Rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Nord-Norge

– kompendium med beskrivelse av prosjekter per august 2026



Erfaringskonferanse for rekrutterings- og samhandlingstilskuddet 24.-25. august Tromsø

HELSE NORD

KS

Forord

Fremtidens helsetjenester i Nord-Norge utvikles hver dag, tett på pasientene, i kommuner og i sykehus. For å sikre bærekraftige tjenester og sammenhengende pasientforløp i årene som kommer har vi behov for å levere tjenester på nye måter. Dette må vi jobbe sammen om.

I dette kompendiet presenteres 43 prosjekter som har mottatt rekrutterings- og samhandlingstilskudd i nord. Samlet viser de bredden i utviklingsarbeidet som foregår på tvers av fagmiljøer, nivåer og geografi. Mange løsninger skapes lokalt der mulighetene og utfordringene er best kjent og der løsningene skal fungere i praksis. Prosjektene viser samarbeid, nytenkning og vilje til å prøve ut nye arbeidsformer.

Bak hvert prosjekt står engasjerte fagmiljøer i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten som sammen har tatt tak i konkrete utfordringer.

Vi håper prosjektbeskrivelsene vil inspirere, gi nye ideer og bidra til at gode løsninger tas i bruk flere steder. Når vi deler erfaringer og lærer av hverandre, legger vi grunnlaget for sterkere samarbeid og bedre helsetjenester i nord.

Vi ønsker dere en inspirerende konferanse og god lesing.

Marit Lind

Administrerende direktør, Helse Nord RHF

Bente Larssen

Regiondirektør, KS Nord

Slik bruker du kompendiet

Dette kompendiet gir en samlet oversikt over alle 43 prosjekter som har fått midler fra rekrutterings- og samhandlingstilskuddet i Nord-Norge. Du kan lese hele kompendiet eller gå direkte til tema og prosjekter som er mest relevante for deg.

Prosjektene er sortert ut fra hva som er en sentral målsetting; hvordan prosjektet bidrar til økt bærekraft og også hvilken pasientgruppe tiltakene retter seg mot. Inndelingen er ment som en hjelp til å finne fram. Prosjektene er sortert under følgende overskrifter:

- Prosjekt som bidrar til rekruttering og stabilisering
- Prosjekter som bidrar til felles språk, kompetanse og situasjonsforståelse
- Prosjekter som bidrar til mer integrerte tjenester for pasienter innenfor psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Prosjekter som bidrar til mer integrerte tjenester for skrøpelige eldre og kronisk syke
- Prosjekt som bidrar til føde, barsel og kvinnehelse i distrikt
- Prosjekter som bidrar til bedre rehabilitering
- Prosjekter som bidrar til utvikling og implementering av digitale samhandlingsløsninger
- Prosjekter som bidrar til diagnostikk og behandling nærmere pasientens bosted
- Prosjekt som bidrar til samarbeid mellom universitet og helsetjenestene

Flere av prosjektene kunne vært plassert under mer enn en overskrift.

I alt 16 av prosjektene presenteres fra scenen på erfaringskonferansen.

I prosjektbeskrivelsene vil du finne informasjon om:

- prosjektets mål og målgruppe
- effekt og nytteverdi, særlig med tanke på bærekraft
- viktige erfaringer og læringspunkter
- plan for overgang fra prosjekt til ordinær drift

Hver prosjektbeskrivelse har også kontaktinformasjon til prosjektleder. Ta gjerne direkte kontakt dersom du ønsker å lære mer om et prosjekt, utveksle erfaringer eller undersøke muligheter for samarbeid og spredning.

I Nord-Norge forvaltes rekrutterings- og samhandlingstilskuddet gjennom 2 ordninger. I den ene disponerer og prioriterer helsefellesskapene midler til tiltak i sine områder. I den andre disponeres midlene gjennom en regional, søknadsbasert ordning der endelig tildeling besluttes av et Tildelingsutvalg. Du kan lese om tilskuddsordningene for rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord i vedlegg til kompendiet. Her vil du også finne lenker til søknadsskjema for ordningene.

Innhold

Forord **2**

Slik bruker du kompendiet **3**

Prosjekt som bidrar til rekruttering og stabilisering **6**

Helgelandssykepleier 6

Prosjekter som bidrar til felles språk, kompetanse og situasjonsforståelse **10**

Sammen om opplærings- og simuleringssenter 10

Hospiteringsordningen 12

Trygg akuttpsykiatri 14

Ernæringsbroen 16

KlinObs som samhandlingsverktøy 2025-2028 18

Prosjekter som bidrar til mer integrerte tjenester for pasienter innenfor psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) **21**

Bedre i lag 21

Det trygge boalternativet 23

Forprosjekt: Utredning av piloter for samordning av psykisk helsevern og rusbehandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten 25

Fremtidens ROP-tjenester: Koordinert, tilgjengelig og bærekraftig 28

Innovativ samhandlingsmodell 31

OpiNor 33

Prosjektet «Sikkerhetspsykiatrisk rehabilitering - ny tjenestemodell» 36

Prosjekter som bidrar til mer integrerte tjenester for skrøpelige eldre og kronisk syke **38**

Bedre ernæringsoppfølging til skrøpelige eldre 38

Prosjekt X – Eldreløftet 40

Fremtidens pasientforløp - enhet for samhandling og digitale helsetjenester 43

Narvik som utstillingsvindu 45

Prosjekt X Midt-Troms «Hvor er samhandlingsrommet?» 49

HomeCare+ 52

Pasientkoordinatorfunksjon for utskrivningsklare pasienter 54

Tidlig funksjonsavklaring før utskrivelse 56

Desentralisering av spesialisthelsetjenester - bærekraftig samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten 58

Samhandling palliasjon 61

Trygg eldremedisin 64

Prosjektet Trygt hjem – Interkommunale kartleggingsteam Helgeland 66

Prosjekt som bidrar til føde, barsel og kvinnehelse i distrikt **68**

Kvinnehelse i distrikt 68

Prosjekter som bidrar til bedre rehabilitering **70**

RehabLos Kraftsenter 70

Prosjekt Tverretatlig rehabilitering 72

Prosjekter som bidrar til utvikling og implementering av digitale samhandlingsløsninger **74**

Det digitale sykehuset, en helhetlig tilnærming 74

DHO Nord 77

Digital hjemmeoppfølging av personer med sykelig overvekt og fedme 79

Digital hjemmeoppfølging Finnmark 81

Digital hjemmeoppfølging Helgeland 83

Felles tjeneste digital hjemmeoppfølging mellom UNN og kommunene 85

Felles innsats for implementering av digital støtte i forløp og samhandling 88

Fra teknisk implementering til praktisk bruk av digitale samhandlings-løsninger – PJD og PLL 91

Prosjekter som bidrar til diagnostikk og behandling nærmere pasientens bosted 93
Kombinerte stillinger mellom kommune-helsetjenesten og ambulansetjenesten 93
Felles planlegging og gjennomføring i den akuttmedisinske kjeden - Pilot Senja / Responsteam Midt-Troms 95
Holterprosjektet 98
Høysensitivt Troponin på Helgeland 100
Prosjektet Observasjonspost Sør-Helgeland 102
Samhandlingspost Vesterålen – Nordlandssykehuset 104
Synninor (synskonsoll for fjernkartlegging av synsfunksjon) 106

Prosjekt som bidrar til samarbeid mellom universitet og helsetjenestene 109
Effektiv utnyttelse av fireparts samarbeidet i Hammerfest sykehus 109

Vedlegg 1 112
Informasjon om tilskuddsordningene for rekruttering- og samhandlingstilskudd i Helse Nord 112
Informasjon om den regionale søknadsbaserte ordning for Rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord .. 112

Prosjekt som bidrar til rekruttering og stabilisering

Helgelandssykepleier

Deltakende kommuner:	Deltakende HF:
Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Hemnes, Herøy, Leirfjord, Lurøy, Nesna, Rana, Rødøy, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad	Helgelandssykehuset

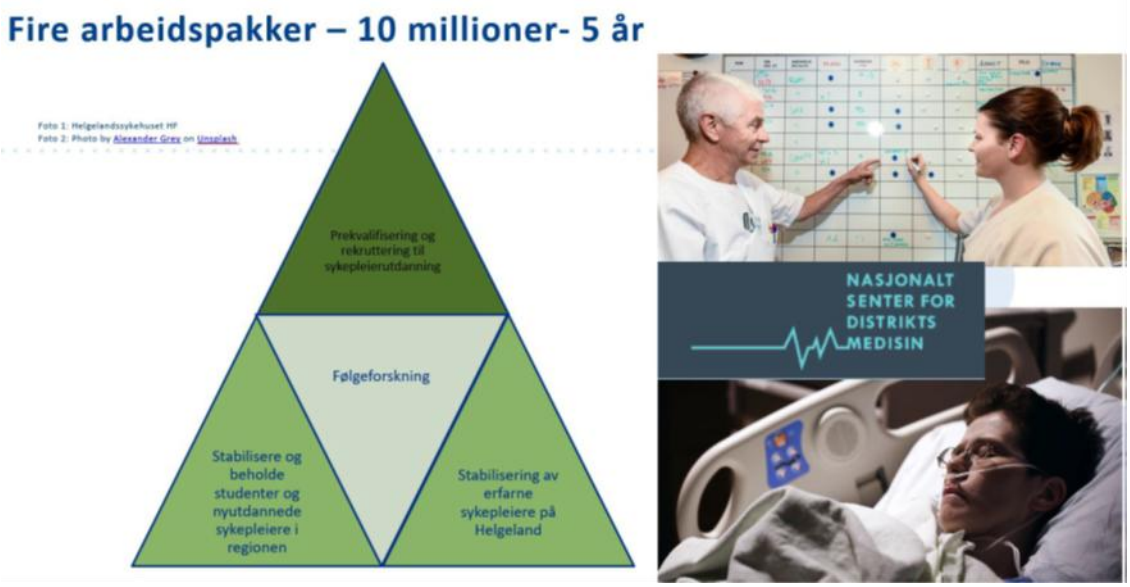
Hva går prosjektet ut på?

Tilgang til rett kompetanse og kapasitet er avgjørende for å sikre likeverdige helsetjenester til innbyggerne på Helgeland. Prosjektet har som mål å styrke rekruttering til sykepleierutdanningene i regionen, samt stabilisere og beholde sykepleiere i helsetjenesten.

Mål og målgrupper:

- Styrke rekruttering til sykepleierutdanningene på Helgeland
- Stabilisere og beholde sykepleiere i helsetjenesten
- Bevare og videreutvikle utdanning i sykepleie både ved Nord og VID i årene fremover

Målgruppen inkluderer potensielle sykepleierstudenter, aktive studenter, nyutdannede sykepleiere og ansatte sykepleiere i helsetjenesten på Helgeland.



Innholdet i arbeidspakkene er grundig beskrevet og tiltakene er forankret i forskningsbasert kunnskap. Dette kommer fram av prosjektbeskrivelsen**.**

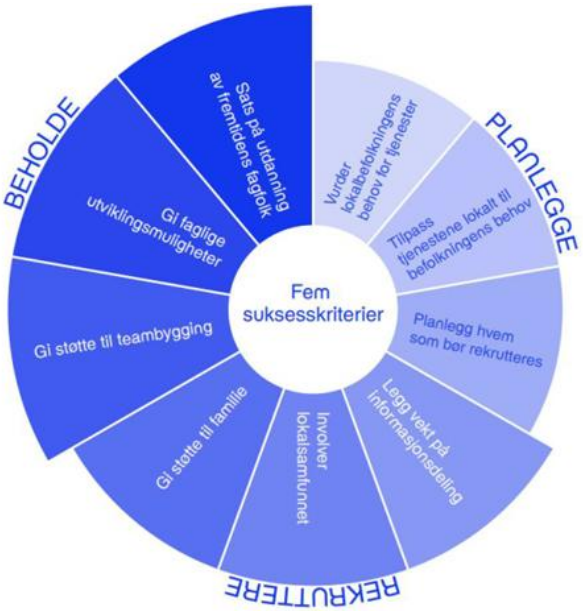
Kort oppsummert skal prosjektet utvikle, gjennomføre, evaluere og sette i drift:

- Et lokalt basert konsept for rekruttering til sykepleierutdanning på Helgeland.

- Årlig tiltakspakke for rekruttering til sykepleierutdanning på Helgeland.
- Kunnskapsbasert tiltakspakke for stabilisering av sykepleierstudenter på Helgeland.
- Regional støtteordning- overgang utdanning til yrke.
- Felles regional tiltaksplan for stabilisering av sykepleiere på Helgeland og årlige aktiviteter.

Kunnskapsbasert rammeverk

Prosjektet RecruitCRetain – Making it Work, har hatt som hovedmål å utvikle modeller for å arbeide systematisk med rekruttering og stabilisering av nøkkelpersonell til helsetjenestene i distrikt. Prosjektet ble støttet av EU-programmet *The Northern Perifery and Arctic Program* og ble gjennomført over tre år fra februar 2016 til januar 2019 (Abelsen et al. 2020). Prosjektet *RecruitCRetain – Making it Work* har resultert i et rammeverk som skal understøtte rekruttering og stabilisering av leger i distriktet. Dette vurderes å ha solid relevans og overføringsverdi til arbeidet med å sikre øvrige kritiske personellgrupper i helsetjenesten.



Rammeverket RecruitCRetain

Helgelandssykepleier skal anvende rammeverket i RecruitCRetain i en ny kontekst, og bygger også på tidligere samarbeidsmodeller i Helgelandsregionen. RecruitCRetain er et godt forskningsbasert rammeverk for arbeidet med rekruttering og stabilisering i helsetjenesten. Vi skal utvikle en regional modell over fem år, med evaluering underveis. Det gjennomføres følgeforskning for å dokumentere effekter og gevinster.

Forventet effekt/nytteverdi (og hvordan måles dette?) Kortsiktige gevinster (1–2 år)

- Økt synlighet og interesse for sykepleierutdanning på Helgeland.
- Bedre praksiskvalitet gjennom kombinerte stillinger og styrket veiledning.
- Økt tilhørighet og faglig integrering for studenter.
- Bedre overgang fra utdanning til yrke gjennom overgangsstøtte og rekrutteringsstillinger.
- Styrket samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og helsetjenester.

Gevinster på mellomlang sikt (3–4 år)

- Økning i antall søkere til sykepleierutdanning.
- Bedre gjennomføringsgrad blant studenter.
- Redusert turnover blant nyutdannede sykepleiere.

Langsiktige gevinster (5+ år)

- Redusert sykepleiermangel i regionen.

- Økt retensjon og mer robuste fagmiljøer.
- En etablert regional modell (Helgelandsmodellen) som kan overføres til andre regioner.
- Bedre helsetjenester for innbyggerne gjennom stabil og kompetent bemanning.

Forutsetninger for gevinstrealisering

- Solid forankring i Helsefellesskapet og partnerorganisasjonene.
- Tilstrekkelig ressurssetting og tilgang på riktig kompetanse.
- Aktiv brukermedvirkning.
- Frikjøp av nødvendige ressurser i både kommuner og helseforetak.

Måleparametere for nytte

- Søkertall til sykepleierutdanning.
- Fullføringsgrad ved utdanningsinstitusjonene.
- Turnover blant nyutdannede og erfarne sykepleiere.
- Stabilitet i bemanningen i kommuner og helseforetak.
- Oppmøte og engasjement på student-treff, fagdager og andre tiltak.
- Opplevelse av praksiskvalitet og integrering fra studentundersøkelser.

Det utarbeides en egen plan for gevinstoppfølging. Følgeforskningen (arb. pk. 4) er også vesentlig for å dokumentere gevinster og effekter.

Finansiering:

Det er tildelt Rekrutterings- og samhandlingsmidler, 2 millioner kroner per år i fem år. Totalt 10 millioner kroner. Ellers bidrar partnerne med egeninnsats.

Brukermedvirkning i prosjektet: Ja, dette er ivaretatt.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektorganisasjon etablert. Prosjektorganisasjonen består av kommuner, helseforetak, utdanningsinstitusjoner, Visit Helgeland, Studiesenter RKK YH og Rana utvikling. Blant referansearenaene er ungdomsråd og studentråd. Dette partnerskapet er unikt og omfatter hele helsetjenesten og sykepleieutdanningene i regionen.

Arbeidspakke 1 prekvalifisering og rekruttering er ressurssatt og i gang med sitt arbeid per januar 2026. Våren 2026 er det gjennomført pilot på rekrutteringskampanje i samarbeid med Visit Helgeland. Fase 1 av kampanjen er evaluert og del 2 iverksettes inn mot restopptaket på sykepleierutdanning i sommer.

Arbeidspakke 2/3 er ressurssatt og i gang med sitt arbeid iht. plan. Det er gjennomført student-treff ved begge utdanningene både høsten 2025 og våren 2026, samt jobbes med planlegging av felles fagdag for utdanning og helsetjeneste høsten 2026. Det gjennomføres nye studenttreff høsten 2026.

