

## 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](mailto:post@unn.no) ved samhandlingssjef med kopi til interkommunal samhandlingsleder [guri.moen.lajord@tromso.kommune.no](mailto:guri.moen.lajord@tromso.kommune.no)

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

Helsefelleskap Finnmark: [postmottak@finnmarkssykehuset.no](mailto:postmottak@finnmarkssykehuset.no) ved samhandlingssjef med kopi til interkommunal samhandlingsleder [anja.uglem@svk.no](mailto:anja.uglem@svk.no)

Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen, Salten: [postmottak@nordlandssykehuset.no](mailto:postmottak@nordlandssykehuset.no) ved samhandlingssjef med kopi til kommunal samhandlingsleder [knut.erik.dahlmo@helsefelleskapet-nord.no](mailto: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: Hvor er samhandlingsrommet?

**Prosjekteiere: Senja kommune i samarbeid med UNN og kommunene i Midt-Troms**

**Kommune(r): Bardu, Salangen, Lavangen, Målselv, Dyrøy, Sørreisa og Senja.**

**Kontaktperson(er): Stine Jakobsson Strømsø, David Johansen**

**Helseforetak: UNN, HF**

**Kontaktperson: Stine Jakobsson Strømsø**

**Dato for signert avtale om felles søknad (legges ved): 28.02.25**

### Kort beskrivelse av prosjektet/piloten

*(Mål, målgruppe og status for prosjektet, Hva skal gjennomføres innenfor hvilken tidsperiode? Hvilke virksomheter og personellgrupper inngår? Er det andre som har gjort det samme tidligere?)*

Prosjektet "Hvor er samhandlingsrommet?" har som mål å identifisere og utvikle en modell for integrerte helsetjenester i Midt-Troms. Prosjektet tar utgangspunkt i samhandlingsutfordringer

mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, og ønsker å finne bærekraftige løsninger for oppgaveoverføring og samordnet tjenesteyting.

Gjennom et forprosjekt vil vi kartlegge behov, ressursbruk og organisatoriske modeller for samhandling. Prosjektet omfatter samarbeid mellom Senja, Bardu, Salangen, Lavangen, Målselv, Sørreisa og Dyrøy kommune, samt UNN. Arbeidet vil inkludere både kommune- og spesialisthelsetjenestens personell, med særlig fokus på pasientgrupper med sammensatte behov (f.eks. KOLS, diabetes, kreft).

Prosjektet er forankret i behovet for å utvikle helsetjenester som møter demografiske utfordringer, ressursmangel og økte forventninger til helsetilbudet.

### **Hvilken nytte forventes av prosjektet/piloten?**

*(Benytt gjerne vedlagte skjema for beskrivelse av nytte, hvordan nytte kan måles, forutsetninger for å lykkes samt risikoreducerende tiltak)*

- For pasientene: Bedre koordinering av helsetjenester og mer helhetlig oppfølging lokalt.
- For kommunene: Økt kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten, bedre utnyttelse av ressurser og redusert press på spesialisthelsetjenesten.
- For spesialisthelsetjenesten: Frigjør kapasitet til mer spesialiserte oppgaver ved at kommunene tar over oppfølging av stabile pasientgrupper.
- For samfunnet: Økonomisk bærekraftig helsetjeneste med bedre ressursutnyttelse og kvalitetsheving på tvers av tjenestenivåer.

Vurdering av nytteverdi:

- Reduksjon i unødvendige sykehusinnleggelse.
- Etablering av nye samhandlingsmetoder i grensegangen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- Bedre samhandling mellom helsepersonell og forvaltningsnivå

### **Beskriv kort hvordan tiltaket støtter opp om formålet med tilskuddsordningen?**

*(Inkludert mulighet for erfaringsdeling og spredning)*

- Bedre samhandling og arbeidsdeling mellom nivåene i helsetjenesten «riktig pasient på riktig plass».
- Utvikling av nye samhandlingsmodeller for bærekraftige helse- og omsorgstjenester.
- Erfaringsdeling og overføringsverdi til andre kommuner og helseforetak i regionen.

