

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

Helsefelleskap Finnmark: postmottak@finnmarkssykehuset.no ved samhandlingssjef med kopi til interkommunal samhandlingsleder anja.uglem@svk.no

Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen, Salten: postmottak@nordlandssykehuset.no ved samhandlingssjef med kopi til kommunal samhandlingsleder knut.erik.dahlmo@helsefelleskapet-nord.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: **ELDRELØFTET**

Prosjekteiere: UNN HF v/avd BIGH og Tromsø kommune v/Helse og omsorg

Kommune(r):

Tromsø kommune, kontaktperson: Kine Nordmo-Stykket

Nordreisa kommune, kontaktperson: Angela Sodefjed

Kåfjord kommune, kontaktperson: Linn Sylvi Steinnes

Skjervøy kommune, kontaktperson: Åshild Hansen

Kvænanngen kommune, kontaktperson: June Brita Eira

Senja kommune, kontaktperson: Evy Nordby

Helseforetak:

UNN, kontaktperson: Per Angermo

Dato for signerte avtaler om felles søknad (legges ved):

27. og 28.02.25

Kort beskrivelse av prosjektet/piloten

BAKGRUNN/STATUS

I 2024 fikk Tromsø kommune og UNN tildelt ca. 3 millioner kroner til å starte arbeidet innen «Eldreløftet- tjenesten fra samme hus». I prosjektet ble det beskrevet et felles hus for planlegging, drift og utvikling av fremtidens helsetjenester. Målet er 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.



I 2024 ble programkontor/programstyre etablert, samt en programkoordinator. Her ønsker en å kunne se samlet på synergieffektene mellom flere prosjekter og satsinger som kommunen og spesialisthelsetjenesten har sammen. Og ikke minst hvilken områder som en må utvikle for å imøtekomme fremtidens utfordringer. Da prosjektet ved en inkurie fikk mindre midler en søkt om, ble det prioritert å få på plass en programkoordinator og programstyre, og vil ha det overordnede blikket på den “utviklende” delen.

For å kunne pilotere og teste ut med mål om drift og oppskalering til ulike fagområder/pasientgrupper, økt pasientvolum og flere kommuner, er denne søknaden knyttet til «driftsdelen» i huset.

Økt kunnskap og nasjonale føringer innen kommunal helsetjeneste fremhever viktigheten av å flytte tyngdepunktet for utvikling og tjenestelevering fra institusjonene og spesialisthelsetjenesten, til helsetjenester i hjemmet. Oppfølging og tiltak knyttet opp mot tiltak i hjemmet kan gi tidlig indentifisering, forebygging, mestring og rett behandlingsnivå (unngå innleggelser hvis det ikke er nødvendig). Svært mange kommuner og sykehus har deltatt i «helhetlig pasientforløp» i regi av KS. Funnene tilsier at mange opplever samhandlingen er bedre, en kan tilpasse og ha fokus på individene blant pasientene. Men samtidig har stadig flere diagnosespesifikke forløp kommet nasjonalt, og sykehusene spesialisere seg i stadig økende grad, mer skal foregå poliklinisk eller uten innleggelser. «Helhetlig» pasientforløp utfordres

derfor. For mange skrøpelige eldre passer ikke diagnoseforløpene eller slike raske forløp. For svært mange er nettopp forflytning mellom nivåene en stor slitasje og kan skape helseutfordringer i seg selv.

TILGRESENDE AKTIVITETER ANDRE PLASSE

UNN har i 10 år jobbet gjennom Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) ut mot flere av kommunene som en felles helsetjeneste. Og vi er kjent med at flere kommuner har testet ut forskjellige modeller av Virtuell avdeling (VA), tverrfaglige team og Digital Hjemme Oppfølging (DHO). Herunder f.eks. Eidsberg, Bodø, Smøla. Vi har i dag noe innsikt i hva som er gjort i disse kommunene og vil i en konseptfase søke mer inngående kunnskap om disse slik at vi tar de positive erfaringene med oss i vår modell. I Tromsø kommune har vi over år jobbet med tverrfaglig kartlegging, innsats og tiltak. Til tross for dette ser vi at flere innleggelses kunne vært unngått, samt at det også har vært premature utskrivelser. Også ser vi at det er en større utfordring knyttet til håndteringen av utskrivningsklare pasienter. Vi anser det som essensielt at det er samhandlingspartene som har eierskapet til pasientforløpene også er de som besitter eierskapet i og til prosjektet. I tillegg vil det være naturlig at en i konseptfasen tar innover seg og ser hvordan diagnostisk sløyfe, sykestuesenger og DMS kan brukes i et større bilde med sammenhengende tjenester.