Arbeidspakke 4 Følgeforskning er ressurssatt og under planlegging. Første del av følgeforskningen planlegges iverksatt høsten 2026. Prosjektleder og prosjektorganisasjonen har nær dialog med Nasjonalt senter for distriktsmedisin i gjennomføringen.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Prosjektet ble konstituert på slutten av året 2025, ref. tidspunkt for tildeling rett før sommerferieavviklingen. Det ble derfor ikke mulig med en helårsdrift i prosjektet i 2025. Fremdriftsplanen er oppdatert iht. faktisk oppstartsdato i prosjektet høsten 2025. Noen sentrale milepæler:

År 1 (Oppstart var oktober 2025):

- Starte utviklingen merkevaren "Det gode studentliv på Helgeland".
- Merkevare- og konseptutvikling samarbeid VH og andre.
- Gjennomføre piloter innen rekruttering til sykepleierutdanning.

- Kartlegging- viktige faktorer for stabilisering av sykepleiere på Helgeland

År 2:

Gjennomføre tiltak for rekruttering i tråd med merkevarebygging og konseptutvikling, samarbeid Visit Helgeland og andre.

- Starte innføring av felles overgangsstøtte-ordning fra utdanning til yrke i sykepleiefaget på Helgeland..
- Ut fra kartlegging av hva som er viktige faktorer for stabilisering av sykepleiere på Helgeland, benytte modellen RecruitCRetain og utvikle regional handlingsplan. Iverksette arbeid med å implementere regional handlingsplan for stabilisering av sykepleiere.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (tar ned personellbehov eller økonomi)? Se langsiktige gevinster over. På sikt bidra til redusert behov for innleie av sykepleiere gjennom stabilisering av ansatte og styrket grunnlag for rekruttering fra lokale sykepleierutdanninger.

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre? Samstyring mellom utdanningssektor, kommuner og sykehus er viktig for å løse felles utfordringer med rekruttering til sykepleierutdanning i distrikt, samt stabilisering og rekruttering i sykepleieryrket. Viktig å jobbe systematisk og ut fra et solid kunnskapsgrunnlag, både forskning og erfaringsbasert kunnskap. Samstyring gjør oss sterkere rustet til å finne de gode løsningene for fremtiden, og bidra til bærekraftig bemanning og rekruttering i helsetjenesten.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Evaluering gjennomføres kontinuerlig i alle faser. Kontinuerlig fokus på overgang drift, størst vekt i år 4 og 5.

Prosjektets kontaktperson(er):	**Kontaktinformasjon:**
Silje Paulsen, prosjektleder Helgelandssykepleier	silje.paulsen@helgelandssykehuset.no/ 47750773

Prosjekter som bidrar til felles språk, kompetanse og situasjonsforståelse

Sammen om opplærings- og simuleringssenter

Deltakende kommune(r): Harstad	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge
Finansiering: 1 834 000 kroner (*søkes om mer midler – kan justeres*)	**Prosjektperiode:** Januar 2025 til drift

Prosjektet omhandler etablering og utvikling av et felles opplærings- og simuleringssenter i Harstad Helsehus. Senteret skal være en arena for

kompetanseutvikling og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt utdanningsinstitusjoner og beredskapsaktører. Simulering brukes som metode for å trene på realistiske pasientsituasjoner i trygge omgivelser, med mål om å styrke kompetanse, samhandling og kvalitet i tjenestene.

Hovedmålet er i fellesskap å etablere, drifte og utvikle et bærekraftig opplærings- og simuleringssenter som bidrar til økt kompetanse, styrket samhandling, økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet i tjenestene.

Målgruppen i prosjektet er ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten, frivillige i beredskapsorganisasjonen samt studenter og elever i praksis.

Det som skal gjennomføres er å etablere, drifte og videreutvikle en felles opplærings- og simuleringssenter som skal planlegge og gjennomføre simuleringsøvelser. Det skal utvikle scenarioer knyttet til pasientforløp og samhandling, bygge struktur (årshjul, fasilitatorkompetanse) og integrere simulering i ordinær opplæring, bygge varig kultur.

Forventet nytteverdi i prosjektet er økt kompetanse og trygghet hos helsepersonell, bedre samhandling og rolleforståelse, økt pasientsikkerhet og kvalitet, og styrket rekruttering.

Prosjektet legger vekt på bred involvering av ansatte, brukere og deres representanter i utvikling og drift av simuleringssenteret. **Brukerperspektivet** ivaretas gjennom fokus på pasientsikkerhet, kvalitet og helhetlige pasientforløp, samt samarbeid med frivillige aktører.

Prosjektet er administrativt og politisk forankret, med vekt på informasjonsdeling og eierskap.

Status per 1. juli 2026 er at opplærings- og simuleringssenteret er etablert i nye lokaler ved Harstad helsehus og hadde offisiell åpning 5. januar 2026. Senteret har fått på plass nødvendig utstyr og infrastruktur, og daglig opplæringsaktivitet er igangsatt i samarbeid med tjenester.

Harstad kommune og UNN har etablert et tett samarbeid om drift og utvikling av senteret, med felles forankring og ansvar for drift. Parallelt er det etablert dialog med UiT og beredskapsaktører om samarbeid, organisering og bruk av senteret.Nærliggende kommuner vil høsten 2026 inviteres inn som samarbeidspartnere i senteret.

Det er gjennomført innledende pilotøvelser for å teste ut bruk av lokaler, utstyr og metodikk. Erfaringene brukes aktivt til å videreutvikle struktur, innhold og organisering av simulerings-aktivitetene. Samtidig pågår arbeid med å bygge fasilitatorkompetanse og etablere rammer for systematisk aktivitet, blant annet gjennom utvikling av årshjul og relevante scenarioer.

Prosjektet er fortsatt i en etableringsfase, der hovedfokus er å utvikle en bærekraftig modell for drift, sikre god forankring i tjenestene og legge til rette for økt bruk av simulering som en integrert del av kompetanseutvikling og samhandling.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):	
2024-2025	Planleggings- og etableringsfase (organisering, lokaler, utstyr, ansettelse)
2026	Etablering og pilotering
2027-2028	Oppbygging og økt aktivitet med fokus på bærekraftig drift
2029-2030	Konsolidering og overgang til ordinær drift

Læringspunkter i prosjektet så langt er at samdrift mellom organisasjoner/nivå/tjenester krever struktur og avklarte roller. Tydelig forankring, avklarte roller og strukturert involvering av fagmiljø er avgjørende for fremdrift og eierskap. Etablering av simuleringssenter med jevn aktivitet, parallelt med oppbygging av organisatoriske

strukturer, kompetansemiljø og støttefunksjoner tar tid og krever tålmodighet. Ressurser som aktive pådrivere/tett dialog inn mot de ulike miljø/avdelinger er nødvendig. Simulering fungerer godt for samhandlingstrening på tvers. Felles arena/nøytral grunn, gir bedre forståelse av roller og ansvar. Innarbeide årshjul og planlagt aktivitet er avgjørende for bærekraftig drift

Prosjektet bidrar til bærekraft gjennom bedre ressursutnyttelse gjennom riktig kompetanse, i tillegg til redusert risiko for feil og ineffektivitet

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

- Løpende evaluering gjennom tilbakemeldinger og aktivitetstall
- Årlig oppsummering av måloppnåelse
- Orientering i administrativ og politisk ledelse
- Gradvis integrering i ordinær drift og finansiering
- Erfaringer brukes til videre utvikling og spredning

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Sandra Bergvik	Sandra.bergvik@unn.no
Hanne Berg	Hanne.berg@harstad.kommune.no
Liv-Heidi Karlsen	liv-heidi.karlsen@harstad.kommune.no
Annette Tøllefsen	Anette.tollefsen@unn.no

Hospiteringsordningen

Deltakende kommune(r): Alle kommuner i helsefellesskapet Troms og Ofoten	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
Finansiering: 3 575 000 kroner	**Prosjektperiode:** Høst 2024 til det er i drift

Bakgrunnen for prosjektet er utviklingen i helse- og omsorgstjenestene, hvor flere pasienter lever med komplekse og sammensatte behov, samtidig som en større del av behandlingen og oppfølgingen skjer i kommunene. Dette stiller økte krav til samhandling, koordinering og felles forståelse mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Hospitering er et konkret virkemiddel for å bygge relasjoner, styrke samarbeidskulturen og redusere utfordringer som kan oppstå i overgangene mellom tjenestenivåene.

Hospiteringsordningen er et felles samhandlings- og kompetanseutviklingsprosjekt mellom kommunene i Troms og Ofoten og UNN. Ordningen er toveis og gir **målgruppen i prosjektet,** alle ansatte og helsepersonell i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mulighet til å hospitere hos hverandre. Formålet er å styrke samhandling, kompetanseutvikling og gjensidig forståelse på tvers av tjenestenivåene, slik at pasientene opplever mer helhetlige og sammenhengende tjenester.

For å sikre god koordinering og oppfølging ledes ordningen av to hospiteringskoordinatorer – én fra kommunehelsetjenesten og én fra spesialisthelsetjenesten. Koordinatorene har ansvar for planlegging, tilrettelegging, rekruttering av hospitanter, kontakt med aktuelle avdelinger og evaluering av ordningen. Denne organiseringen bidrar til lokal forankring, likeverdig samarbeid og god oppfølging av deltakerne gjennom hele hospiteringsløpet.

Gjennom hospitering får deltakerne innsikt i hverandres arbeidsprosesser, rammevilkår, faglige vurderinger og organisering av tjenestene. Hospiteringen bidrar til økt forståelse for hvordan beslutninger og prioriteringer påvirker pasientforløpene, og gir verdifull kunnskap som kan tas med tilbake til egen arbeidsplass.

Prosjektets hovedmål er å styrke samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, men det forventes andre gevinster:

- Økt kunnskap om hverandres oppgaver, ansvar og rammevilkår.
- Bedre kommunikasjon og samarbeid på tvers av tjenestenivåene.
- Mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp.
- Kompetanseheving og faglig utvikling for ansatte.
- Etablering av varige faglige nettverk.
- Økt attraktivitet og rekruttering til helse- og omsorgstjenestene.

Status per 1. juli 2026:

Det er gjennomført tre hospiteringsrunder med både kartlegging av plasser hvor det kan hospiteres, evaluering av hospiteringsordningen og vurdering av ordningen. Det

planlegges en fjerde hospiteringsrunde høsten 2026. Det har vært stor interesse for ordningen med tilbakemeldingene vi har fått. Både i forkant av hospiteringen med hvor man ønsker å hospitere, og også i etterkant.

Milepælsplan:

Fortsette med å:

- kartlegge på UNN for å få med flere avdelinger på UNN i hospiteringsordningen. Gjøre kjent og markedsføre ordningen og søknadsprosess til kommuner med flere alternative avdelinger
- 4. hospiteringsrunde for UNN og kommuner
- kartlegge hospiteringsmuligheter i kommunene

Læringspunkter:

Hospiteringsordningen er en viktig del av Helsefellesskapets arbeid for å utvikle bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Gjennom gjensidig læring, kunnskapsdeling og relasjonsbygging styrker prosjektet samarbeidet mellom tjenestenivåene og legger grunnlaget for bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og mer robuste tjenester i framtiden.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Det gjøres kontinuerlig vurderinger om hvordan ordningen kan få flere personer til å hospitere på tvers av tjenestene. I tillegg vurderes det kontinuerlig hvordan ordningen kan bli en del av driften i sykehuset og kommunene med kontaktskjema på hjemmeside eller lignende.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Ida Refsahl Haug	ida.haug@tromso.kommune.no
Janne Ingunn Ludvigsen	janne.ingunn.ludvigsen@unn.no

Trygg akuttpsykiatri

Deltakende kommune(r): Vågan, Vestvågøy, Flakstad, Moskenes, Hadsel, Sortland, Bø, Øksnes, Andøy, Fauske, Bodø.	**Deltakende HF:** Nordlandssykehuset
Finansiering: 12 000 0000 kroner (tilskudd 6 000 000 pluss deltakernes egeninnsats)	**Prosjektperiode:** 2026-2029

Mål:

Prosjektet har som mål å bidra til tryggere transport for pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Målgrupper:

Pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet.

Legevakt, ambulanse, Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) og politi.

Hva skal gjennomføres:

E-læringskurs i felleskap og utarbeidelse av felles retningslinjer og rutiner. Prosjektet gjennomføres i fire trinn:

- Trinn 1: Samhandlingsmøter mellom blålysetatene inkludert AMK knyttet til legevakt i Lofoten, Vesterålen og Salten. Gjennomgang av e-læringskurset.
- Trinn 2: Samhandlingskonferanse mellom legevaktene, Nordlandssykehuset og politiet på ledernivå. Her inviteres også jurist fra helsedirektoratet og politidirektoratet, samt representanter fra Statsforvalteren i Nordland og AMK Tromsø. Mål om felles forståelse av utfordringene og premissene for løsningene.
- Trinn 3: Det nedsettes en arbeidsgruppe/faglig samarbeidsutvalg for Trygg akuttmedisin med mål om å lage forslag til omforent løsning, eller løsninger på utfordringene som foreligger i dag.
- Trinn 4: I samme ånd som Trygg akuttmedisin med felles rutiner, felles tidsmål og samtrening av de ulike scenarioene gjennomføres Trygg akuttpsykiatri gjennom en øvelsesbasert modell i alle kommuner/legevaktdistrikt/ ambulanseområde/politidistrikt.

Forventet effekt/nytteverdi:

Redusert tid fra meldt innleggelse til innleggelse er gjennomført.

Måles med tid meldt innleggelse og avtalt transport til innleggelse i sykehus. Brukermedvirkning i prosjektet: inviteres inn i trinn 2-4 i prosjektet fra de ulike foreningene.

Status per 1. juli 2026:

Trinn 1 gjennomført i Vågan og Vest Lofoten legevaktsdistrikt. Planlegging av trinn 2 med konferanse i Bodø godt i gang.

Milepælsplan:

Trinn 1: 2026 (samhandlingsmøter)

Trinn 2: Høst 2026 (konferanse med ledere) Trinn 3: Vår 2027 (arbeidsgruppe/FSU)

Trinn 4: Implementering og øvelser Nordland 2027-2028 (prosjektleder og alle involverte)

Læringspunkter:

Vi må øke informasjonskapasiteten til deltakerne. Deltakerne har opplevd økt kompetanse.

Ved å reduser innleggelsestiden fra et gjennomsnitt på 8 timer til 2 timer vil det være ressursbesparende i den akuttmedisinske kjede, men også gi økt faglig trygghet, redusert belastning for pasientene, redusere unødvendig tvangsbruk. Samhandlingsøvelser mellom blålysetatene og legevakten gir gevinster utover faget psykiatri i seg selv.

De tre viktigste erfaringene å dele med andre:

Bruk mer tid på å forklare hensikten med det man gjør for å øke deltakelse. Bruk økonomiske insentiver for å øke deltakelse.

Planlegge i god tid.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Samøvelsene vil evalueres midtveis. Prosjektet har ikke bestemt om det skal bli en

«ordinær» drift etter prosjektet, eller om vi skal inngå samarbeid med trygg akuttmedisin på de øvelsene som allerede driftes der.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Jan Håkon Juul	kommuneoverlege@vagan.kommune.no

Ernæringsbroen

Deltakende kommune(r):	Deltakende sykehus:
Alta, Sør-Varanger	Kirkenes sykehus

Mål og målgruppe:

Styrket samhandling og kompetanse mellom kommuner og sykehus for skrøpelige, hjemmeboende eldre med underernæring. Følgende tiltak er utarbeidet:

- Tilgang på kompetanse fra klinisk ernæringsfysiolog (KEF) til kommunene i Finnmark.
- Øke kompetanse om underernæring for nøkkelpersonell i sykehus og kommune.
- Etablere strukturer for samhandling.

Hva skal gjennomføres:

- Reell lederforankring der underernæring målsettes, etterspørres og rapporteres. Vi skal jobbe med lederne i kommuner og sykehus.
- Bidra til kvalitetsindikatorer i sykehuset for systematisk oppfølging av kvalitet i oppfølging av underernæring.
- Opplæring av ernæringsressurser (nøkkelpersonell) i kommuner og sykehus.
- Etablerte strukturer for samhandling mellom kommuner og sykehus. Det gjør vi ved å legge til rette for at kompetanse fra klinisk ernæringsfysiolog (KEF) i kommune- og sykehus systematisk gjøres tilgjengelig for kommunene.
- Videre vil vi tilby kommunene kompetanseheving, deltagelse og erfaringsutveksling i felles ernæringsnettverk, som på sikt vil driftes av USHT.

Forventet effekt og måling

Effekt måles opp mot nullpunktsmålinger (baseline). Forventede gevinster:

- Bedre kvalitet i oppfølging av underernæring.
- Reduksjon i dobbeltarbeid og ineffektive pasientforløp.
- Færre innleggelser og reinnleggelser.

Finansiering: Tildelt i forprosjekt: 1 700 000 kroner.

Tildelt i prosjekt: Totalt 5 475 000 kroner, tildelt 4425 000 kroner, egenfinansiering 1

050 000 kroner.

Brukermedvirkning i prosjektet: Nasjonalforeningen for folkehelse, lokale foreninger.

