisterende team mv.	løpende frem mot første evaluering gspunkt 01.06.25	-antall (re) innleggelser -intervju brukere/pårørende ,ansatte -flere pas rett hjem	Fortløpende	Utøvende tjenester i helse-og omsorg Narvik kommune Fastlegene Samhandlingslegene Pasientnært personell i spesialisthelsetjenesten Koordinatorer (UNN og Narvik kommune) Ulike tverrfaglige team Hjelpemiddelsentralen Tildelingskontoret
Økt kvalitet Sparte kostnader Spart tid	Felles fagdager/opplæring samhandling, opprette samhandlingsutvalg	løpende frem mot første evaluering gspkt 010624	-antall deltakere opplæring -antall samhandlingsavvik /klager - spørreundersøkelser ansatte og pasienter/pårørende om opplevelser og kvalitet -antall møter/saker -møtedeltakelse -antall innmeldte saker	Fortløpende	Samhandlingsutvalget Ledere Fagpersoner
Økt kvalitet Sparte kostnader Spart tid	Opprette delte stillinger for leger og farmasøyt	løpende frem mot første evaluering gspunkt 010624	-er stillingene besatt -er tilfredsstillende stillingsbeskrivelse etablert -er fysisk og organisatorisk plassering avklart	Kontinuerlig	Overordnet ledelse UNN Narvik og Narvik kommune

			-antall personer legemiddelgjennomgang -større samhandling med fastleger/fastlegen es opplevelse -deltakelse fagmøter		
Økt kvalitet Bedre ressursutnyttelse Spart tid Sparte kostnader	Videreutvikle eksisterende team	løpende frem mot første evaluering spunkt 010624	-færre dobbelkartlegging er og dobbelarbeid -flere samarbeidsmøter -antall gjennomførte kartlegginger av team -antall nye/ferdigstilte funksjonsbeskrivelser	Løpende	Overordnet ledelse UNN Narvik og Narvik kommune Ledelse for team

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

Denne søknaden stimulerer til:

- spennende, nytenkende faglige utfordringer hvor vi ønsker å knytte fagmiljøene tettere sammen
- å utnytte felles lokasjon i nye bygg på Furumoen på en god måte
- å sikre god kvalitet i pasientforløpene på tvers av nivå

Vi vurderer at dette vil kunne virke stabiliserende og/eller rekrutterende, da det er kjent at et flere av disse parametrene anses som viktige for å forebygge turnover og skape et godt omdømme og godt arbeidsmiljø som bidrar til en god rekruttering.

Forventet nytte – tabell for beskrivelse av effekt/nytteverdi

Navn på pilot: Arbeidstittel: “Slow-track” sett i lys av “Fast-track” for pasienter til elektive hofteoperasjoner.

Per i dag er det flere eldre med skrøpelighet som tildeles elektive hofteoperasjoner. I spesialisthelstjenesten er det laget “fast-track” for elektive hofteoperasjoner, både for å kunne planlegge antall operasjoner per dag/uke og hvor lang liggetid som er nødvendig. I denne “oppskriften” inngår informasjon (“hofteskole”) i forkant, prosedyrer for hva som skjer operasjonsdagen og hvilke forventninger som legges til pasientens bidrag. Eldre med skrøpelighet har utfordringer som gjør at det er vanskelig å skulle følge denne type prosedyre. Ofte medfører det lenger tid både inneliggende i sykehus og i kommunal institusjon. Dette gjør at senger blir lengre opptatt enn forventet, korttidsopphold tar lengre tid, og pasientens habitual tilstand forverres. I piloten ønskes det å utforske hvordan tverrfaglige team kan bistå i ulike faser av pasientforløpet for hofteoperasjoner - før og etter, for å forebygge lengre institusjonstid postoperativt, samt forverring av helsetilstand.

Forventet nytte	Hvem får nytte av prosjektet/piloten?	Ansvarlig for gjennomføring	Eventuell måling av nytte
<ul style="list-style-type: none"> • Større brukermedvirkning • Større fokus på forebygging av fallering • Større helsegevinst for pasienten • Kortere pasientforløp samlet i institusjon • Å kunne reise rett hjem - med rett hjelp • Bedre planlegging av evt korttidsopphold • Tydeligere forventnings- 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasient og pårørende • Kommunehelsetjenesten • Spesialisthelsetjenesten • Tettere samarbeid rundt pasienten på tvers av nivå • Større fagmiljø på tves av organisasjoner • Bygge på samhandling mellom kommune og sykehus • Samfunnet 	<p>Arbeidsgruppe nedsatt av fagpersoner i Narvik kommune og UNN Narvik.</p> <p>Prosessveiledning ved hjelp fra innovasjonsteam i UNN</p> <p>Bruk av Step-up metodikk</p> <p>Forankret i ledelse både sykehus ved senterleder og i kommunen ved kommunalsjef</p>	<p>Kortere liggetid samlet i institusjon (se sykehus og rehabilitering samlet).</p> <p>Færre (re)innleggelser</p> <p>Ved behov for rehabilitering, gjøre godt planlagte overføring fra sykehus til kommunal rehabilitering</p> <p>Økt rehabilitering i hjemmet i stedet for i institusjon</p> <p>Bidra til bedre folkehelse</p>