Norges helse- og velferdstjenester står i press hva angår økonomi, manglende tilgang på personellressurser, økte demografiske- og geopolitiske utfordringer som gir en stor nasjonal usikkerhet innen klima, krig og samfunn. Leger og øvrig helsepersonell i kommunene står i stadig økende kompleksitet og ansvar, ofte alene eller med begrensede ressurser. Nedleggelses av senger i spesialisthelsetjenesten, færre institusjonsplasser i kommunene og et økende antall eldre- med færre helsefaglig utdannet tilgjengelig, utfordrer også kompetansen og kvaliteten i tjenestene hvis en ikke i større grad deler på de tilgjengelige som vi totalt har. Derfor er kompetansedeling en viktig del innen eldreomsorgen. Der Spesialisthelsetjenesten kan ha stor kompetanse innen sykdom og behandling, kan kommunene vite hva en kan få til, ressurser som kan knyttes til, hva som må til for å få gitt tjenestene osv. Her kan det være flere tiltak som må til for å dele på kompetansen, herunder dele stillinger, hospitering, undervisninger, møtefora, digital støtte osv.

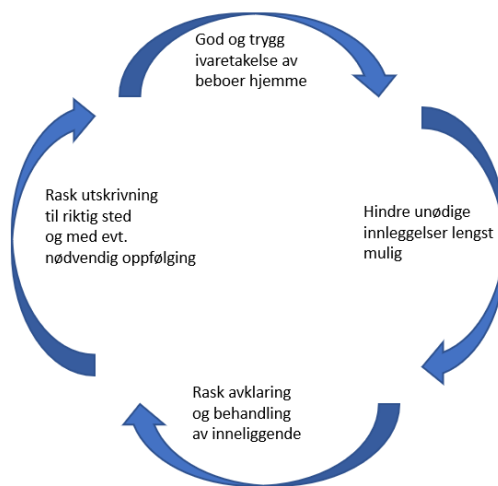
FORMÅL MED PROSJEKTET

Det overordnede formålet er å understøtte gode pasientforløp og sørge for mest mulig sammenhengende helsetjeneste mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. At de samlede helseressursene brukes på en slik måte at det ivaretar pasientens behov best mulig og på et nivå som gir best effekt hva angår effektiv ressursbruk. Med nevnte tjenesteutvikling skal en klare å imøtekomme helsevesenets utfordringer og være bærekraftig i mye større grad med de kjente utfordringene vi står i og som vil øke i tiden fremover.

MÅL

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

1. Hindre unødvige innleggelses
2. Minimere utskrivningsklare pasienter ved rask utskrivning til riktig sted
3. Tilrettelegge for at personer skal kunne bo hjemme lengst mulig
4. Rask avklaring og behandling av inneliggende



Det er mange som har jobbet med disse målene i forskjellige måter og organisasjonsformer, men det ønskelig nå å se på en videreutvikling og se på nye måter å gjøre dette på. 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 ivaretagelse 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.

MÅLGRUPPEN er i all hovedsak og i oppstarten de skrøpelige eldre som benytter seg av UNN og Tromsø kommune sine tjenester. Så vil prosjektet også involvere flere mindre kommuner i Midt- og Nord-Troms der det er formålstjenlig for uttesting og inkludering i pilot. Se nærmere i neste kapittel for pilotering, eskalering og drift.

STRATEGI/ TILTAK

Strategien for å oppnå målene over er:

- 1) å etablere en virtuell avdeling der ressursene samhandler for pasientens beste uavhengig av hvor denne befinner seg (utprøving av ny organisasjonsmodell for bedre samordning). Rask og effektiv tilgang til pasientopplysninger på tvers av nivåer for effektiv behandling.
- 2) allokere ressurser som jobber på tvers av nivåene i helsetjenesten for bedre ivaretagelse, trygghet og effektiv pasientbehandling som hindrer unødige innleggelser og rask utskrivelse. (fremmer både rekrutteringen og stabiliseringen av personell)
- 3) etablere fora og prosesser som fokuserer kompetanse overføring. Dette skal bidra direkte til best effektive omsorgs nivå (BEON) og ideelt sett at pasienten kan bo lengre hjemme bl.a. fordi personalet ved kompetanseløft er i stand til og trygg på oppfølging der. pkt. 2 over vil i seg selv bidra til denne strategien.