Status per 1. juli 2026:

Forprosjektet er gjennomført, helsepersonell fra kommunene og sykehuset har deltatt i prosjektet sammen med prosjektgruppa, finansiert gjennom TØRN-midler. Vi har gjennomført småskalatestinger for å sjekke ut helsepersonells forståelse av og kompetanse om underernæring i hjemmebaserte tjenester i kommunene og sengeposter på sykehuset. Videre har vi gjennomført nullpunktsmålinger gjennom dokumentgjennomgang for å få status over hvor mange pasienter som er undersøkt for underernæring i kommuner og sykehus (lovpålagt undersøkelse). Småskalatesting, analyser av behov for lederforankring og strukturer for samhandling er planlagt. Nytt journalsystem Aidn (for kommunene) er sjekket ut som grunnlag for systematisk dokumentasjon og harmonisering med DIPS (journalsystem for spesialisthelsetjenesten). Opplæringsmoduler for ernæringsressurser i virksomhetene er under utarbeiding. Modulene tar utgangspunkt i kommunenes kompetansenivå.

Milepælsplan:

Innen utgangen av august: Samarbeidet med Alta, Sør-Varanger og Kirkenes sykehus utvides. Plan for strukturert lederoppfølging, gjennomføring og kontroll tilpasses den enkelte virksomhet. Opplæringsmodulene ferdigstilles.

Innen utgangen av september: Plan for opplæring tilpasses den enkelte virksomhet. Det gis opplæring i Alta, Sør-Varanger og Kirkenes sykehus. Kommunene Vardø og 4K, Tana, Nesseby, Båtsfjord og Berlevåg inviteres til Ernæringsbroen.

Innen utgangen av oktober: Det første digitale nettverksmøtet er gjennomført. Tilgangen på KEF er etablert for prosjektkommunene.

Innen utgangen av november: Gamvik og Lebesby inviteres til Ernæringsbroen.

Innen utgangen av desember: Evaluering av arbeidet så langt, hva har vi lært? Detaljplanlegge 2027.

Læringspunkter:

Hva har vi fått til så langt?

Vi har undersøkt praksis for undersøkelse og behandling av underernæring i Finnmark. Vi har undersøkt virksomhetene og det generelle arbeidet med innføring av ny kunnskap. Vår konklusjon er gjennomgående at opplæring ikke har tilstrekkelig prioritet og lederforankring.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (tar ned personellbehov eller økonomi)?

Personellbehov, dobbeltarbeid, innleggelser og reinnleggelser reduseres.

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

- Fortellingen om prosjektet og gevinsten av det må forenkles så mye at alle kan forstå hvem, hva, hvorfor og hvordan.
- Vi må påvirke så lenge at underernæring er like sentralt i helsepersonells bevissthet som det å sjekke pasienten for liggesår og fallrisiko.
- Reell lederforankring er avgjørende for at prosjektet skal kunne gjennomføres og lykkes.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Alle tiltak evalueres etter at de er gjennomført.

Månedlige evalueringer gjennomføres samt evaluering i desember 2026.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Gry Bogetun	grbo@svk.no / 455 19 654

KlinObs som samhandlingsverktøy 2025-2028

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Alta, Berlevåg, Gamvik, Hammerfest, Lebesby, Nordkapp, Vardø	Finnmarkssykehuset

Hva går prosjektet ut på?

Prosjektet «Klinisk observasjonskompetanse som samhandlingsverktøy» skal styrke klinisk observasjonskompetanse og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Finnmark. Bakgrunnen er mer komplekse pasientforløp, tidligere utskriving fra sykehus og flere eldre, skrøpelige og multisyke pasienter som følges opp i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Prosjektet bygger på KlinObsKommune og prioriterer implementering av trinn 1–3 i kommunene. Finnmarkssykehuset deltar særlig gjennom samhandling, felles klinisk praksis og bruk av felles observasjons- og kommunikasjonsverktøy. Prosjektet handler derfor ikke bare om opplæring, men om å etablere et felles klinisk språk mellom kommunene og Finnmarkssykehuset.

Gjennom bruk av ABCDE-F, NEWS2 og ISBAR skal helsepersonell få bedre grunnlag for å oppdage, vurdere og kommunisere klinisk forverring. Dette skal bidra til tryggere pasientforløp, bedre beslutningsstøtte og mer målrettet samhandling på tvers av tjenestenivåene.

Mål og målgrupper:

Hovedmål: Innen utgangen av 2028 skal kommunene i Finnmark ha implementert KlinObsKommune trinn 1–3, slik at helsepersonell bruker felles observasjons-, vurderings- og kommunikasjonsverktøy som styrker pasientsikkerhet og samhandling.

Målgruppe: Ansatte i kommunehelsetjenesten i Finnmark, særlig helsepersonell i hjemmetjeneste, sykehjem, legevakt/ØHD og andre tjenester som følger opp pasienter med risiko for klinisk forverring. Finnmarkssykehuset er samarbeidspartner og målgruppe for felles samhandlingspraksis, særlig knyttet til bruk av ABCDE-F, NEWS2 og ISBAR.

Hva skal gjennomføres:

Prosjektet skal tilby deltakelse til alle 18 kommuner i Finnmark gjennom årlige utlysninger av prosjektmidler til medisinteknisk utstyr, ProAct-materiell og opplæring. Det skal

kartlegges hvilke behov kommunene har for utstyr, instruktørressurser, opplæring og implementeringsstøtte. På bakgrunn av dette skal kommunene følges opp med veiledning, implementeringsplaner og lokale tiltak. Det skal utdannes og resertifiseres ProAct-/KlinObs-instruktører, etableres lokale instruktørmiljøer og gjennomføres opplæring i KlinObsKommune trinn 1–3. Kommunene skal støttes i å innarbeide kompetansen i ordinær drift. Prosjektet skal også etablere fagnettverk, webinarer og erfaringsarenaer mellom kommunene og Finnmarkssykehuset. Dette skal styrke felles klinisk praksis og bidra til bedre samhandling ved klinisk forverring. USHT Finnmark skal videreutvikle fakultetsfunksjon og samarbeide med Finnmarkssykehuset sitt ProAct-fakultet.

Forventet effekt/nytteverdi (og hvordan måles dette?):

Prosjektet forventes å bidra til tidligere oppdagelse av klinisk forverring, tryggere pasientforløp og bedre samhandling mellom kommunene og Finnmarkssykehuset. Når helsepersonell bruker felles observasjons-, vurderings- og kommunikasjonsverktøy, kan bekymring for pasientens tilstand formidles tydeligere og mer presist på tvers av tjenestenivåene. Prosjektet skal gi ansatte økt trygghet i kliniske vurderinger, styrket handlingsberedskap og bedre beslutningsgrunnlag. For tjenestene forventes nytteverdien å være mer systematisk praksis, mindre uønsket variasjon og bedre kvalitet i overganger mellom kommune og sykehus.

Effekt måles gjennom antall deltakende kommuner, antall kommuner med implementeringsplan, antall hovedinstruktører og instruktører, antall ansatte som får opplæring, deltakelse i webinarer/fagnettverk og evaluering av opplevd kompetanse, trygghet og samhandling. Det skal også innhentes erfaringer fra kommunene om hvordan verktøyene tas i bruk i ordinær drift.

Finansiering

Prosjektet er finansiert gjennom rekrutterings- og samhandlingstilskudd fra Helse Nord. Budsjettet videreføres årlig i prosjektperioden 2025–2028. Videre økonomioppfølging skjer i samarbeid med Finnmarkssykehuset gjennom prosjektregnskap, fakturering og kvartalsvis oppfølging.

Budsjett "Samhandling om klinisk observasjonskompetanse"					Total søknadssum pr år
ÅR	Lønnsutgifter USHT	Reise og opphold opplæring i kommunene	Utstyr til kommunene	Opplæring/utstyr sykehus	
2025	kr 200 000	kr 100 000	kr 600 000	kr 200 000	kr 1 100 000
2026	kr 211 000	kr 104 500	kr 627 000	kr 209 000	kr 1 151 500
2027	kr 222 605	kr 109 202	kr 655 215	kr 220 495	kr 1 207 517
2028	kr 238 848	kr 114 116	kr 684 699	kr 230 417	kr 1 268 080
Forklaring	Tilby kommunene opplæring	Tilby kommunene opplæring, trinn 1 - 3	Akuttsekker, nytt materiell Pro-Act	Kartlegges	
	Promotere, administrere tilskudd til innkjøp av utstyr				

Lønnsutgifter er cirkaberegnet med en lønnsvekst på 5,5% årlig
Reise- og oppholdsutgifter, fagsamlinger og utgifter til informasjon og kommunikasjon er cirkaberegnet med 4,5% prisstigning årlig

Brukermedvirkning i prosjektet:

Brukermedvirkning ivaretas ved at prosjektet har pasientens trygghet, tidlig oppdagelse av forverring, og sammenhengende pasientforløp som overordnet mål. I videre

prosjektperiode vil brukerperspektivet styrkes gjennom dialog med Brukerutvalget ved Finnmarkssykehuset og relevante brukerorganisasjoner, eksempelvis Nasjonalforeningen for folkehelsen i Finnmark.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektet er etablert med prosjektledelse, prosjektorganisering og samarbeid mellom USHT Finnmark, Finnmarkssykehuset og deltakende kommuner. Syv kommuner fikk tildelt prosjektmidler i 2025: Alta, Berlevåg, Gamvik, Hammerfest, Lebesby, Nordkapp og Vardø. Det er gjennomført kartlegging av kommunenes behov for utstyr, opplæring og instruktørressurser. Midler er fordelt til medisinteknisk utstyr, ProAct-materiell/bøker og planlagt opplæring. Flere kommuner har anskaffet utstyr og startet lokal planlegging. Det er videre utviklet driverdiagram, implementeringsstruktur, rapporteringsrutiner og økonomioppfølging. Samarbeidet med Finnmarkssykehuset er videreutviklet, og det arbeides med samarbeidsavtale, kontaktstruktur og fakultetssamarbeid. Høstens aktiviteter er planlagt, inkludert digitalt informasjonsmøte, webinarer, fagnettverk, hovedinstruktørkurs og instruktørkurs.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Høst 2026:

Utlysning av prosjektmidler for 2026. Digitalt informasjonsmøte for kommunene. Oppstart av webinarer og fagnettverk.

Gjennomføring av hovedinstruktørkurs og instruktørkurs. Videre arbeid med samarbeidsavtale og fakultetssamarbeid med Finnmarkssykehuset.

2027:

Videre implementering i deltakende kommuner. Inkludering av nye kommuner. Oppfølging av instruktørmiljøer, implementeringsplaner, opplæring av ansatte, nyansattopplæring og vedlikehold av kompetanse.

2028:

Sluttføring av implementering i kommunene i Finnmark. Evaluering av måloppnåelse, bærekraft og overgang til ordinær drift. Videreføring av nettverk, instruktørstruktur og samarbeidsarenaer.

Læringspunkter:

Prosjektet har så langt fått til forankring og felles retning. Kartleggingen viser stort engasjement, men også ulikt utgangspunkt når det gjelder kompetanse, utstyr, instruktørkapasitet og implementeringsbehov.For å gi varig effekt må opplæringen kobles til ledelsesforankring, lokale kontaktpersoner, tilgjengelig utstyr, instruktørmiljøer, nyansattopplæring og systematisk vedlikehold av kompetanse. Prosjektet kan bidra til økt

bærekraft ved å bygge lokal kompetanse gjennom instruktørmodellen. Når kommunene utvikler egne hovedinstruktører og instruktører, reduseres behovet for ekstern opplæring over tid. Tidligere oppdagelse av klinisk forverring kan også bidra til riktigere ressursbruk, bedre pasientforløp og potensielt redusert behov for unødvendige innleggelser, transporter og avklaringer.

Tre viktige erfaringer å dele med andre:

1. Felles klinisk språk styrker samhandling mellom kommune og sykehus.
2. Lokal instruktørkompetanse og ledelsesforankring er avgjørende for bærekraftig implementering.
3. Implementering krever strukturert oppfølging over tid – ikke bare enkeltstående kurs.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Prosjektet evalueres gjennom struktur-, prosess- og resultatmål. Det følges opp hvor mange kommuner som implementerer KlinObs, hvor mange instruktører og ansatte som får opplæring, hvor mange faglige aktiviteter som gjennomføres, og hvordan kommunene vurderer nytte, kompetanse og samhandling.

Overgang til ordinær drift skal sikres gjennom lokale instruktørmiljøer, nyansattopplæring, faste oppfriskningsrutiner, simulering og ferdighetstrening. Fagnettverk og webinarer skal bidra til videre erfaringsdeling og faglig utvikling etter prosjektperioden. Målet er at KlinObsKommune blir en integrert del av kommunenes arbeid med pasientsikkerhet, kompetanse og samhandling.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Marianne Simonsen Prosjektleder / rådgiver USHT Finnmark	Marianne.Simonsen@sor- varanger.kommune.no
Gry Bogetun Rådgiver USHT Finnmark	Gry.Bogetun@sor-varanger.kommune.no

Prosjekter som bidrar til mer integrerte tjenester for pasienter innenfor psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Bedre i lag

Deltakende kommune(r): Tromsø	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge
Finansiering: 1 175 000 kroner	**Prosjektperiode:** 2025 - 2028

Mål og målgrupper:

Etablering av varig dialogarena mellom DPS og kommunene i opptaksområdet, NAV, og bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Mennesker med rus- og/eller psykiske utfordringer med behov for tjenester fra kommune-, spesialisthelsetjenester og NAV.

Hva skal gjennomføres:

Planlegging og gjennomføring av årlige samlinger i hvert DPS-område.

Delmål 1

Styrke kunnskap om tjenestetilbud til samarbeidende tjenester og frivillighet, og bidra til god tilgjengelighet for kontakt og bedre samhandling.

Delmål 2

Bidra til at ledere og klinikere/tjenesteutøvere på begge nivå har lik forståelse av utfordringsbildet.

Delmål 3

Forslag om tiltak fra Bedre i lag-samlingene om kvalitetsforbedring, endring av prosedyrer etc. tas videre til egen organisasjon for implementering.

Delmål 4

Bedre samlet bruk av lokale ressurser og kompetanse, på tvers av tjenestenivåer og sektorer.

Delmål 5

Bedre i lag som samhandlingsstruktur består etter endt prosjektperiode.

Finansiering:

- 1 175 000 kroner på 3 år (2025-2027) Rekrutterings- og samhandlingsmidler
  - Prosjektperioden er utsatt, med varighet 2026-2028
- 2026-2027 frikjøp til prosjektleder(e) gjennom deltakelse i TØRN Samhandling

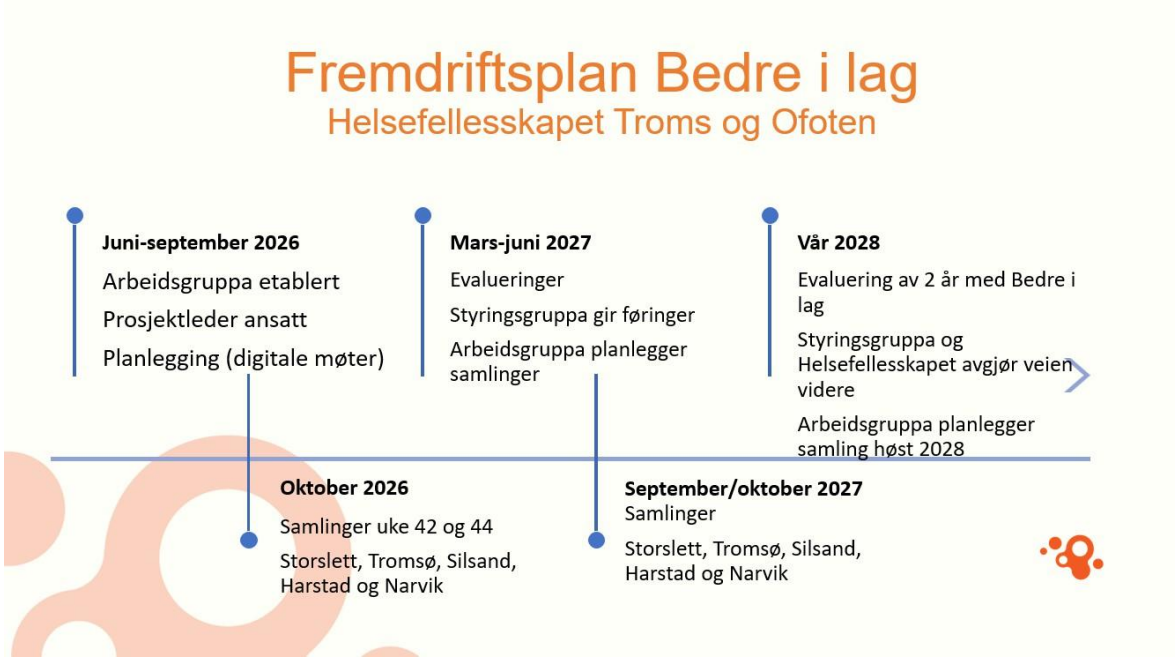
Brukermedvirkning i prosjektet:

- Bruker- og pårørendeorganisasjoner er representert både i styringsgruppa og arbeidsgruppa (Ivareta, RIO, Marborg, Mental helse). Organisasjonene deltar som likeverdig part i samlingene og da med lokal representasjon.