<p>avklaringer til pasient/pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tryggere og bedre informerte pasienter og pårørende • Forebygge økt hjelpebehov • Tettere samarbeid, enklere kompetanseoverføring, større tilgjengelighet på fagkontakter ved behov 			<p>Tettere samhandling mellom team på tvers av nivå/etater</p> <p>Endring i forventninger til befolkningen med tanke på forebygging i stedet for igansette reaktive tiltak</p>
<p>Hvordan måle og rapportere?</p>	<p>Forutsetninger og aktuelle tiltak for at nytte kan oppnås</p>	<p>Ved eventuell frigjøring av ressurser</p>	<p>Tidshorisont</p>
<p>Fortløpende.</p> <p>Utarbeide eget skjema for evaluering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt tid preoperativt • Bruk av digitale verktøy • Samlet liggetid i institusjon (sykehus og rehabilitering) • Bedre og godt planlagte innleggelser ved REO – der det er nødvendig 	<ul style="list-style-type: none"> • Dialog med ortoped – samarbeid og kartlegging av hvilke pasienter dette gjelder for • Samstemming og bruke av felles kartleggingsverktøy • Informasjon til pasient og pårørende - skriftlig og muntlig • Informasjon til andre involverte i 	<p>Vi blir ikke flere helsepersonell og dette fordrer at vi må se på hvordan vi kan endre arbeidsmåter for å bidra til mer helhetlige helsetjenester, blant annet ved å se på hvordan vi kan dele på/bruke av allerede eksisterende ressurser på tvers av organisasjoner. Vi ønsker å se på muligheter for at allerede eksisterende tjenester kan bidra på tvers -</p>	<p>Oppstart våren 2025. Det forventes å se effekt fra første pilot. På sikt ønskes det å se på endring i kultur for tettere samarbeid på tvers av etater – med fokus på personsentrerte, helhetlige og proaktive helsetjenester – hva som er mulig å få til.</p> <p>Vi blir ikke flere helsearbeidere, men flere som trenger helsetjenester</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Antall rett hjem etter operasjon • Hvem følger pasient pre og post • Tid rehabilitering i hjemmet • Kartlegge CFS før og etter operasjon • Kartlegge "quality of life" før og etter operasjon 	<p>helsetjenestene (hjemmesykepleien, fastleger, sengeposter i sykehus).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge teamressurser som allerede eksisterer • Felles forståelse og mål for ønsket utfall • Felles prioriteringer • Jobbe på tvers av nivåer og etater 	<p>både for å skape mer helhetlige helsetjenster, samtidig som vi kan benytte oss av hverandres ressurser og kunnskap, bygge felles fagmiljøer for kompetansedeling. Målet er på samme tid å forebygge funksjonsfallering hos eldre, forebygge behov for økt omsorgstjenester og heller tilby tjenester i hjemmet. Sykehuset har i oppdrag av å bli mer utadrettet og ved å møte pasienten i hjemmet, kan spesialisthelsetjenesten nå flere pasienter. Dette kan også gjøres digitalt. Fokus vil være på egenmestring, brukermedvirkning og forbedring av folkehelsa – ved hjelp av kunnskapsoverføring til pasient og pårørende – hva som forventes av den enkelte og hva den enkelte faktisk kan bidra med selv – og hvor helsetjenestene kan være pådrivere for forebygging og bedre planlagte tjenester, der det er nødvengig. Dersom dette frigjør ressurser, vil disse kunne bidra mer ute der pasienten er, bidra med informasjon og</p>	<p>og må finne måter å jobbe tettere sammen på.</p>
---	---	---	---

		helseopplysning tidligere. Kanskje man på sikt burde gjennomføre helsekartlegging av alle over 65 – for å kunne være behjelpelig med informasjon og kunnskapsoverføring hvordan den enkelte kan bidra for bedre ivaretagelse av egen helse.	

Tabellen er inspirert av Innomeds gevinstplan for løsning/prosjekt



Bekreftelse på forpliktende samarbeid:

Prosjekt «forebygging av lengre institusjonsopphold etter elektiv hofteoperasjon»

Det bekreftes med dette at Narvik kommune og UNN HF inngår et forpliktende samarbeid i tråd med tiltak beskrevet i søknad om Rekrutterings- og samhandlingstilskudd 2025.

Narvik 1. mars 2025



Heidi Eriksen Laksaa
Kommunalsjef Helse og omsorg
Narvik kommune



Vibeke Haukland
Driftsleder UNN Narvik
UNN HF