PROSJEKT – INNDELING OG VARIGHET

Prosjektet planlegges med oppstart umiddelbart etter en evt. godkjenning, vurdering og tildeling av midler. En vil da initiere forprosjekt og konseptfase som skal planlegge og legge grunnlag for prosjektets endelige scope, størrelse og omfang. Herunder detaljert prosjektplan med milepæler i de videre fasene. En ser for seg en varighet på 4-5 år, noe som inkluderer alle fasene. På dette tidspunktet, inntil konseptfasen er gjennomført, vil det derfor også være noe usikkerhet knyttet til totalbudsjett for hele perioden. Mer presist budsjett behov vil synliggjøres etter endt forprosjekt/konseptfase.

Virtuell avdeling

Det er ønskelig å jobbe med **konseptutvikling** for en virtuell avdeling innen geriatrien og den skrøpelige eldre. Her ser en for seg at det samhandles om samme pasient/bruker uavhengig av hvor den fysiske befinner seg. Det være seg på sykehus, hjemme eller annen institusjon. En slik felles avdeling hvor en f.eks. kan anmode om virtuelt tilsyn eller behandlingsstøtte der målet kan være å bidra til at pasienter kan være lengre hjemmeboende, eller hindre unødig innleggelse og således belaste en presset spesialisthelsetjeneste og dertil unødige og kostbare transporter mellom nivåene. Her handler det også om rask tilgang til informasjon om pasient i dennes EPJ på tvers av nivåene for raskere og mer effektiv behandling. Det finnes eksempler på slike piloter i dag som vi ønsker å kalibrere oss med.

Ressurser på tvers/kompetanseoverføring

En ser også for seg å etablere ressurser som fysisk jobber på tvers av omsorgsnivåene som en klar fortsettelse av et begrenset påbegynt arbeid. Eksempelvis kan nevnes leger med arbeidsted både ved geriatrisk seksjon ved UNN og i Tromsø kommune. Som et eget tiltak, og en bieffekt av ressurser på tvers, er det et ønske om å oppnå kompetanseflyt mellom nivåene som etter hvert vil ha stor betydning for mestring og trygghet. Dette vil i seg selv være effektivt både for trygghet til personal, være stabiliserende og rekrutterende og økt trygghet og kvalitet til pasientene. Ved at vi også systematisk tar i bruk og bredder Clinical Frailty Scale (CFS) mener vi å kunne oppnå rask avklaring og behandling av pasienter som kommer til, eller er inneliggende i sykehus. I en konseptfase vil det være naturlig å gjøre seg bedre kjent med og ta med seg kunnskap og erfaringer som nevnt over. Her vil en se til relevante aktører lokalt, andre kommuner og andre land for eventuelle løsninger å bygge videre på, men tilpasse til "lokale" behov og forutsetninger. Her må det også kartlegges og utarbeides hvordan verktøy og eventuelle støttefunksjoner som må inkluderes eller jobbes frem.

Gradvis som ovennevnte utredes ønsker vi å etablere **småskalapilot** for verifisering og justering av konseptet. En slik gradvis pilotering der aktørene som eier pasientforløpet er sentrale prosjekt drivere tenker vi først og fremst å gjennomføre mellom geriatrisk seksjon ved UNN og Tromsø kommune. Hos sistnevnte aktør vil aktuelle være både helsehus, hjemmetjeneste og sykehjem. Så får en komme tilbake til rekkefølge. I tillegg er det ønskelig å fase inn piloteringer i mindre kommuner som også representerer større avstand til lokalsykehus, så som kommuner i Nord- og Midt-Troms. Sentrale faktorer peker seg ut allerede for å lykkes. Det er til eksempel at de nærmeste samhandlingsaktørene er sentrale i definisjon av utfordring og løsning og at dette testes ut i småskala med gradvis eskalering. Flere tidligere forsøk der en har hatt som mål og løse for mye tidlig og samtidig, har nettopp strandet og effekt har uteblitt av samme årsak.

Det vil være behov for noe **utviklingsarbeid** i konseptfasen og piloteringsfasen selv om prosjektet ansees for det meste å være et PSO prosjekt (Person – System - Organisasjon). Men likevel trengs det utvikling, tilpasning og integrasjoner som muliggjør felles pasientflyttavler, opprettelse av virtuelle rom, oppslag EPJ på tvers, digitale ressursoversikter for å nevne noe. Dette må sees i sammenheng med Nasjonal e-helsestrategi og vil måtte oppfylle kravene for informasjonssikkerhet i helsetjenestene.