Status per 1. juli 2026:

- Styringsgruppe etablert.
- Arbeidsgruppe under etablering, men operativ med foreløpige medlemmer.
- Koordinator er ikke tilsatt.
- Serie samlinger under planlegging for gjennomføring i oktober 2026.

Milepælsplan:



Læringspunkter:

En omforent forståelse for Bedre i lag som metode mellom deltakerne i Helsefellesskapet og i styringsgruppa.

Prosjektet er i tråd med sentrale myndighetenes føringer om å inkludere bruker- og pårørendeorganisasjoner i utarbeidelse av gode tjenester for brukergruppa, der også frivillige tilbud likestilles med offentlige tjenester.

Sentrale mål med felles samhandlingsarena er å bli kjent med ressurssituasjonen, tilgjengelig kompetanse, utfordringer og tilbud lokalt, for å hindre tjenestetomme rom og parallelle tjenester.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Fortløpende:

Evaluering med utgangspunkt i tiltakspunkter som besluttes iverksatt i opptaksområdet etter hvert enkelt lokale arrangement. Dette kan være strukturer, prosedyrer og rutiner som blir endret som følge av prosessene på samlingene.

Sluttevaluering:

Evaluering og anbefaling fra Styringsgruppe sendes til Strategisk samarbeidsutvalg Helsefellesskapet Troms Ofoten etter endt prosjektperiode. Evalueringsform i besluttet.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Tore Johan Erland Opdahl	tore.opdahl@unn.no

Det trygge boalternativet

Deltakende kommune(r): Tromsø	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
Finansiering: 2 728 920 kroner	**Prosjektperiode**: November 2024 til mars 2026

Bakgrunnen for prosjektet baserer seg på at en bolig er en grunnleggende forutsetning for helse, trygghet og deltakelse i samfunnet. Nasjonale føringer innen boligpolitikk og psykisk helse understreker behovet for helhetlige og koordinerte tjenester til personer med alvorlige og sammensatte helseutfordringer. Samtidig viser erfaringer fra både Tromsø kommune og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) at dagens tjenestetilbud ikke i tilstrekkelig grad ivaretar en liten, men svært ressurskrevende gruppe personer med alvorlige psykiske lidelser, ofte i kombinasjon med rusproblematikk.

En kartlegging gjennomført av Tromsø kommune og UNN viste at om lag 20 pasienter fra Tromsø kommune sto for rundt 200 liggedøgn hver i Psykisk helse- og rusklinikken over en periode på flere år. Flere av disse pasientene var ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men kunne ikke skrives ut til eksisterende kommunale botilbud fordi disse ikke ga tilstrekkelig trygghet, struktur eller oppfølging. Resultatet er gjentatte innleggelser, lange opphold i sykehus, omfattende bruk av kommunale tjenester og i enkelte tilfeller behov for kostbare private tiltak. Dette peker på et tydelig behov for et nytt og mer forsterket bo- og tjenestetilbud mellom dagens døgnbemannede boliger og spesialisthelsetjenestens sengeposter.

Formålet med prosjektet er å utvikle et nytt kommunalt institusjonsbasert bo- og

tjenestetilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte hjelpebehov som ikke kan ivaretas tilfredsstillende innenfor dagens boligtilbud. Tilbudet skal bidra til:

- Økt trygghet og livskvalitet for brukerne.
- Redusert behov for innleggelser i spesialisthelsetjenesten.
- Bedre samhandling mellom kommunen og sykehus.
- Forebygging av bruk av private enetiltak.
- Mer effektiv utnyttelse av kommunale og statlige ressurser.

Målgruppen i prosjektet er basert på inklusjonskriterier som er utarbeidet av arbeidsgruppen:

- Personer med alvorlig psykisk lidelse med eller uten rusproblematikk.
- Personer med nedsatt funksjonsnivå med henblikk på aktiviteter i dagliglivet (ADL) og sosiale ferdigheter: utfordringer av varierende grad tilknyttet boevne, ivaretakelse personlig hygiene, ernæring, og i forhold til å ta imot omsorg/oppfølging/nødvendig helsehjelp.

Arbeidsgruppen foreslår videre følgende eksklusjonskriterier:

- Behov for utstrakt pleie og oppfølgingsbehov knyttet til komplekse somatiske tilstander som går utover det omsorgstilbudet tjenesten kan gi.
- Avvikende og uønsket atferd til tross for rammene i institusjonen.

Forventede gevinster for både brukere og tjenesteapparat i prosjektet:

- Reduksjon i antall innleggelser og liggedøgn ved UNN.
- Bedre helse og livskvalitet for brukerne.
- Mer stabile boforhold og økt grad av mestring.
- Redusert bruk av private og kostnadskrevende tiltak.
- Frigjøring av plasser i eksisterende døgnbemannede boliger.
- Styrket samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Bedre ressursutnyttelse og mer bærekraftige tjenester på sikt.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektet er ferdig.

Det foreslås å etablere en kommunal institusjon med rundt sju plasser og bemanning hele døgnet. Tilbudet skal samle bolig, omsorg, behandling og rehabilitering i én sammenhengende modell. Tilbudet forutsetter et tett og forpliktende samarbeid mellom Tromsø kommune og UNN.
Tromsø kommune skal ha ansvar for:

- Drift av institusjonen.
- Bemanning og tjenesteyting.
- Omsorgs- og miljøterapeutiske tjenester.
- Medisinhåndtering og tilsynslegeordning.

UNN skal ha ansvar for:

- Spesialisert behandling innen psykisk helse og rus.
- Veiledning av ansatte.
- Deltakelse i ansvarsgrupper.
- Koordinering av spesialisthelsetjenester.
- Lav terskel for innleggelse ved behov.

Det anbefales å etablere en egen samarbeidsavtale som regulerer ansvar, roller og samhandling mellom partene.

Læringspunkter: Arbeidsgruppen anbefaler at tilbudet etableres som en kommunal institusjon hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c. Denne organiseringen gir mulighet for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester innenfor institusjonsrammer og sikrer nødvendig medisinsk oppfølging, tilsyn og kvalitet i tjenesten.

Prosjektgruppen anbefaler at Tromsø kommune og UNN går videre med detaljert planlegging av tilbudet, herunder avklaring av lokaliteter, økonomi, bemanning og samarbeidsavtaler.

Gjennom etableringen av «Det trygge boalternativet» kan Tromsø kommune og UNN utvikle et framtidsrettet tilbud til en av de mest sårbare brukergruppene, samtidig som man styrker samhandlingen mellom tjenestenivåene og legger til rette for bedre og mer bærekraftige tjenester i årene som kommer.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Det arbeides med en sluttrapport der prosjektets anbefalinger vil fremkomme.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Mats Berntsen	mats.berntsen@tromso.kommune.no

Forprosjekt: Utredning av piloter for samordning av psykisk helsevern og rusbehandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

Deltakende kommune(r):	**Deltakende HF:**
Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Storfjord, Lyngen, Balsfjord, Målselv, Bardu, Dyrøy, Sørreisa, Senja	Universitetssykehuset Nord-Norge

Mål:

- Innen 22.08.2025 skal prosjektet ha utredet alternative konsepter for samhandling og samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som skal bidra til et bærekraftig behandlingstilbud for voksne innen psykisk helsevern og rusbehandling for følende SPHR-områder: Midt-Troms, Nord-Troms og Tromsø/ lokasjon Storsteinnes.
- Følgende elementer må vurderes: Tydelig oppgavedeling og overføring av oppgaver mellom UNN og kommunen, kompetansebehov, digitale løsninger, finansiering, samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og mellom kommuner (listen er ikke uttømmende).
- Utredningen skal gi partene et beslutningsgrunnlag for å velge den beste tilnærmingen til eventuelle gjennomføring prosjekter og piloter.

Målgruppe:

Voksne med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet.

Hva er gjennomført:

- Tre workshops med til sammen ca. 75 deltakere.
- Utarbeidet to nye søknader om rekrutterings- og samhandlingstilskudd per 1.10.2025.
- Møter i delprosjekter og styringsgrupper.
- Erfaringsinnhenting fra andre prosjekter.

Forventet effekt/nytteverdi:

- I forprosjektet ble det utarbeidet to nye søknader om rekrutterings- og samhandlingsmidler per 1.10.2025. Søknadene representerer en konkret videreføring av forprosjektets arbeid, og vil bidra til langsiktig kapasitetsbygging og utvikling av mer helhetlige og koordinerte pasientforløp.
- Effekten av disse tiltakene planlegges ikke målt innenfor rammene av forprosjektet, da de ligger utenfor prosjektets mandat og tidshorisont.

Finansiering:

Total finansiering	3 400 000
Rekrutterings- og samhandlingstilskudd	3 400 000

Egeninnsats fra UNN og kommuner i form deltakelse lokale referansegrupper, workshops, fasilitering av workshops, analyse, lokalleie i kommuner og UNN.

Brukermedvirkning i prosjektet:

- Brukerutvalget ved UNN oppnevnte, etter forespørsel, en kontaktperson. Prosjektet gjennomførte flere møter med vedkommende for å sørge for at brukerstemmen ble ivaretatt.
- Flere pårørendeorganisasjoner ble invitert til workshopene, men hadde ikke anledning til å delta.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektet ble avsluttet i 31.12.2025.

Milepælsplan:

- Oppstart og avklaring av felles retning (mars–april)
- Utvikling (mai–juni)
- Prioritering og forankring (juni–september)
- Avslutning og søknader rekrutterings- og samhandlingsmidler (september)

Læringspunkter:

Lagt et grunnlag for videre samhandling og samarbeid, bl.a. ved å søke nye rekrutterings- og samhandlingstilskudd.

Hva er viktig å dele fra vårt prosjekt til andre?

- **Avklar problemforståelsen tidlig:** Uenighet om utfordringer, behov, mål og retning må synliggjøres og håndteres i startfasen for å unngå senere uenigheter.
- **Etabler felles forutsetninger:** En tidlig avklaring av rammebetingelser – som økonomi, lovverk, kapasitet og prioriteringer – er avgjørende for å sikre en felles retning.
- **Tydeliggjør forventninger til ressursbruk:** Avtal tidlig hvilke økonomiske og tidsmessige bidrag som forventes fra hver aktør. Ekstern finansiering bør være på plass før oppstart, og dekke prosjektledelse, frikjøp av nøkkelpersonell og samhandlingsaktiviteter.
- **Prioriter fysiske møteplasser:** Jevnlige samlinger og workshops gjennom hele prosjektperioden er avgjørende for relasjonsbygging, tillit og faglig utvikling.
- **Kartlegg interorganisatorisk modenhet:** Forutsetninger for samarbeid – som roller, ansvar, beslutningsprosesser, tillit og samarbeidskultur – må avklares tidlig.
- **Systematiser brukermedvirkning:** Reell medvirkning forutsetter tydelige strukturer og ressurser slik at brukerperspektiver faktisk påvirker utviklingen.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (redusert bruk av personell eller økonomi)?

- **Etablerer grunnlag for bedre samhandling:** Forprosjektet tydeliggjør roller, ansvar og samarbeidsstrukturer, som kan redusere dobbeltarbeid og ineffektiv ressursbruk i senere gjennomføring.
- **Avklarer riktig oppgavedeling mellom nivåene:** Gir et kunnskapsgrunnlag for å sikre at pasienter får riktig behandling på riktig nivå, noe som på sikt kan redusere unødvendig bruk av spesialisthelsetjenester.
- **Identifiserer tiltak med potensial for tidlig innsats:** Bidrar til å utvikle tiltak som kan forebygge forverring og dermed redusere behovet for mer ressurskrevende tjenester.
- **Legger til rette for mer målrettet bruk av personell:** Kartlegging av behov og kompetanse gir grunnlag for bedre utnyttelse av fagressurser i videre prosjekter.
- **Reduserer risiko for feilinvesteringer:** Gjennom systematisk utredning og behovsavklaring bidrar forprosjektet til at videre tiltak blir mer treffsikre og kostnadseffektive.
- **Utvikler beslutningsgrunnlag for prioritering:** Gir ledelsen et bedre grunnlag for å prioritere tiltak som gir størst effekt i forhold til ressursbruk.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

- Evaluering: Det skal utarbeides en sluttrapport som oppsummerer aktiviteter, måloppnåelse, erfaringer og anbefalinger som grunnlag for videre beslutninger om ev. videreføring.
- Overgang til ordinær drift: Tiltaket vurderes ikke som egnet for overgang til ordinær drift da det er et forprosjekt. Forprosjektet har primært avdekket behov, etablert samarbeidsstrukturer og utarbeidet nye søknader, men har ikke utviklet eller testet konkrete tiltak som er modne for implementering. Det søkes om rekrutterings- og samhandlingsmidler pr. 1.10.2025 til to gjennomføringsprosjekter.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Lars Rye (prosjektleder)	Lars.rye@unn.no

Fremtidens ROP-tjenester: Koordinert, tilgjengelig og bærekraftig

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Storfjord, Lyngen, Balsfjord	Universitetssykehuset Nord-Norge

Mål:

- Utvikle og ta i bruk en ny, felles, helhetlig og bærekraftig samhandlingsmodell mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, med utgangspunkt i erfaringene fra «En vei inn»- prosjektet mellom DPS Vestfold og Sandefjord kommune (Prosjekt X).
- Modellen skal bidra til at pasienter får rask, koordinert og helhetlig helsehjelp på riktig nivå, samt redusere unødig ventetid og omveier i tjenestesystemet.
- Samhandlingen skal legge til rette for at fagpersoner i kommunene og UNN systematisk deler kompetanse og erfaringer.

Målgruppen er voksne (18+) som mottar tjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Hva skal gjennomføres?

Etablere en samhandlingsmodell som skal: Understøtte kliniske beslutninger og bidra til riktig forløpsvalg, bidra til å standardisere felles inntak og vurderingssamtaler, tydeliggjøre oppgave- og ansvarsdeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, styrke informasjonsflyt og samhandling på tvers av nivåene og ved å ta i bruk digitale løsninger.

Revidering av prosjektplan og budsjett:

- Prosjektet fikk tildelt midler per 13.5.2026. Tildelte midler er betydelig lavere enn det omsøkte beløp (se pkt. nedenfor om finansiering). På bakgrunn av dette skal styringsgruppen revidere prosjektplan og budsjett.
- Opprinnelig målsetting for prosjektet opprettholdes, men det skal utarbeides en prosjektplan som ytterligere konkretiserer aktuelle løsninger. Dette skal innarbeides i en søknad om rekrutterings- og samhandlingsmidler (RS-midler) fra Tildelingsutvalget/ Helse Nord (oktober 2026).

Forventet effekt/nytteverdi:

- Bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Måles ved antall avvik/meldinger knyttet til samhandlingssvikt og opplevd samhandlingskvalitet.
- Helhetlig pasientforløp og kontinuitet i tjenesten. Måles gjennom brukerundersøkelser og antall henvisninger.
- Bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet. Måles ved bruk av spørreundersøkelse til ansatte, samt pasient- og pårørendetilfredshet.
- Overføringsverdi til andre kommuner. Måles ved antall kommuner og formelle samarbeidsavtaler etablert og opplevd nytte hos nye aktører.
- Reduksjon i antall klagesaker. Effekt måles i antall saker.
- Digital triagering skal bidra til mer effektiv ressursbruk og redusert ventetid i spesialisthelsetjenesten. Effekt måles gjennom utvikling i ventetid.

Finansiering:

Finansiering	2026	2027	Samlet
Total finansiering	2 254	4 308	6 562

Finansiering	2026	2027	Samlet
	000	000	000
Rekrutterings- og samhandlingstilskudd	1 500 000	0	1 500 000
Egeninnsats	249 000	298 000	547 000

Tabellen viser opprinnelig finansieringsplan i søknaden pr. 1.3.2026 og tildelte RS-midler pr. 1.3.5.2026.

Brukermedvirkning i prosjektet:

- Brukerutvalget ved UNN har oppnevnt, etter forespørsel fra prosjektet, en kontaktperson.
- Brukere, brukerorganisasjoner og pårørendeorganisasjoner skal inviteres til workshops.
- Tillitsvalgte og vernetjenesten involveres gjennom etablerte medbestemmelsesstrukturer i kommunene og UNN samt deltakelse i workshops.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektet er i oppstartsfasen. Det er gjennomført møter i styringsgruppen for å revidere prosjektplan, som et grunnlag for å forberede søknader om ytterligere RS-midler.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Milepælsplanen er under revidering, jfr. pkt. ovenfor.

Hva har vi fått til så langt?

Etablert et grunnlag for videre samhandling og samarbeid mellom sju kommuner og UNN.

Hva er viktig å dele fra vårt prosjekt til andre?