Erfaringer fra prosjektet vil deles gjennom regionale samhandlingsarenaer, konferanser og skriftlige rapporter.

### **Budsjett for gjennomføring av prosjekt/pilot:**

*(NB: Tilskuddsmidlene kan dekke påløpte kostnader der samarbeidstiltaket bidrar til at en av partene får økte kostnader, mens den andre får innsparinger.)*

- Hvor mye søkes det om og hva skal midlene benyttes til?
- Hvilke ressurser bidrar kommunen(e) med?
- Hvilke ressurser bidrar helseforetaket med?
- Finansieringsplan; ved oppstart og ved evt. videreføring av prosjekt/pilot

Budsjett må legges ved søknaden.

Midlene skal brukes til:

- Kartlegging av tjenestebehov og eksisterende samhandlingsstrukturer.
- Utvikling av nye samarbeidsmodeller.
- Vurdering av piloter for oppgaveoverføring.
- Evaluering og spredning av resultater.

Hvilke ressurser bidrar kommunen(e) med?

- Fagpersonell til arbeidsgrupper og pilotprosjekter.
- Administrativ kapasitet og prosjektledelse.
- Tilrettelegging for samhandlingsmøter og workshops.

Hvilke ressurser bidrar helseforetaket med?

- Fagkompetanse og spesialiststøtte.
- Dataanalyse og evaluering av pasientforløp.
- Tilgang til relevante spesialisttjenester for pilotprosjektet.

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

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

*(Er tiltaket i tråd med Nasjonal e-helsestrategi og bidrar det til å oppfylle målbidde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren? Oppfyller tiltaket «Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren»? Er tiltaket forankret i kommunal samstyringsstruktur for digitalisering?).*

- Kommunene har ansvar for pasientene i de oppgaveområdene som overføres fra spesialisthelsetjenesten.
- UNN opprettholder ansvar for spesialiserte tjenester og veiledning av kommunalt helsepersonell.

Ansvarsfordelingen vil tydeliggjøres i samhandlingsavtaler mellom partene. Hovedmålet med forprosjektet er nettopp å svare ut dette.

**Prosjektplan, inkludert evalueringspunkter:**

Prosjektet er et seks måneders forprosjekt, prosjektet tar for seg å finne løsninger som skal piloteres i et eventuelt hovedprosjekt med samme samarbeidsaktører. Prosjektet vil bli evaluert underveis, med prosjektrapport når forprosjektet avsluttes.

**Involvering av brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten:**

*(både i primær- og spesialisthelsetjenesten)*

- Brukermedvirkning gjennom representant fra brukerutvalg i spesialisthelsetjenesten og råd for personer med nedsatt funksjonsevne fra kommunehelsetjenesten.
- Dialog med tillitsvalgte i både primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Vernetjenestens involvering for å sikre forsvarlig arbeidsmiljø.

# Intensjonsavtale prosjekt «hvor er samhandlingsrommet?»

Avtalens parter Bardu, Dyrøy, Lavangen Målselv, Salangen, Senja og Sørreisa kommuner og UNN HF

Kontaktperson (kommuner): Stine Jakobsson Strømsø

Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Kontaktperson: Adm.dir. David Johansen

## Formål

Partene skal i fellesskap søke om samhandlingsmidler innen 1.3.25 til et forprosjekt. Forprosjektet skal utrede ulike konsepter for en mer bærekraftig samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Prosjektet gjennomføres i fellesskap, og det skal også søkes om midler til frikjøp av ansatte i kommunen og UNN for deltakelse i forprosjektet.

## Partenes forpliktelser

- Delta i møter, dele informasjon og bidra med faglig kompetanse.
- Ingen forpliktelse til å inngå endelig samarbeidsavtale om anbefalte konsepter.

## Arbeidsgrupper og møter

Forprosjektet organiseres i linjen med egen styrings- og prosjektgruppe. Det skal gjennomføres regelmessige møter.

## Kommunikasjon og informasjonsutveksling

- Åpenhet og medvirkning sikres gjennom regelmessig informasjonsutveksling og møter mellom partene.