Etter hvert som piloteringer er iverksatt og nødvendige justeringer er foretatt i småskala tenker en å **eskalere og drift sette** dette for en større del av tjenesten der en inkluderer flere pasienter/brukere. For å sikre overgangen til drift vil det være et viktig fokus å beskrive nærmere i prosjektplanen. Oppstarten har som nevnt tidligere fokus på vår største utfordring i fremtiden, nemlig de skrøpelige eldre. Men intensjonen er at løsningen og konseptet skal være skalerbart og overførbart til nærmest hvilke helst andre pasientforløp. Om det er rehabilitering, psykiatri eller andre somatiske forløp. Samtidig er det i prosjektet tenkt involvert kommuner i både Nord- og Midt Troms, men deretter også øvrige kommuner i nord. Prosjektgruppen har ambisjoner om å

utvikle et konsept som vil fange nasjonal interesse, hvis mål om tydelig effekt for pasient, ressursbruk og økonomisk bærekraft.

Hvilken nytte forventes av prosjektet/piloten?

Se vedlagt skjema

Beskriv kort hvordan tiltaket støtter opp om formålet med tilskuddsordningen?

Det er ønskelig at tiltaket skal kunne bidra til tidligere og riktig vurdering av best effektive omsorgs nivå (BEON) for skrøpelige eldre, herunder rett prioriteringer av de pasientene som må innlegges spesialisthelsetjenesten, de som skal behandles i kommunen og dermed unngå flytting, og de som kan ivaretas av kommunen med støtte fra spesialisthelsetjenesten gjennom nye samarbeidsformer (VR-avdeling).

Sykehuset har behov for å kunne prioritere de pasientene som må inn på sykehuset raskere og tidligere, og Troms fylke er et stort geografisk område som utfordres med transport av en sårbar gruppe. Det er utfordrende å ha rett og nok kompetanse i hver del av fylket, og flere oppgaver sentraliseres. Dels på grunn av fagmiljø og dels på grunn av økonomisk bærekraft. Forløpene i spesialisthelsetjenesten går stadig raskere, flere oppgaver skal løses poliklinisk eller ute i kommunen. Utskrivningsklare pasienter har blitt en økende utfordring for både kommune og spesialisthelsetjenesten. Dette er utfordringer som kommunen og sykehusene hver for seg ikke kan løse. Det er derfor viktig at en i større grad snakker om "våre" pasienter og hvordan vi sammen kan gi trygge helsetjenester, på rett nivå, til rett tid, til de eldste i årene som kommer. Prosjektet er derfor tenkt gjennomført i flere faser og inkludere også andre kommuner.

Budsjett for gjennomføring av prosjekt/pilot:

- *Hvor mye søkes det om og hva skal midlene benyttes til?*
Prosjektet søker 40,3 millioner totalt for de neste 4-5 årene. Midlene vil bli benyttet til ansettelse av prosjektleder for hele perioden, samt delprosjektledere i kommunene i mindre stillingsbrøker. I tillegg ansettelse av leger og sykepleiere som arbeider på tvers av helsetjenestenivåene og frikjøp av lokale ressurspersoner. Det vil det bli arrangert workshops og gjennomført noe reisevirksomhet. Det er også påregnet kostnader til kjøp av teknologi/lisenser samt utviklingsarbeid knyttet til digitale løsninger og integrasjoner. Det vil også være behov for arbeidsmøter, hospitering og opplæring. En videre eskalering etter endt pilotering og driftsettelse hos nevnte aktører er ikke kostnadsberegnet i denne søknaden. Evt. midler som ikke er disponert vil selvsagt kunne brukes til eskalering og videre utrulling.
- *Hvilke ressurser bidrar kommunen(e) med?*
Kommunene vil bidra med betydelig egeninnsats i form av **arbeidstid og ressurser som er i tjenesten i dag**, altså helsearbeidere som bidrar inn på konseptfase og piloteringsfasene, i de ulike nivåer i tjenesten. Denne innsatsen vil erfaringsmessig overstige det som er synliggjort i budsjettvedlegg.
- *Hvilke ressurser bidrar helseforetaket med?*
Helseforetaket vil tilsvarende bidra med betydelig egeninnsats i prosjektets ulike faser. I hovedsak også her **administrativt, arbeidstid og ressurser av helsepersonell**. Foretaket tar også sikte på å stille med lokaler til VR avdeling.
- *Finansieringsplan; ved oppstart og ved evt. videreføring av prosjekt/pilot*
Se vedlagt budsjett
 - Samtidig vil vi påpeke at det er avgjørende med allokering av frikjøpte og dedikerte ressurser til denne typen prosjekter om en skal lykkes fullt ut. Erfaringer viser at

prosjekter som forsøkes gjennomført på toppen av pressede helsearbeidere, hverken oppnår ønsket fremdrift eller resultat.