- Avklar problemforståelsen tidlig: Uenighet om utfordringer, behov, mål og retning må synliggjøres og håndteres i startfasen for å unngå senere uenigheter.
- Etabler felles forutsetninger: En tidlig avklaring av rammebetingelser – som økonomi, lovverk, kapasitet og prioriteringer – er avgjørende for å sikre en felles retning.
- Tydeliggjør forventninger til ressursbruk: Avtal tidlig hvilke økonomiske og tidsmessige bidrag som forventes fra hver aktør. Ekstern finansiering bør være på plass før oppstart, og dekke prosjektledelse, frikjøp av nøkkelpersonell og samhandlingsaktiviteter.
- Prioriter fysiske møteplasser: Jevnlige samlinger og workshops gjennom hele prosjektperioden er avgjørende for relasjonsbygging, tillit og faglig utvikling.
- Kartlegging: Forutsetninger for samarbeid – som roller, ansvar, beslutningsprosesser, tillit og samarbeidskultur – må avklares tidlig.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (redusert bruk av personell eller økonomi)?

- Etablerer grunnlag for bedre samhandling: Forprosjektet tydeliggjør roller, ansvar og samarbeidsstrukturer, som kan redusere dobbeltarbeid og ineffektiv ressursbruk i senere gjennomføring.
- Avklarer riktig oppgavedeling mellom nivåene: Gir et kunnskapsgrunnlag for å sikre at pasienter får riktig behandling på riktig nivå, noe som på sikt kan redusere unødvendig bruk av spesialisthelsetjenester.
- Identifiserer tiltak med potensial for tidlig innsats: Bidrar til å utvikle tiltak som kan forebygge forverring og dermed redusere behovet for mer ressurskrevende tjenester.
- Legger til rette for mer målrettet bruk av personell: Kartlegging av behov og kompetanse gir grunnlag for bedre utnyttelse av fagressurser i videre prosjekter.
- Reduserer risiko for feilinvesteringer: Gjennom systematisk utredning og behovsavklaring bidrar forprosjektet til at videre tiltak blir mer treffsikre og kostnadseffektive.

- Utvikler beslutningsgrunnlag for prioritering: Gir ledelsen et bedre grunnlag for å prioritere tiltak som gir størst effekt i forhold til ressursbruk.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Prosjektet skal gjennomføres etter en smidig metodikk, der mål og tiltak formuleres som hypoteser som kontinuerlig testes, evalueres og justeres gjennom korte iterasjoner og systematiske læringssløyfer. Denne tilnærmingen skal legge til rette for en gradvis og kunnskapsbasert overgang til ordinær drift.

Prosjektets kontaktperson):	Kontaktinformasjon:
Lars Rye (prosjektleder)	Lars.rye@unn.no

Innovativ samhandlingsmodell

Deltakende kommune(r): Senja	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge
Finansiering: 1 624 000 kr (*1 500 000 kr RS-midler + 424 000 egeninnsats*)	Prosjektperiode: Januar 2026 til juni 2026

Prosjektet tok opprinnelig utgangspunkt i en søknad om utvikling av døgnbehandlingstilbud. Etter tildeling av midler og utarbeidelse av prosjektmandat ble det imidlertid tydelig at forutsetningene hadde endret seg, og prosjektet utviklet seg derfor i en annen retning enn det søknadstittelen («Innovativ samdriftsmodell for døgnbehandling innen psykisk helse og rus») tilsier. Denne dreiningen er forankret i prosjektmandatet og danner grunnlaget for vurderingene i denne erfaringsrapporten, der måloppnåelse, aktiviteter og resultater vurderes ut fra prosjektets faktiske innretning.

Hovedmålet i prosjektet er å beskrive en samhandlingsmodell som skal bidra til at brukeren møter én tydelig inngang til tjenestene uavhengig av forvaltningsnivå, med høyere kvalitet, bedre samhandling på tvers av nivåer og en mer bærekraftig helsetjeneste. Modellen skal være mulig å skalere til flere kommuner.

Målgruppen i prosjektet er voksne med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet

Det som er gjennomført til nå er workshop, hospitering, møte med fastleger, bruker spør bruker, visualisering av dagens og nytt pasientforløp med forslag til digitale løsninger, innhenting av erfaringer fra relevante prosjekter, foredrag for prosjektgruppen fra eksterne fagressurser, kartlegging av juridiske og teknologiske forutsetninger, utarbeidet et veikart for et mulig gjennomføringsprosjekt i perioden 2026-2029.

Forventet effekt/nytteverdi:

- Bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste: Måles ved antall avvik/meldinger knyttet til samhandlingssvikt og opplevd samhandlingskvalitet.
- Helhetlig pasientforløp og kontinuitet i tjenesten. Måles gjennom brukerundersøkelser og antall henvisninger.
- Bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet. Måles ved bruk av spørreundersøkelse til ansatte, samt pasient- og pårørendetilfredshet.
- Overføringsverdi til andre kommuner: Måles ved antall kommuner og formelle samarbeidsavtaler etablert og opplevd nytte hos nye aktører.

Brukermedvirkning i prosjektet er gjennom to brukerrepresentanter som har deltatt i prosjektgruppen. I tillegg er det gjennomført innsiktsarbeid der brukere spør brukere. Det har også være seks brukerrepresentanter som har deltatt i workshop.

Status per 1. juli 2026:

- Prosjektet avsluttes i juni 2026 i henhold til plan.
- Det er utarbeidet et forslag til en samhandlingsmodell som beskriver et konsept for et mulig gjennomføringsprosjekt.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

- Oppstart og forankring (jan-2026)
- Felles problemforståelse (jan-mars)
- Konseptutvikling (mars-mai)
- Beskrive samdriftsmodell (mai-juni)
- Prosjektavslutning (juni -2026)

Læringspunkt 1: Hva har vi fått til så langt?

- Felles erkjennelse av «runddansen»: Omforent forståelse av utfordringen og behovet for å dreie praksis fra avvisning til i stedet gi relevante tilbud.
- Økt digital og interorganisatorisk modenhet: Bedre forståelse av digitalisering som virkemiddel og av roller/ansvar på tvers, samt identifiserte behov for videre utvikling.
- Utforskende utvikling av mandat og retning: Fleksibel prosess med læring underveis, som samtidig har synliggjort behov for tidlige avklaringer av mål og mandat både internt i prosjektgruppen og mellom prosjektet og prosjekteiere.

Læringspunkt 2: Hva er viktig å dele fra vårt prosjekt til andre?

- Interorganisatorisk modenhet: Kritisk forutsetning – må kartlegges tidlig (roller, ansvar, tillit og samarbeidskultur).
- Digitalisering: Ulik modenhet kan hindre fremdrift – krever styrket bestillerkompetanse og tett samskaping med fag- og teknologimiljøer.
- Brukermedvirkning: Krever tydelige strukturer, metoder og ressurser for at perspektiver faktisk påvirker utviklingen.
- Problemforståelse: Uenighet om behov og mål må synliggjøres og avklares tidlig.
- Felles forutsetninger: Avklar rammebetingelser (økonomi, lovverk, kapasitet, prioriteringer) tidlig for å sikre felles retning.

Læringspunkt 3: hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (redusert bruk av personell eller økonomi)?

- Digitalisering: Effektiviserer arbeidsprosesser, styrker informasjonsdeling og reduserer manuelt og dobbelt arbeid. Frigjør personellressurser og øker kvalitet og tilgjengelighet.
- Bryte «runddansen»: Mer helhetlige og koordinerte tilbud reduserer gjentatte avslag og henvisninger. Gir mindre dobbeltarbeid, kortere saksbehandlingstid og mer målrettet ressursbruk.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Evaluering: Det skal utarbeides en sluttrapport som oppsummerer aktiviteter, måloppnåelse, erfaringer og anbefalinger som grunnlag for videre beslutninger om ev. videreføring.

Overgang til ordinær drift: Prosjektet har utviklet et konsept for et gjennomføringsprosjekt.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Beathe Fridfeldt (prosjekteier)	Beate.Fridfeldt@unn.no
Turid Amundsen (prosjekteier)	turid.anita.amundsen@senja.kommune.no
Lars Rye (prosjektleder)	Lars.rye@unn.no

OpiNor

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Bodø	Nordlandssykehuset

Hva går prosjektet ut på?

OpiNor er et senter for opioidavhengige og ble etablert som et samarbeidsprosjekt mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset HF våren 2022-2025 med prosjektmidler fra Helsedirektoratet ved Statsforvalteren i Nordland. Målgruppene er personer med opioidavhengighet og pasienter i LAR. Denne pasientgruppen har en høyere dødelighet og fysisk og psykisk samsykelighet enn den øvrige befolkningen. Dette medfører et stort behov for koordinerte, sammensatte tjenester på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Senteret er bemannet med 2 årsverk sykepleier/vernepleier fra Bodø kommune og 2 årsverk sykepleier/vernepleier fra Nordlandssykehuset HF. Team- sammensetningen sørger for at tjenestene leveres samtidig og på tvers av tjenestenivåene. Nordlandssykehuset HF har også lege- og psykologressurser tilknyttet. I de samme lokalene er også de kommunale ruskonsulentene. Dette bidrar til et helhetlig, tverrfaglig, individuelt tilpasset fleksibelt tilbud som ytes i det pasienten trenger det. På grunn av den geografiske lokasjonen til senteret ytes tjenestene dessuten nært pasientene.

Det er etablert formelt samarbeid med NAV, Arbeids- og utdanningsspesialist i Nordlandssykehuset, N.K.S. veiledningssenter for pårørende, Kirkens bymisjon, Ovenpå- rusfritt treffsted, Nordland fengsel avd. høysikkerhet og fastleger. Senteret har møterom for samarbeidsmøter o.l., undersøkelsesrom for helseundersøkelser og sårpleie. I tillegg til en videreføring av de allerede etablerte tjenestene, planlegges det videreutviklet med bl.a. diagnostisering og behandling for hepatitt C i tråd med helsemyndighetenes Nullvisjon for hepatitt C, og lavterskel-utlevering for opioid-avhengige uten LAR, jfr. Helsedirektoratets Nasjonale veileder for psykisk helse- og rusarbeid for voksne.

Mål og målgrupper:

Bodø kommunen og Nordlandssykehuset HF har besluttet at prosjektet skal fases over til en fast ordning. Det er kartlagt et behov for ytterligere én stilling med 50% finansiering av kommunen og 50% finansiering av sykehuset. Tilskuddet det søkes om her skal brukes til rekruttering av denne, samt videreutvikling av tilbudet frem til det finansieres med ordinære driftsmidler.

Forventet effekt/nytteverdi:

Tiltaket har vist potensiale for samfunnsøkonomisk gevinst. Ved hjelp av det tette samarbeidet vil man kunne forebygge akutte hendelser. Erfaringen så langt har vært at det er lavere terskel for å henvise inn til elektive innleggelser og tettere samarbeid med eks. fastlegene, ved at man møter pasientene jevnlig.

Gjennom at medikamentelle justeringer gjennomføres på senteret, reduserer dette behov for døgninnleggelse der man ellers ville startet opp eller faset ut medisin i spesialisthelsetjenesten. Kartlegge antall reduserte innleggelser ved å registrere antall pasienter som starter opp med medikamentell behandling poliklinisk i senteret.

Det gjennomføres systematisk arbeid med å bistå brukerne å søke kommunal bolig. Ved å arbeide som fast team med kommunalt forankrede ansatte, forenkler dette samhandling med kommunen boligkontor.

Ved å ha arbeids- og utdanningsspesialist (AUS) tilknyttet senteret, legges det til rette for målrettet aktivitet for arbeidsinkludering- og utprøving.

Finansiering:

Det er innvilget Rekrutterings- og samhandlingstilskudd til en 100 % stilling som etter endt prosjekt skal finansieres med 50 % lønnsmidler fra kommunen og 50 % lønnsmidler fra sykehuset. Kommunen bidrar med to 100 % stillinger i tillegg til 70 % av husleien.

Nordlandssykehuset bidrar i dag med tre 100 % stillinger, inkludert prosjektlederstillingen. Nordlandssykehuset finansierer 30 % av husleien. I tillegg er det tilgang til legeressurs og psykologressurs en dag i uken, samt samarbeid med arbeids- og utdanningsspesialist tilsatt i avdeling for rus, psykiatri og avhengighet i Nordlandssykehuset.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Brukerrepresentanter fra RIO og MARBORG har vært aktivt medvirkende i styringsgruppen og arbeidsgruppen i utformingen av tilbudet. I det videre arbeidet er brukermedvirkning og brukererfaring ivaretatt med brukerrepresentanter i styringsgruppen. I tillegg er det bedt om samarbeid med brukerrepresentanter i en referansegruppe, ved evaluering av tilbudet og utforming av brukerundersøkelser som nå gjennomføres.

Brukerrepresentant har tilbud om tilstedeværelse ved OpiNor på avtalte tidspunkt. De disponerer da et kontor der for tilgjengelighet til målgruppen.

Status per 1. juli 2026:

Det er tilsatt en sykepleier i 100 % stilling ved OpiNor, der målsetningen er 50 % finansiering av kommunen og 50 % finansiering av Nordlandssykehuset. Det er utlyst stilling som overlege i LAR, der målsetningen ved tilsetning er å videreutvikle tilbudet med bl.a. diagnostisering og behandling for hepatitt C i tråd med helsemyndighetenes Nullvisjon for hepatitt C, og lavterskel-utlevering for opioid-avhengige uten LAR, jfr.

Helsedirektoratets Nasjonale veileder for psykisk helse- og rusarbeid for voksne.

Milepælsplan:

Oktober 2025:

Politisk sak fremmes Bystyret for beslutning om implementering i varig drift.

Innen utgangen av 2026 ha etablert lavterskel substitusjonsbehandling for personer med en opioidavhengighet utenfor LAR. OpiNor ble politisk vedtatt inn i ordinær drift fra 01.01.2026.

2025/2026:

Kartlegge antall reduserte innleggelser ved å registrere antall pasienter som starter opp med medikamentell behandling poliklinisk i senteret.

Hepatitt C – behandling og oppfølging. **Høst 2026:**

Oppstart av lavterskel substitusjonsbehandling. Questback til samhandlingsaktører.

Læringspunkter:

Gjennom organiseringen av ansatte der begge organisasjonene er likt representert og oppgavefordelingen er lik mellom de ansatte, er dette med å fremme stabilisering og god bruk av personell på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Det bidrar til å skape en mer helhetlig tjeneste for målgruppen, som i utgangspunktet har mange aktører involvert. De ansatte ved senteret har en koordinerende funksjon med korte linjer til andre tjenesteaktører i kommunen, til andre tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten, til fastlegene og andre samhandlingsaktører.

Det var gjennomført en kartlegging av ressursbruk tilknyttet målgruppen før oppstart av prosjektet. Ved å organisere tilbudet med fast ansatte fra kommunen og spesialisthelsetjenesten har det redusert personellbehov i andre kommunale tjenester.

Det er fortsatt et utviklingspotensial i bruk av journalsystemene i spesialisthelsetjeneste og kommunen. I dag benytter de ansatte ved OpiNor systemene innenfor begge tjenesteområdene der det er gjort en kartlegging av hvilke systemer som er hensiktsmessig å benytte for god oppgaveflyt.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Evaluering vil gjennomføres våren 2027 når ny enhetsleder er tilsatt ved Ruspoliklinikken og OpiNor. Stillingen er nå lyst ut og med forventet tilsetning høsten 2026.

Høsten 2027 vil det være overgang til ordinær drift der stillingen med lønnsmidler er i budsjett fordelt 50 / 50 mellom sykehus og kommune.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Kathrine Windsrygg	Kathrine.Windsrygg@bodo.kommune.no
Marte Marie Gjerstad	Marte.Marie.Gjerstad@nlsh.no

Prosjektet «Sikkerhetspsykiatrisk rehabilitering - ny tjenestemodell»

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Piloteres med Bodø og Rana kommune; øvrige kommuner rulleres inn fortløpende når de har aktuelle pasienter.	Nordlandssykehuset

Samhandlingsprosjektet etablerer en ny, helhetlig og integrert tjenestemodell for sikkerhetspsykiatrisk behandling og rehabilitering, med ett sammenhengende behandlingsforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Det er et samarbeid mellom Nordlandssykehuset HF, Bodø og Rana kommune, med planlagt bredding til øvrige kommuner i nedslagsfeltet (Helgeland, Salten, Vesterålen og Lofoten). Prosjektet skal møte bærekraft- og samfunnsvernutfordringen med stadig flere pasienter på dom til tvungent psykisk helsevern, som utfordrer kapasiteten i tjenestene nå og fremover. Trygge overganger, kontinuitet i risikohåndtering og helhetlige forløp på tvers av sikkerhetsnivåer sikres gjennom: 1) en felles behandlingskjede (sikkerhetsenheter, sikkerhetsboliger, overgangsboliger og kommunale boliger), 2) et felles spesialisert sikkerhetsteam med klart definert faglig ansvar, og 3) felles rutiner, avtaler og kompetansepakker.

Mål og målgruppe: Etablere en integrert og helhetlig organisering av sikkerhetspsykiatriske behandlingsforløp for personer med alvorlige psykiske lidelser som i perioder utgjør betydelig risiko for andre. For denne gruppen har spesialisthelsetjenesten et dobbelt ansvar: å ivareta pasientens rettigheter og behandlingsbehov, samtidig som samfunnsvernet sikres. En trinnvis behandlingskjede skal gjøre at pasienter på sikt kan etableres i egen hjemkommune.