## Tidsplan og milepæler

- Søknadsprosess: Pågår og avsluttes innen 1.3.25.
- Etablering av styringslinjer
- Interessent-dialog
- Utvikling av modeller for samhandling,
- Vurdering av digitale løsninger
- Vurdering av finansieringsmodell
- Vurdering av piloter
- Søknad om hovedprosjekt

## Ressursallokering

- Søknaden angir ressursbehov, inkludert midler til frikjøp og fasilitering.
- Kommunen pålegges ingen direkte kostnader, men skal bidra med egeninnsats.

## Evaluering og justering

- Ved forprosjektets slutt vurderes ulike konsepter for en videreføring i form av konkrete piloter, og eventuelt en søknad om nye samhandlingsmidler pr. 1.9.25.

## Signaturer og godkjenning

**Rikke Syvertsen Raknes**  
Dyrøy kommune

**Karin Eriksen**  
Lavangen kommune

**Vegard Johansen**  
Bardu kommune

**Frode Skuggedal**  
Målselv kommune

**Truls Meyer**  
Sørreisa kommune

**Hege Walør Fagertun**  
Salangen kommune



**Stine Jakobsson Strømsø**  
Senja kommune



**David Johansen**  
UNN, HF

## Forventet nytte – tabell for beskrivelse av effekt/nytteverdi

### Navn på prosjekt/pilot:

Denne tabellen er et hjelpeverktøy som kan benyttes for bedre systematikk i beskrivelsen av hva en ønsker å oppnå i piloten/prosjektet. Tabellen inkluderer hvordan det planlegges å måle nytte samt beskrivelse av nødvendige forutsetninger for at nytte kan oppnås.



Forventet nytte	Hvem får nytte av prosjektet/piloten?	Ansvarlig for gjennomføring	Eventuell måling av nytte
<p>Hvilken nytte er det forventet at prosjektet vil medføre?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsegevinst</li> <li>• Kvalitet i behandling</li> <li>• Mer effektiv bruk av personell</li> <li>• Redusert reisevirksomhet</li> <li>• Tidsbesparelser</li> <li>• Økonomi</li> <li>• Rekruttering</li> <li>• mv.</li> </ul>	<p>Pasient/pårørende, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, andre?</p>		<p>Det som skal måles for å eventuelt å kunne dokumentere nytte.</p> <p>Eksempel: Reisetid, tidsbruk, kostnader, behandlingseffekt, reinnleggelser, ventetid, brukertilfredshet, mv.</p>
<p><b>Bedre samhandling og effektiv arbeidsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.</b></p>	<p>Kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, pasienter og pårørende.</p>	<p>Prosjektgruppen, Senja kommune i samarbeid med UNN og de samarbeidende kommunene.</p>	<p>Evaluerings av samarbeidsmodeller, spørreundersøkelser blant helsepersonell, kartlegging av henvisnings- og utskrivningspraksis.</p>