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

Konseptfasen vil være essensiell for å definere roller, ansvar og oppgaver. Foreløpig tenker en at ansvaret for pasientene ligger i hovedsak der hvor pasienten oppholder seg til enhver tid, men at deler av oppgavene og ansvaret fordeles i et forløp inne i VR avdelingen.

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

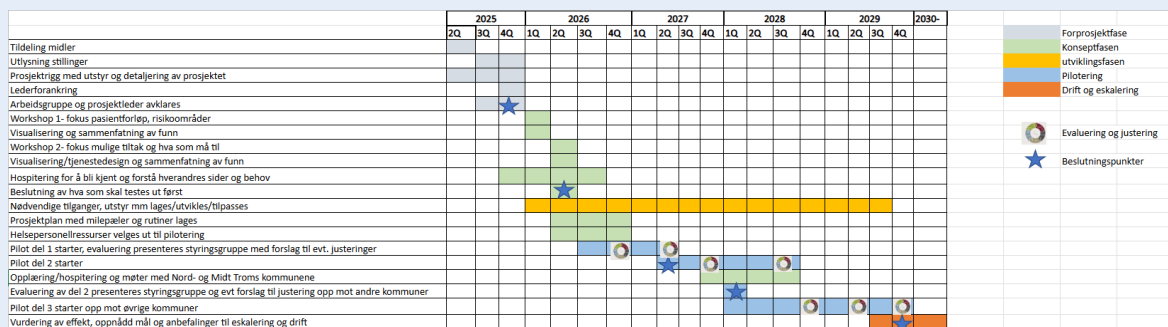
Prosjektet er i tråd med Nasjonal e-helsestrategi som vektlegger:

- Enklere arbeidshverdag
 - Deling av fortløpende relevante helseopplysninger kan være utfordrende da det ikke er felles journalsystem, prosjektet ønsker derfor å se på mulige løsninger for dette. Forløpstavler vil kunne gi helsepersonell tilgang til brukervennlige digitale arbeidsverktøy som forenkler informasjonsdeling og beslutningsstøtte. Det er også mye digital behandlingsstøtte som kan prøves ut, enten i form av digitale behandlingsplaner og digital oppfølging, avstandsoppfølging mm.
- Helsedata til fornying og forbedring
 - Forløpstavler som er nytt for både kommune og spesialisthelsetjenesten vil kunne sikre bedre bruk av helsedata for ressursutnyttelse, planlegging av behov og kvalitetsforbedring.
- Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling
 - Relevante pasientopplysninger vil være tilgjengelige i sanntid på tvers av nivåene, og bidra til å redusere forsinkelser og administrativt merarbeid.
 - Prosjektet UNN og nærliggende kommuner er med i PLL (pasientens legemiddelliste) vil være et viktig rundt denne pasientgruppen og dette prosjektet
- Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft
 - At kommunene og spesialisthelsetjenesten forstår hverandres system og behov, vil kunne være et viktig bidrag for behovene i fremtiden, og kan gi muligheter til å sammen gå sammen om utvikling og eventuelle innkjøp med et større "bestillingsmulighet" etter våre behov

Prosjektplan, inkludert evalueringspunkter:

Prosjektplan er beskrevet over

Fremdriftsplan: (er også lagt ved som vedlegg)



Involvering av brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten:

Tillitsvalgte og verneombud i de representative avdelingene som er involvert vil bli tatt med i konseptfasen og vil være en naturlig del av evalueringsgruppen.

Brukerperspektivet er viktig her, både fra pasientens side og pårørende. Det vil dermed være brukerrepresentant i prosjektgruppen.

Leder i brukerutvalget på UNN har deltatt på innledende møter og ønsker å delta i det videre arbeid. Også aktuelle råd og utvalg i kommunene, herunder eldreråd vil trekkes inn.