Hva skal gjennomføres:

- Et overordnet sikkerhetsteam (sykehus, kommuner og spesialister) med koordinerende og ambulant rolle gjennom hele forløpet, som sikrer kompetansepakker for alle ansatte i kjeden – bl.a. møte med aggresjon (MAP), medikamenter/somatikk, sykdomslære og relevant juss. Hospiteringsordninger mellom trinnene innføres.
- Sykehuset etablerer en egen Rehabiliteringsenhet (Sikkerhetsenhet B) som nytt trinn i kjeden, med vekt på økt ADL-funksjon (treningskjøkken), fysisk aktivitet, AUS-oppfølging og sosialfaglig hjelp.
- Aktiv styring av behandlingsforløp (progresjonsplaner) som forbereder pasientene på oppfølging på lavere nivå, der faglig ansvarlig prøver ut tiltak som gradvis gir større frihet og muliggjør tilbakeføring til samfunnet.
- Planer for tidlig intervensjon ved tilbakefall: forebygging av tilbakefall og redusert voldsrisiko prioriteres høyt, med avklarte tegn på forverring, innleggelsessted og ansvar for transport.

Forventet effekt/nytteverdi: Bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, redusert risiko og bedre samfunnsvern, forebygget og redusert voldsrisiko, samt økt bærekraft. Kompetanseheving, tett samarbeid og mer sømløs tilgang til riktig behandling – til rett tid, på rett sted og på rett sikkerhetsnivå – kan forebygge at fremtidige pasienter dømmes til tvungent psykisk helsevern.

Finansiering (rekrutterings- og samhandlingstilskudd, egenfinansiering, annen finansiering): Kommunene og helseforetaket bidrar med egenfinansiering av lønn, personell, lokaler og driftsmidler – herunder sykehuslokaler, egeninnsats fra spesialister, miljøpersonell og ledere, felles kompetansepakker og samarbeid med Nordland politidistrikt og Statsadvokatembetet. Det søkes midler til kostnader ut over ordinær drift i prosjektperioden. Prosjektet gir ingen økning i stillinger etter prosjektslutt, og bemanningsbehovet for pasientgruppen reduseres.

Brukermedvirkning: Brukerutvalg i spesialisthelsetjeneste og kommuner involveres i dialogmøter og i vurdering av brukererfaringer i forløpene. Pasientinvolvering sikres i egne forløp (mål, plan, overganger) innenfor rammene av sikkerhet og gjeldende lovverk.

Status per 1. juli 2026: Det er opprettet en prosjektgruppe som har utarbeidet søknad med rammeverk, innhold og struktur, og gjennomført flere møter. Prosjektet har fått støtte fra Helsefellesskapene i nedslagsfeltet, og det søkes også støtte fra Finnmark og Troms, for å tilrettelegge for spredning. Sikkerhetspsykiatrien ved sykehuset er blitt egen seksjon, og den nye rehabiliteringsenheten med 6 senger er under bygging (ferdigstilt medio oktober). Det er etablert treningspoliklinikk, treningskjøkken og aktivitetslokaler for sikkerhetspasientene, og ansatt en AUS (arbeids- og utdanningsspesialist) i avdelingen knyttet til prosjektet «Helse og Arbeid», som prosjektet vil samarbeide med.

Milepælsplan:

- M1: Styringsgruppe og prosjektgruppe etablert; mandat og plan godkjent (3 mnd.)
- M2: Sikkerhetsteam operativt; møteplan og samhandlingsstruktur i drift (6 mnd.)
- M3: Felles rutiner/prosedyrer (risiko/progresjon/varsling) implementert (9 mnd.)
- M4: Kompetansepakker og hospiteringsordninger igangsatt (12 mnd.)
- M5: Første pasientforløp gjennomført med dokumentert overgang (24 mnd.)
- M6: Sluttevaluering og anbefaling for videreføring/spredning (24–36 mnd.)

Læringspunkter:

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Måloppnåelse med vekt på:

- Videreføring av behandlingsforløp: sammenheng/kontinuitet
- Videreføring av behandling og risikohåndtering: konsistens i risikovurderinger og behandlingsplaner; opplevd klinisk nytte
- Samhandling og kompetanse: bedre samhandling; økt trygghet/kompetanse
- Brukererfaringer: opplevd kvalitet, forutsigbarhet og trygghet

Metode for evaluering:

- Strukturert erfaringsoppsummering i prosjektgruppen
- Indikatorsett utvikles i prosjektet
- Samlet rapport med anbefalinger for bredding/spredning

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Hedda Soløy-Nilsen	Hedda.Beate.Soloy-Nilsen@nordlandssykehuset.no
Ann-Marit Tverå	ann.marit.tvera@rana.kommune.no

Prosjekter som bidrar til mer integrerte tjenester for skrøpelige eldre og kronisk syke

Bedre ernæringsoppfølging til skrøpelige eldre

Deltakende kommune(r): Tromsø	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge
Finansiering: 456 068 kroner	**Prosjektperiode:** Januar 2025 til desember 2026

Prosjektet går ut på å forbedre samhandlingen rundt ernæringsoppfølgingen til skrøpelige eldre. Tidlig håndtering av underernæring er viktig for å forebygge funksjonstap og forverring av sykdoms- eller skrøpelighetstilstand hos eldre. Underernæring skal avdekkes systematisk både i kommunen og på sykehuset. Likevel er informasjon om ernæringsstatus og -behandling ofte mangelfull ved overføring mellom tjenestene. Dette fører til forsinkelser eller manglende oppfølging, eller til at helsepersonell bruker tid på å gjennomføre oppgaver som nylig er utført. Innledende kartlegginger iverksettes flere ganger fremfor iverksetting av målrettet behandling.

En forutsetning for bedre samhandling, er at det jobbes mer systematisk med ernæringsoppfølging både i hjemmetjenesten og under innleggelse. Dette innebærer at tiltak som iverksettes tar utgangspunkt i pasientens behov og situasjon. Videre må det sikres at ernæringsrelatert informasjon overføres og at denne er av god kvalitet. Det er mange som er involvert i ernæringsoppfølgingen av skrøpelige eldre, både på avdelingen pasientene er innlagt/tilhører og kliniske ernæringsfysiologer (kef) som kobles på ved behov.

Kef er en ressurs i direkte pasientbehandling, men er også en viktig pådriver for økt kompetanse og kvalitet på ernæringsoppfølging i tjenestene. Prosjektet går ut på å forbedre samhandlingen både gjennom økt kompetanse og kvalitet om ernæringsoppfølging generelt og økt fokus på informasjonsoverføring.

Hovedmålet er at ernæringsproblematikk blir fanget opp og fulgt opp så tidlig som mulig og at oppfølgingen er helhetlig og kontinuerlig på tvers av tjenester. **Målgruppen** er skrøpelige eldre.

Det som skal forbedres er systematikk og kvalitet på ernæringsarbeidet i avdelingene gjennom internundervisninger og annen kompetanseheving. Kontinuerlig evaluering av informasjon som overføres for å vurdere om denne gir informasjon som er nyttig for å gi god oppfølging videre. Kvalitetssikring av informasjon som overføres gjennom tilstedeværelse av kef i avdelingen. Kef i hjemmetjenesten bidrar til å fange opp pasienter med ernæringsproblematikk etter utskrivelse gjennom deltakelse på tverrfaglige møter og generelt gjennom tilstedeværelse i avdelingen. Dette gir mulighet til rask oppfølging og avklaring der det mangler informasjon. Fremover er det ønskelig å forsøke samme modellen på UNN.

Kef i avdelingen gir direkte effekt i form av rask oppfølging. Også overføring av mer målrettet og presis informasjon forventes å bidra til at man unngår unødvendige forsinkelser i oppfølgingen. Det vil i mindre grad gjøres dobbeltarbeid og man kan i større grad bygge videre på de kartlegginger og planer som allerede er utarbeidet. Tjenestene kan bistå hverandre med karlegginger og avklaringer ved behov, og i større grad samkjøre anbefalinger og tiltak. Dette forventes å gi mer målrettet ernæringsoppfølging basert på pasientens behov og situasjon. Virkningene evalueres på bakgrunn av blant annet gjennomgang av kasuistikker som klinisk ernæringsfysiolog i hjemmetjenesten har vært involvert, bruk av kef-sammenfatning og generelle kvalitetsindikatorer for systematisk ernæringsoppfølging i de respektive tjenestene.

Status per 1. juli 2026

Diskusjonsmøter med kef-er i kommunen og kef-er på Ernæringssenteret med hensikt å skape felles forståelse for utfordringer knyttet til samhandling om ernæring. Tema har vært konkrete problemstillinger fra praksis, gjennomgang av tilbud/prosesser i kommunen/på UNN.

Konkretisert og illustrert ernæringsoppfølging i ulike deler av forløpet til skrøpelige eldre. Innlegg om overføring av ernæringsrelevant informasjon på fagdag for ernæringskontakter på UNN. Felles kompetanseheving på tvers av sykehus og kommune. Vi har hatt fagmøte om skrøpelighetsvurdering og i etterkant jobbet videre sammen om bruken og betydningen av vurderingen i ernæringsarbeidet.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Klinisk ernæringsfysiolog i hjemmetjenesten – pågående

Faglige samarbeidsmøter mellom kef kommune og kef UNN – pågående Tettere kef-oppfølging på utvalgte avdelinger – høst 26

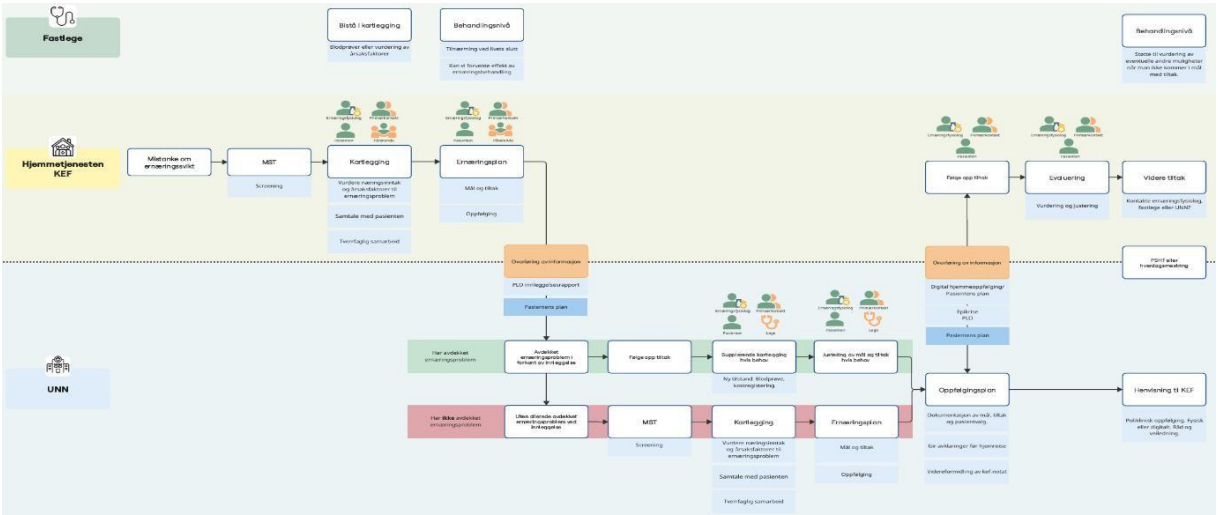
Læringspunkter:

Læring på tvers oppleves nyttig. Vi ser at det åpner opp for nye perspektiver når vi ser ting fra ulike ståsted. Samtidig har vi erfart at det tar tid å få felles forståelse for hva samhandling er og hva som er den enkeltes ansvar for å oppnå god samhandling. Det krever i mange tilfeller en mer proaktiv oppfølging.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Basert på erfaringene fra prosjektet vil det gjøres en vurdering av hvordan ernæringsrelevant informasjon bør utformes for at det skal gi mest nytte for mottakeren og være gjennomførbart i praksis. Det vil videre evalueres om modell med kef tettere tilknyttet avdeling bidrar til forbedret samhandling.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Ingvild Hansen Ivan	Ingvild.hansen.ivan@tromso.kommune
Siv Hilde Fjeldstad	siv.hilde.fjeldstad@unn.no



Figur 1: ErnFringsforløp for skrøpelige eldre.

Prosjekt X – Eldreløftet

Deltakende kommune(r): Tromsø	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
Finansiering: 8 153 372 kroner	**Prosjektperiode**: Mars – desember 2026

Prosjekt X – Eldreløftet er et samhandlingsprosjekt mellom Tromsø kommune og UNN, der eldre pasienter skal oppleve å få hjelp fra «tjenester fra samme hus» – uavhengig av om sykehuset eller kommunen følger dem opp. **Bakgrunnen er kjente utfordringer** med demografiutvikling, mer komplekse helsebehov og rekruttering, og særlig et høyt antall utskrivningsklare pasienter (USK) med liggetid godt over nasjonalt snitt.

Prosjektet tester nye organisatoriske modeller med kompetansedeling på tvers av tjenestenivåer, felles beslutningsstøtte og digitale samhandlingsløsninger gjennom fire piloter (oppstart mai/juni 2026), som evalueres hver 2. uke:

Pilot 1 – Trygg utskrivelse 96 timer (fra 1. juni): Direkte telefonlinje fra kommunalt helsepersonell til UNN-lege/sykepleier de første 96 timene etter utskrivelse fra geriatrisk/ortopedisk avdeling. Nummeret står i epikrisen. Ortogeriater mandag–fredag kl.08–15, geriatrisk sykepleier alle dager kl. 15–21. Inspirert av Kongsberg-modellen.

Pilot 2 – Sykepleierbilen (fra 1. juni): 1 geriatrisk sykepleier (UNN) + 1 AKS-sykepleier (legevakten) rykker ut til hjem, omsorgsbolig eller institusjon for faglig og klinisk vurdering, behandling og digital samhandling med lege. Drift mandag, torsdag, fredag og lørdag kl. 12–20. Inspirert av «Bo trygt hjemme» (Sykehuset Innlandet HF).

Pilot 3 – Forsterket legevaktsbil (fra 29. mai): Lege og sykepleier fra legevakten; dedikert til bilen i perioden, og samarbeidet med AMK er styrket for å ta flere gule og grønne oppdrag.

Pilot 4 – Forløpstavle: Digital samhandlingstavle med sanntidsoversikt over pasientforløp, tiltak og ansvar på tvers av tjenestene (Helsehusets korttidsavdelinger, Inga Sparboes vei, Forvaltningskontoret og Geriatrisk sengepost UNN). Arbeidsgruppe settes ned.

Sidepilot – Clinical Frailty Scale: Felles skrøpelighetsskala på tvers av tjenestene.

Prosjektets fire hovedmål: God og trygg ivaretakelse i hjemmet, hindre unødvendige innleggelser, rask avklaring og behandling, og rask utskrivning til riktig sted.

Målgrupper: Hjemmeboende eldre og skrøpelige pasienter i Tromsø, pasienter utskrevet fra geriatrisk og ortopedisk sengepost ved UNN, og helsepersonell i kommunen og UNN som arbeider med disse gruppene.

Forventet effekt: Færre unødvendige innleggelser og reinnleggelser, tryggere overganger mellom sykehus og kommune, færre utskrivingsklare pasienter (USK) og overliggerdøgn, hjelp der pasienten er, bedre samhandling og klarere ansvar, samt mer bærekraftig bruk av personell. Måles kvantitativt (antall (re)innleggelser, oppdrag for legevaktsbil, telefonkonsultasjoner via 96-timersordningen, liggetid og USK) og kvalitativt (oppfølging av utvalgte forløp, intervjuer med pasienter og ansatte, oppdragsskjema) – evaluering hver 2. uke.

Brukermedvirkning foregår gjennom at pasientintervjuer inngår i den kvalitative evalueringen, og pårørendes erfaringer følges opp i utvalgte forløp. Kartleggingene viste at pasienter og pårørende ofte ikke er godt nok forberedt ved utskrivelse – et direkte mål for tiltakene.

Status per 1. juli 2026:

Kartlegginger og analyser av USK, liggetid og pasientflyt er ferdigstilt (mars 2026), og ansattundersøkelse er gjennomført. Pilot 1 og 2 startet 1. juni, forsterket legevaktsbil 29. mai 2026, arbeidet med Clinical Frailty Scale er påbegynt, og bestilling til Forløpstavle er klar**.**

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):		
Tidspunkt	**Milepæl**	**Status**
Mars 2026	Oppstart, kartlegging og analyse	Gjennomført
29. mai 2026	Forsterket legevaktsbil	Startet – evaluering hver 2. uke
1. juni 2026	Pilot 1 og Pilot 2	Startet – evaluering hver 2. uke
Juni 2026	Forløpstavle og Skrøpelighetsskala	Under oppstart
Høst 2026	Evaluering og revisjon av mandat	Planlagt
Des. 2026	Avslutning / overgang til drift	Planlagt

Læringspunkter så langt: Rask oppstart av tre piloter med forankring i begge organisasjoner, konkrete tiltak basert på grundige kartlegginger og nasjonale erfaringer (Kongsberg-modellen, Bo trygt hjemme), og godt tverrfaglig samarbeid – tydeligst i Sykepleierbilen. Sterk ledelsesforankring og bred involvering har vært avgjørende for å løse organisatoriske barrierer og bygge tillit. Tiltakene er første steg i en løpende prosess og løser ikke alene USK-utfordringen; framtidige tiltak må også styrke kompetanse i en voksende hjemmetjeneste.