<b>Redusert unødvendige sykehusinnleggelser gjennom bedre oppfølging i kommunen.</b>	Pasienter, pårørende, sykehus.	Kommunehelsetjenesten, DMS Senja.	Måling av reduksjon i sykehusinnleggelser og reinnleggelser.
<b>Økt kvalitet i behandling gjennom integrerte tjenester og tydelig ansvarsfordeling.</b>	Pasienter og helsepersonell	Alle deltakere	Brukertilfredshet, forløpsevaluering
<b>Bedre ressursutnyttelse ved å fordele oppgaver mer hensiktsmessig.</b>	Kommune- og spesialisthelsetjenesten	Kommunalsjefer, helse og UNN	Måling av personellressurser brukt per pasientforløp.
<b>Redusert reisevirksomhet for pasienter og pårørende.</b>	Pasienter og pårørende	Kommunene, UNN	Kartlegging av reisetid og kostnader før og etter prosjektet (hovedprosjekt/pilot).
<b>Tidsbesparelser gjennom effektivisering av pasientforløp og økt digital samhandling.</b>	Kommune- og spesialisthelsetjenesten	Styringsgruppen	Måling av behandlingstid, ventetid og pasientflyt.
<b>Økonomiske besparelser ved bedre fordeling av helseressurser og samhandlingstiltak</b>	ommune- og spesialisthelsetjenesten	Økonomiavdelinger, eventuell bistand med samfunnsøkonomiske målinger	Analyse av kostnadsbesparelser relatert til utskrivningsklare pasienter, redusert bruk av spesialisthelsetjenesten.
<b>Hvordan måle og rapportere?</b>	<b>Forutsetninger og aktuelle tiltak for at nytte kan oppnås</b>	<b>Ved eventuell frigjøring av ressurser</b>	<b>Tidshorisont</b>
Hvor ofte skal nytte måles og hvordan skal data samles inn?	Hva må være på plass/forutsetninger for at ønsket nytte skal oppnås? Hvilke tiltak må evt. settes i gang (risikoreduserende tiltak)?  Eksempel: Tilgang på både bredde- og spesialistkompetanse, effektiv og	Hvordan planlegger organisasjonene å benytte frigitte ressurser som reduserte kostnader, bedre bruk av kompetanse, frigitt tid, frigitte lokalteter mv.?	Når forventes nytte/effekt av piloten/prosjektet?

	riktig bruk av personell, nødvendig teknolog, lokaler mv.		
<b>Frigjort kapasitet, måles gjennom innleggelse og reinnleggelse</b>	Oppgaveoverføring må være godt organisert og tilstrekkelig bemannet i kommunene.	Mer helse pr krone, ivaretagelse av flere pasienter.	<b>Kort sikt (0-6 mnd):</b> Bedre samhandlingsstruktur, tydelig ansvarsfordeling. (forprosjekt) <b>Middels sikt (6-12 mnd):</b> Redusert reisebelastning for pasienter, redusert ventetid. (piloter/hovedprosjekt) <b>Lang sikt (12-24 mnd):</b> Reduksjon i unødvendige sykehusinnleggelse, bedre ressursutnyttelse, økt rekruttering. (implementert i drift)
<b>Reduksjon i reisetid for pasienter, kartlegging av reisetid baseline og etter pilotering</b>	Etablert desentraliserte forløp, understøttet av teknologi.		
<b>Bedre ressursnyttelse. Måles ved å sammenligne ressursbruk før og etter prosjekt</b>	Gode samarbeidsavtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten må være etablert.		

Tabellen er inspirert av Innomeds gevinstplan for løsning/prosjekt

Eksempel på beskrivelser av nytte/effekt med tanke på økt bærekraft:

**Åtte drivere for økt bærekraft i helse- og omsorgstjenesten** (fra rapporten [«Tid for samordning»](#)):

- Felles planlegging og samordning som bidrar til **effektiv og riktig bruk av kompetanse**, inkludert bedre oppgavedeling og sambruk av helsepersonell på tvers av tjenester. Ved samarbeid må det ikke involveres flere helsepersonell enn nødvendig
- Bidra til at pasienter får tjenester på **best effektive omsorgsnivå (BEON)**. Dette inkluderer at tjenestene i fellesskap reduserer transaksjonskostnader, reduserer overutredning, overdiagnostisering og at behandlinger med liten effekt elimineres
- Bedre muligheter for **pasientens medvirkning** gjennom tettere dialog om egen sykdom, opplæring, egenmestring, aktiv behandling og monitorering i eget hjem med utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?»
- Forebygging av innleggelse, blant annet gjennom **proaktiv oppfølging** av pasienter med omfattende koordineringsbehov
- Felles strategi for at innbyggere skal kunne motta tjenester og behandling **nært der de bor**
- Felles **innovasjonsprosesser for tjenester og teknologi** som sikrer rask og riktig utvikling, inkludert effektivisere kommunikasjon og samhandling som bidrar til unødig rapportering og digitale tidstyver

- **Tidlig intervensjon** og sekundærforebygging
- Systematikk i involvering av **pårørende og likepersoner/frivillige**