De tre viktigste erfaringene å dele: 1: USK handler ikke om for mange innleggelser, men om hva som skjer etterpå – korttidsplassene er flaskehalsen, og tiltak må rettes mot overgangene. 2: Personell fra begge tjenestenivåer i samme team skaper tillit, øker kompetansedeling og gir bedre forløp. 3: Enkle strukturelle grep, som et telefonnummer i epikrisen, kan ha stor betydning i den sårbare perioden etter utskrivelse.

Bærekraft: Færre innleggelser og kortere liggetid avlaster sykehuset, felles personellbruk øker kompetansedeling og reduserer parallelle ressurser, og modellene kan skaleres til andre fagområder og lokasjoner.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Alle piloter evalueres løpende hver 2. uke gjennom hele perioden, på både kvantitative (innleggelser, oppdrag, liggetid, USK) og kvalitative mål. Mandatet revideres høsten 2026. Vellykkede tiltak vurderes for permanent innføring og forankres i styringsgruppen for prioritering og økonomisk avklaring; løsningene er designet for å kunne skaleres til andre fagområder og kommuner. Prosjektets varighet følger finansieringen og er regulert til 2026.

Kontaktperson:	**Kontaktinformasjon:**
Emilie Storø	emilie.storo@tromso.kommune.no




HOVEDINNGANG · VÅLDOUKSA

Fremtidens pasientforløp - enhet for samhandling og digitale helsetjenester

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Vefsn	Helgelandssykehuset

Mål og målgrupper:

Prosjektet skal utvikle og forbedre pasientforløp for skrøpelige eldre, kronisk syke og pasienter med langvarige behandlingsbehov. Målet er helhetlige tjenester gjennom bedre samhandling mellom kommune og sykehus, og økt bruk av digitale oppfølgingstjenester.

Hva skal gjennomføres:

Det utvikles digitale verktøy og tjenestemodeller som styrker samhandling rundt prioriterte pasientgrupper. Målet er behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Vi bruker «digital helseoppfølging» som vi mener er et begrep som bedre favner, DHO, digital hjemmesykepleie og digital oppfølging av pasienter i hjemmesykehus.

Tiltakene rettes mot Vefsnregionen med mulig regional utvidelse. Prosjektet omfatter også oppfølgende og ambulerende tjenester for pasienter med komplekse behov.

Forventet effekt/nytteverdi:

Tiltakene skal redusere unødvendig bruk av prehospitale tjenester og behov for kommunale øyeblikkelig hjelp-tjenester, og styrke pasientens egenmestring, trygghet og samhandling mellom tjenestenivåer.

Endringer måles i antall pasienter innrullert i DHO, bruk av fastlege (ventetid), hjemmetjeneste (tid på hjul), forbruk legevakt, prehospitale tjenester, sykehusinnleggelser og pasienttilfredshet. I tillegg måles opplevelse av digital oppfølging, tilgjengelighet på verktøy og mestring av egen helse.

Finansiering:

Total ramme er 3,9 millioner kroner for 2026 (forprosjekt). Videre finansiering vurderes etter evaluering.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Prosjektet er forankret i brukerutvalget ved Helgelandssykehuset, og brukerrepresentant deltar i relevante arbeidsgrupper.

Status per 1. juli 2026:

- Prosjektet er forankret på ledernivå.
- Styringsgruppe er satt.
- Tverrfaglige og fagspesifikke arbeidsgrupper er etablert for kommunen og sykehus, inkludert fastlegekontor, hjemmetjeneste og flere medisinske fagområder
- Arbeidsgruppene utvikler tjenestemodeller, vurderer ressursbruk og behov for digitale verktøy. Erfaringer fra andre aktuelle prosjekter innhentes parallelt.

Vi er dermed godt i gang med Q3 på kommunesiden, og Q2 fra sykehusets side.

Milepælsplan:

Q1 2026: Plan og forankring (start 1.1.2026) Q2 2026: Etablering av samarbeid og grupper Q3 2026: Utvikling av modeller

Q4 2026: Pilotering og evaluering

Læringspunkter:

Prosjektet forventes å gi bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet, høyere pasienttilfredshet og mer effektiv ressursbruk.

De tre viktigste erfaringene å dele med andre:

- Forankring er viktig for gjennomføring.
- Tenk tverrfaglig involvering.
- Piloter i småskala og juster kursen.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Prosjektet evalueres fortløpende. Etter pilotering utarbeides anbefaling for implementering i ordinær drift.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Eva Bjørhusdal	Eva.bjorhusdal@helgelandssykehuset.no
Marit Osima	Marit.osima@vefsnkommune.no

Narvik som utstillingsvindu

Deltakende kommune(r): Narvik	Deltakende HF: Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik
Finansiering: 5 268 368 kroner + egenfinansiering	Prosjektperiode: November 2024 til desember 2027

Endringer i demografi med flere eldre og redusert tilgang på helsepersonell krever nye løsninger i samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. **Prosjektet bygger videre på gjennomført utviklingsarbeid** knyttet til etablering av nytt sykehus og helsehus, med mål om å utvikle mer integrerte og bærekraftige tjenester. Prosjektet skal bidra til å forbedre pasientforløp for skrøpelige eldre gjennom styrket samhandling, felles kompetanseutvikling og bedre utnyttelse av samlede ressurser. Gjennom konkrete tiltak skal det utvikles og prøves ut modeller for tettere samarbeid mellom kommune og UNN Narvik.

Hovedmålet i prosjektet er å etablere samarbeidsmodeller som sikrer helhetlige, proaktive og personsentrerte pasientforløp. Videre har prosjektet følgende delmål:

- Økt samhandlingskompetanse og kvalitet hos ansatte.
- Tidlig identifisering og forhindre fallering hos hjemmeboende eldre.
- Utvikle tiltak som forebygger innleggelser og reinnleggelser i sykehus.
- Flest mulig pasienter skal kunne reise rett hjem etter sykehus opphold.
- Fleksibel bruk av personell, utstyr og arealer.

Målgruppen i prosjektet er først og fremst skrøpelige eldre pasienter, men også helsepersonell i kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt fastleger. Tiltakene skal være overførbare til andre pasientgrupper og kommuner/sykehus.

Søknaden som ligger til grunn for prosjektet inneholder **fire omfattende tiltakspakker** og det ble i februar 2025 arrangert en workshop med mål om å utarbeide en handlingsplan for prosjektet. Tiltakene inkluderer bedre meldingsutveksling, innføring av felles kartleggingsverktøy (CFS), etablering av koordinatorfunksjon, gjennomføring av fagdager og kompetansehevende tiltak, forebygging av innleggelser og reinnleggelser, utprøving av delte stillinger, samt økt samarbeid mellom hjemmetjenesten, helsehus og sykehusavdelinger.

Forventede gevinster fra dette prosjektet er bedre kvalitet og pasientsikkerhet, færre innleggelser og reinnleggelser, flere hjemmeboende pasienter og mer effektiv ressursbruk. Dette skal måles gjennom antall innleggelser og reinnleggelser,

samhandlingsavvik, kvalitet i pasient forløp, bruker- og medarbeidertilbakemeldinger og evaluering av tiltak.

Brukerrepresentant er med i lokalt samarbeidsutvalg, deltar også i arbeidsgrupper, workshop, fagdag, undervisning samt på forespørsel ved behov for drøfting.

Status per 1. juli 2026:

- Fagdager fast 2 ganger per år, april og oktober. LSU er ansvarlig for at gjennomføring og det er opprettet en egen arbeidsgruppe for dette. Likt innhold hver gang med små justeringer som følge av evaluering på slutten fagdagene. Alle kommuner i UNN Narvik sitt område med fra oktober 2025, Harstad med for å observere og fått informasjon om tilbudet med et møte for deling av innsikter, erfaringer og tips til gjennomføring.
- Lokalt samarbeidsutvalg (LSU)er etablert, møtes hver 6.uke.
- USK møter, evaluert mai 2026, Laget sjekkliste for å være bedre forberedt før møtene.
- CFS opplæring gjennomført i UNN Narvik og alle 5 kommuner, arbeid med tiltak ift. score er påbegynt.
- Lokale team samlet i 2 WS. Informasjon om alle teamene innhentet og arbeides med å publisere informasjonen slik at den er lett tilgjengelig for alle i UNN og kommune.

- Samhandlingsfarmasøyt tilsatt 01. november 2025.
- Samhandlingslege tilsatt 01. mars 2026.
- Prosjektleder tilsatt 01. april 2026, 50% permisjon inntil videre.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

	Hva	Påbegynt	Fullført	Kommentar
MP1	Planlegge og arrangere fagdag x 2 pr år	Nov 24	04.02.25	Fortløpende og etter hver fagdag
MP2	Planlegge og arrangere Workshop, TP2	Nov 24	27.02.26	
MP3	Opprette lokalt samarbeidsutvalg, Mandat	Nov 24	Feb. 25	Evalueres høst 2026
MP4	Første møte i LSU	Feb 25	25.03.25	Minimum 4 møter pr år
MP5	Ansatt samhandlingsfarmasøyt 100 %	Feb. 25	01.11.25	Vært på møte med leger i Kommunen og UNN Narvik
MP6	Levere handlingsplan til Prosjekteierne	Feb 25	01.06.25	
MP7	Evaluering av arbeid gjort til nå/veien videre	Juni 25	13.06.25	
MP8	Fortsette arbeid med handlingsplanen, prioritere/iverksette tiltak	13.06.25	Pågående	
MP9	Utvide fagdag til andre kommuner i UNN Narviks nedslagsfelt	22.10.25	22.10.25	
MP10	Etablere arbeidsgruppe for å se på samarbeidsmuligheter for allerede eksisterende tverrfaglige team	Okt 25	Pågående	2 WS gjennomført
MP11	Planlegge oppstart/opplæring og bruk av CFS i kommunen og sengeposter	Okt 25	Feb 26	Prosjektleder med i trygg eldremedisin
MP12	Ansettelse av samhandlingslege	Okt 25	01.03.26	Legemøte kommunen og UNN
MP13	Ansettelse av Prosjektleder	Des. 25	01.04.26	
01.04.2026 -31.12.2027				
MP15	Prosjektmandat	Februar 26	Pågående	Laget utkast
MP16	CFS – tiltak, digital opplæring	Feb. 26	Pågående	Trygg eldremedisin
MP17	Evaluere USK møter	April 26	Pågående	Ny evaluering sept 2026
MP18	Styringsgruppe	April 26	Mai 26	Møte 25.06.
MP19	Oversikt økonomi/Lage budsjett	April 26	Pågående	
MP20	Publiser informasjon om team i UNN+kom.	April 26	Pågående	Ses på funksjonelle løsninger for deling av informasjon.

MP21	Opprette samarbeid mellom sam.farmasøyt (samfarm) og farmasøyt SANO	April 26	Pågående	Hatt felles møte med klinikkledelse, samfarm og farmasøyt SANO
MP22	Gevinster Kvalitative/kvantitative	Mai 26	Pågående	
MP23	Følge opp samarbeid PLL – UNN + kommunen	Mai 26	Pågående	
MP24	Opprette arbeidsgruppe samhandling/sjekklister	Mai 26	Pågående	Sengeposter, kommune – bedre dialog/ meldingsutveksling. Se på sjekkliste barn innleggelse/innlagt
MP25	Arbeidsgruppe samandling - sengep og helsehus	Mai 26	pågående	Første møte mai 2026, nytt møte juni
MP26	Opprette samarbeid med Harstad kommune/UNN Harstad ang fagdag.	Mai 26	Pågående	Med på fagdag i oktober, tilbudt et møte for å dele erfaringer/innsikter
MP27	Opprette arbeidsgruppe felles kartleggingsverktøy	Aug 26		Kan MP22 og MP25 slås sammen?
MP28	Samarbeidsmøte leger, UNN, Inst, sam.lege	Mai 26	Utsatt pga sykdom	Digital linje, Økt forståelse
MP29	Opprette nettverk – Lokale team	April 26	Høst 26	
MP30	Utrede sam. koordinator funksjonen – pilot?	Høsten 26		Utsatt pga. prosjektleder i 50%
MP31	Pilotere tiltak - ordinær drift	Vinter 26/27		
MP32	Pilotere sam. koordinator	Høst 26		
MP33	Gevinster	Vår 27		
MP34	Evaluering/ordinær drift?	Vår 27		

Læringspunkter:

Felles fagdag gir lik opplæring for alle. Fysisk oppmøte gir mulighet for å møte de vi samhandler med, grunnlag for gode diskusjoner. Evalueres hver gang. Evaluering fra fagdag tas tilbake til LSU for drøfting. **USK møter**: flyttet til tidligere i uken samt laget sjekkliste for å bruke til forberedelse til møtet. **Gevinst**: Større mulighet for planlegging av utskrivelse. Tverrfaglig team (PSHT og Innsatsteam) med på møtene for mulighet til å identifisere pasienter som har behov for oppfølging etter utskrivelse. **Lokale team**: økt forståelse for hva teamene kan bidra med og styrket samarbeid etter WS, i siste WS tegnet deltakerne pasientforløp med involvering av teamene samt kom med forslag til forbedringspunkter. **Delte stillinger**: gir bedre innsikt og økt mulighet for å identifisere/kartlegge smertepunkter i begge org.

Arbeidsgruppe helsehus, tildelingskontor, sengeposter: har ført til økt forståelse, bedre meldingsutveksling og ressursutnyttelse. Tydelig organisering og forankring er nødvendig for å få til endring og innføring av nye tiltak.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Fagdag: Besluttet at denne skal gjennomføres fast 2 ganger i året, evalueres fortløpende ved tilbakemelding fra deltakerne.

USK: Besluttet at skal gjennomføres fast hver uke hele året, evaluert mai 2026.

LSU: Evalueres høsten 2026.

Delte stillinger: Evalueres høst/vinter 2026/27, ordinær drift besluttes jfr. effekt/gevinst.

Felles kartlegging: bruk av CFS innført, arbeidsgruppe for felles kartleggingsverktøy etablert flere verktøy implementeres fortløpende.

Andre tiltak som iverksettes evalueres våren 2027 og LSU/styringsgruppen beslutter overgang til ordinær drift fortløpende og senest høsten 2027.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Linda Elisabeth Strøm	linda.elisabeth.strom@unn.no

Prosjekt X Midt-Troms «Hvor er samhandlingsrommet?»

Deltakende kommuner:	Senja, Bardu, Salangen, Lavangen, Målselv, Sørreisa og Dyrøy
Deltakende HF:	Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)
Statusdato:	1. juli 2026

Hva går prosjektet ut på?: Prosjekt X Midt-Troms skal utvikle kunnskapsgrunnlag og modeller for mer integrerte helse- og omsorgstjenester mellom kommunene i Midt-Troms og UNN. Utgangspunktet er at flere tjenester må kunne gis nærmere innbyggeren, hjemme eller lokalt, samtidig som spesialisthelsetjenesten kan bruke kapasiteten på de mest spesialiserte oppgavene. Prosjektet kartlegger tjenestebehov, pasientstrømmer, kompetanse, teknologi, finansiering og organisatoriske modeller for oppgaveoverføring og felles pasientforløp. DMS Senja, digital hjemmeoppfølging, responsteam/innsatsteam, interkommunal tjenesteforvaltning og psykisk helse/rus inngår som sentrale byggesteiner i Midt-Troms-modellen.

Mål og målgrupper: Målet er å identifisere, konkretisere og prøve ut bærekraftige modeller for integrerte tjenester med tydelig ansvarsdeling, bedre ressursutnyttelse og tryggere pasientforløp. Målgrupper er innbyggere/pasienter med sammensatte behov, eldre og personer med kronisk sykdom, fastleger, pårørende, ansatte og ledere i kommunene og UNN, samt politiske og administrative beslutningstakere i regionen.

‘



UNN og Senja kommunes representanter

Hva skal gjennomføres?: Det gjennomføres felles kartlegging av dagens oppgavefordeling, pasientstrømmer, flaskehalser, kompetanse- og teknologibehov. Prosjektet skal utvikle forslag til organisatorisk modell, finansieringsmodell og prioriterte pilotområder. Aktuelle utviklingsspor er digital hjemmeoppfølging/velferdsteknologi, responsteam og akuttmedisinsk samhandling, innsatsteam, felles vurdering/tildeling og koordinerende enhet, DMS som regionalt nav, universitetssykehjem/kompetansearena og nye modeller for psykisk helse og rus.

Forventet effekt/nytteverdi og måling: Forventet nytte er færre unødvendige innleggelser og reinnleggelser, bedre pasient- og pårørendeopplevelse, redusert ventetid og bedre flyt, frigjort personell-/ressursbruk, færre dobbeltprosesser, bedre vedtakskvalitet, økt faglig trygghet og bedre overgang fra prosjekt til drift. Det etableres gevinstindikatorer per pilotområde før utprøving, med måling av pasientflyt, ressursbruk, personellbelastning, kvalitet, pasient-/pårørendeopplevelse og medarbeideropplevelse.

Finansiering: Opprinnelig prosjektbudsjett er 2 485 000 kroner, fordelt på rekrutterings- og samhandlingstilskudd 2 200 000 kroner og egeninnsats/egenfinansiering 285 000 kroner. Midlene er planlagt brukt til prosjektledelse, frikjøp av kommunale og UNN-ressurser, styrings- og arbeidsgrupper, kartlegging/analyser og teknologi/digital samhandling. Eventuelle avvik mellom omsøkt og tildelt beløp håndteres gjennom prioritert aktivitetsplan og rapporteres i tråd med Helse Nords krav.

Brukermedvirkning: Brukere og pårørende involveres gjennom brukerutvalg/råd, workshops og dialog i utvikling av pasientforløp og pilotområder. Tillitsvalgte, vernetjeneste, fastleger og ansatte involveres i egen organisasjon og i felles prosjektarenaer. Brukererfaringer skal brukes aktivt i tjenestedesign, evaluering og justering av pilotene.

Status per 1. juli 2026: Prosjektet er forankret som Prosjekt X-pilot og inngår i en bred regional satsing for Midt-Troms. Det er etablert felles forståelse for at Prosjekt X må ses som en regional portefølje der ITIF, DHO/velferdsteknologi, responsteam/akuttkjede og samdriftsmodeller innen psykisk helse og rus henger sammen. Prosjektlederressurs og videre prosjektstruktur er under innfasing, og arbeidet er i fase for konkretisering av pilotområder, gevinstmål, styringsmodell og videre finansieringsbehov.

Gjennomført så langt: arbeidsgruppemøte 27.02.2026 etablerte felles situasjonsforståelse og behov for mer forpliktende samhandling; arbeidsgruppemøte 20.03.2026 styrket faglig retning og tydeliggjorde behov for klarere ansvar, samordning og bærekraftige løsninger; workshop 28. -29.04.2026 utviklet konkrete forslag til

nye arbeidsformer og aktuelle pilotretninger innen samhandling, organisering og informasjonsdeling. Nye pilotspor er initiert og er under videre prosjektering.

Milepælsplan (inkl. endringer i tidsplan):

Q4 2025	Prosjekt X-status, regional og nasjonal forankring, kobling til Helse Nord RS-midler og øvrige delprosjekter.
Q1-Q2 2026	Etablere arbeidsstruktur, gjennomføre felles arbeidsmøter/workshop, kartlegge flaskehalser og aktuelle pilotområder.
Q3 2026	Beslutte prioriterte piloter, gevinstindikatorer, ressursbehov og plan for videre prosjekteringer/utprøving.
Q4 2026-Q2 2027	Pilotere og justere valgte spor: ITIF, DHO/VFT, responsteam/akuttkjede, psykisk helse/rus og DMS-/kompetansemodeller.
Q3-Q4 2027	Sluttrapport, anbefaling om varig organisering, finansiering og overgang til ordinær drift/regional modell.
Fra 2028	Skalering til øvrige kommuner og overgang til ordinær drift, oppgavefellesskap/avtalestruktur eller annen valgt organisering.

Læringspunkter: Samhandlingsrommet oppstår ikke av seg selv, det må bygges som en felles struktur med mandat, ledelse, finansiering, digitale verktøy, klinisk ansvar og praktiske pasientforløp. Flere parallelle satsinger må samordnes til én regional portefølje for å gi effekt. De tre viktigste erfaringene er:

1. start med konkrete pasientforløp, ikke bare samarbeidsarenaer.
2. felles digital informasjonsflyt og styringsdata er en forutsetning for integrerte tjenester.
3. små og distriktskommuner trenger regional kapasitetsbygging for å kunne ta nye oppgaver forsvarlig. Prosjektet skal bidra til bærekraft ved å flytte innsats tidligere, redusere dobbeltarbeid, bruke teknologi som førstevalg og gjøre kompetanse tilgjengelig på tvers.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Evaluering legges opp som løpende gevinstoppfølging per pilotområde kombinert med sluttrapport. Overgang til drift vurderes gjennom beslutningspunkt etter hver pilot: hvilke tiltak skal inn i ordinær linje, hvilke bør organiseres interkommunalt, hvilke krever avtale med UNN, og hvilke krever videre finansiering eller følgeforskning. Resultater og læring deles med Helse Nord, HOD/KS, helsefellesskapet og øvrige Prosjekt X-piloter.

Kontaktperson	Kontaktinformasjon
Turid Anita Amundsen, kommunalsjef helse og omsorg, Senja kommune Mona Martinsen, Prosjektleder X Midt Troms	Turid.anita.amundsen@senja.kommune.no Mobil: 41 73 13 13 mona.martinsen@senja.kommune.no

HomeCare+

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Bodø kommune	Nordlandssykehuset

Hva går prosjektet ut på: HomeCare+ er en felles samhandlingsmodell mellom Bodø kommune (BK) og Nordlandssykehuset HF (NLSH) for sykehusnær behandling og oppfølging i pasientens hjem. Prosjektet utvikler og tester en kommunedrevet hjemmesykehusmodell der kommunen har det operative behandlingsansvaret i hjemmet, mens spesialisthelsetjenesten gir strukturert støtte, rådgivning og eskalering ved behov. Modellen bygger på eksisterende tjenester i BK, særlig Virtuell helseavdeling (VHA), Digital hjemmeoppfølging (DHO-Nord), hjemmetjenester, kommunal legetjeneste og tverrfaglig oppfølging i hjemmet. Prosjektet skal teste om utvalgte skrøpelige eldre kan få tryggere og mer helhetlig oppfølging hjemme, med bedre samhandling mellom kommune og sykehus, og med redusert behov for sykehusinnleggelse, reinnleggelse og kommunalt institusjonsopphold.

Mål og målgrupper: Målet er å utvikle, teste og evaluere en bærekraftig modell for sykehusnær behandling i hjemmet, tilpasset norske ansvarsforhold og distriktsrammer. Modellen skal bidra til bedre pasientforløp, bedre pasientsikkerhet i overgangene mellom sykehus og kommune, mer målrettet bruk av spesialistkompetanse og redusert samlet belastning på helse- og omsorgstjenestene. Målgruppen i pilotfasen er pasienter fra 75 år og eldre med skrøpelighet, multimorbiditet, funksjonsfall og høy risiko for reinnleggelse eller institusjonalisering. Inklusjon skal baseres på strukturert vurdering, blant annet CFS og ADL, og hjemmet må vurderes som en faglig forsvarlig behandlingsarena.

Hva skal gjennomføres: Prosjektet skal gjennomføre pilotforløp for om lag 80–120 pasienter over 12–15 måneder innenfor prosjektperioden 2026–2028. Det skal etableres felles pasientforløp, inklusjons- og eksklusjonskriterier, triage, rollebeskrivelser, beslutningslinjer og eskaleringsrutiner mellom BK og NLSH. Oppfølgingen kan bestå av fysisk oppfølging i hjemmet, telefon/video, DHO, legemiddelgjennomgang, rehabiliterende tiltak og strukturert spesialiststøtte. For utvalgte pasienter testes også en forsterket utskrivningsfase med 72 timers behandlingsansvar i sykehuset og direkte kontaktlinje mellom kommune og utskrivende enhet.

Forventet effekt/nytteverdi: Forventet nytte er tryggere behandling av skrøpelige eldre i eget hjem, med potensial for færre reinnleggelser, færre liggedøgn, bedre funksjonsforløp, redusert behov for institusjonsopphold og bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Effekten måles gjennom indikatorer for 30-dagers reinnleggelse, liggedøgn, ADL/CFS, hendelser håndtert i hjemmet, legemiddelgjennomgang, pasient- og pårørendeopplevd trygghet, ressursbruk, avvik og eskaleringer. Effektene er foreløpig gevinsthypoteser og må dokumenteres gjennom pilot og evaluering før eventuell overgang til ordinær drift.

Finansiering: Samlet endelig tildelt ramme for HomeCare+ er 13,5 mill. kroner, inkludert tidligere innvilgede midler og endelig finansiering for gjennomføringsfasen. Midlene kommer fra rekrutterings- og samhandlingstilskudd og skal brukes til prosjektledelse, frikjøp av nøkkelpersonell, pilotdrift, koordinering, opplæring, spesialiststøtte, gevinstarbeid og evaluering. Bodø kommune og NLSH bidrar i tillegg med egeninnsats gjennom eksisterende tjenester, ledelsesforankring, fagressurser og spesialistkompetanse.

Brukermedvirkning i prosjektet: Brukere og pårørende involveres gjennom referansegruppe og korte erfaringsmålinger i pilotfasen, med særlig vekt på trygghet, rolleforståelse, belastning og erfaringer med hjemmebasert oppfølging. Tillitsvalgte og vernetjenesten involveres i risikovurderinger, arbeidsprosesskartlegging og evaluering av nye arbeidsformer.

Status per 1. juli 2026: Prosjektleder er på plass via Inovacare, og styringsgruppen er etablert. Prosjektet arbeider nå med ferdigstilling av prosjektplan, etablering av arbeidsgruppe og ferdigstilling av KPI-er før sommerferien. Videre arbeid gjelder operasjonalisering av pasientforløp, rolleavklaringer,

samhandlingsrutiner og plan for oppstart av pilotering. Kliniske effekter kan først rapporteres etter oppstart av pasientforløp og systematisk evaluering.

Milepælsplan:

2026: Ferdigstille prosjektplan, arbeidsgruppe, KPI-er, pasientforløp, triage, eskalering og opplæringsopplegg. Starte pilotering etter operativ klarering.

2027: Gjennomføre hoveddelen av pasientforløpene, justere modellen basert på erfaringer og gjennomføre interim-evaluering.

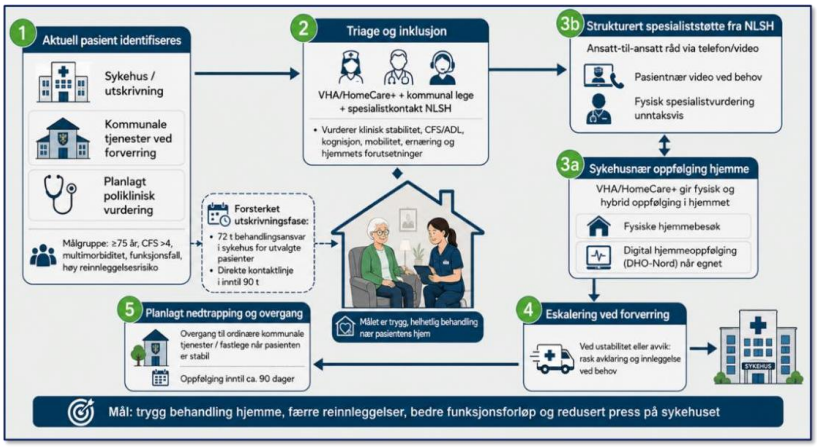
2028: Gjennomføre sluttevaluering, gevinstvurdering og beslutningsgrunnlag for eventuell overgang til ordinær drift og regional spredning.

Læringspunkter: Arbeidet så langt viser at hjemmesykehus i norsk kontekst bør utvikles som en integrert samhandlingsmodell, ikke bare som et sykehusdrevet tilbud. Viktige læringspunkter er behovet for tydelig avgrenset målgruppe, klar ansvarsdeling, felles eskaleringsrutiner og bruk av eksisterende kommunale tjenester og digitale løsninger fremfor nye parallelle strukturer. Mulig bærekraft ligger i potensielt færre reinnleggelser, færre liggedøgn, mer målrettet bruk av institusjonsplasser og bedre bruk av spesialistkompetanse.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Evalueringen skal vurdere pasientsikkerhet, kliniske resultater, funksjon, pasient- og pårørendeerfaringer, ressursbruk og samhandlingskvalitet. Overgang til ordinær drift skal bare anbefales dersom prosjektet dokumenterer tilstrekkelig kvalitet, pasientsikkerhet og bærekraftig ressursbruk. Ved manglende måloppnåelse, uakseptabel risiko eller uforholdsmessig ressursbruk skal modellen justeres, avgrenses eller avsluttes.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Anne Øvestad, prosjektleder	anne.ovestad@nordlandssykehuset.no
Francis Odeh, kommuneoverlege	francis.odeh@bodo.kommune.no

Her kan du finne mer informasjon om prosjektet: HomeCare+



Figur: Foreløpig skisse av pasientforløp og samhandling i HomeCare+

Pasientkoordinatorfunksjon for utskrivningsklare pasienter

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Bodø kommune	Nordlandssykehuset

Hva går prosjektet ut på: Prosjektet skal pilotere en pasientkoordinatorfunksjon for utskrivningsklare somatiske pasienter i overgangen mellom Nordlandssykehuset HF (NLSH) og Bodø kommune (BK). Bakgrunnen er vedvarende utfordringer med overliggerdøgn, press på sykehusets sengekapasitet, kommunal betalingsplikt og krevende pasientforløp. Rollen skal bidra til bedre informasjonsflyt, tidligere avklaringer og mer strukturert vurdering av riktig kommunalt mottaksnivå, som korttidsplass, Virtuell helseavdeling (VHA), Digital hjemmeoppfølging (DHO), hjemmetjenester eller annet kommunalt tilbud. Piloten starter som en koordinerende funksjon uten formell vedtaksmyndighet. Eventuelle justeringer av mandat eller myndighet vurderes først etter del-evaluering og beslutning i styringsgruppen.

Mål og målgrupper: Målet er bedre samhandling mellom NLSH og BK, færre unødvendige forsinkelser i utskrivningsprosessen, riktigere bruk av kommunale tjenester og bedre overganger for pasient og pårørende. Målgruppen er voksne, somatiske utskrivningsklare pasienter ved NLSH med sammensatte behov og behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter sykehusopphold. Dette gjelder særlig eldre, skrøpelige pasienter, pasienter med multimorbiditet, funksjonsfall eller høy risiko for reinnleggelse.

Piloten retter seg særlig mot forløp der kommunale tiltak må avklares eller iverksettes raskt.

Hva skal gjennomføres: Det etableres en pasientkoordinatorfunksjon med koordinatorer i både Bodø kommune og Nordlandssykehuset Bodø, samlet opp mot to stillinger.

Koordinatorene skal samarbeide tett med hverandre og med kommunal ressurs for tidlig funksjonsavklaring. Gjennom bruk av Nora Nord (RPA) etableres en varslingsordning til koordinator på sykehuset når pasienter som tidligere har hatt utskrivningsklare døgn legges inn på nytt, slik at planlegging sammen med kommunen kan starte umiddelbart. Koordinatorfunksjonen skal forberede og følge opp faste koordineringsmøter mellom kommunen og sykehuset, bidra til strukturert vurdering av utskrivningsklare pasienter og støtte planlegging av mottak i kommunen. Prosjektet skal også avklare rolle, mandat og rutiner og utvikle felles kriterier for pasientutvalg, informasjonssett, eskalering, årsakskoder og indikatorer. Etter om lag seks måneders drift vurderes mulighet for spredning til nye kommuner uten økt ressursbruk.

Forventet effekt/nytteverdi: Forventet nytte er bedre pasientflyt, mer forutsigbare utskrivningsprosesser og mer treffsikker bruk av korttidsplasser, VHA, DHO Nord og hjemmetjenester. For pasienter og pårørende skal prosjektet bidra til tryggere overganger og bedre informasjon. Effekt og læring følges gjennom utvikling i overliggerdøgn, tid fra meldt utskrivningsklar til kommunalt mottak, bruk av korttidsplasser og VHA/DHO som alternativ til institusjon, reinnleggelser der dette er mulig å følge, årsaker til forsinkelse og erfaringer fra ansatte, pasienter og pårørende. Resultatene må tolkes nøkternt, siden overliggerdøgn også påvirkes av bemanning, kapasitet, sesongvariasjoner og andre samtidige tiltak.

Finansiering: Prosjektet er tildelt 1 960 000 kr for 2026, med samlet prosjektramme 3 920 000 kr over to år. Midlene skal i hovedsak finansiere pasientkoordinatorstillinger, samt nødvendige kostnader til enkel prosjektoppfølging, gevinstkartlegging og dokumentasjon. BK og NLSH bidrar i tillegg med egeninnsats gjennom deltakelse fra Tildelingskontoret, kliniske enheter, ledelse og relevante kommunale tjenester

Brukermedvirkning i prosjektet: Brukermedvirkning ivaretas gjennom innhenting av erfaringer fra pasienter og pårørende i utvalgte forløp, med særlig vekt på informasjon, trygghet, forutsigbarhet og opplevelse av sammenheng i overgangen mellom sykehus og kommune. Eventuell brukerrepresentasjon avklares i prosjektplanen.

Status per 1. juli 2026: Prosjektet er tildelt midler, styringsgruppe er etablert, og stilling knyttet til prosjektledelse/pasientkoordinatorfunksjonen i kommunen er lyst ut. Planlagt oppstart er i august 2026.

Milepælsplan: Vår/sommer 2026: prosjektforankring, etablering av styringsgruppe, utlysning av stilling og arbeid med prosjektplan, arbeidsgruppe og KPI-er.

August 2026: planlagt oppstart etter ansettelse.

Høst 2026: etablering av pasientkoordinatorfunksjon, praktiske rutiner, samhandlingsstruktur, felles informasjonsgrunnlag og første driftsfase.

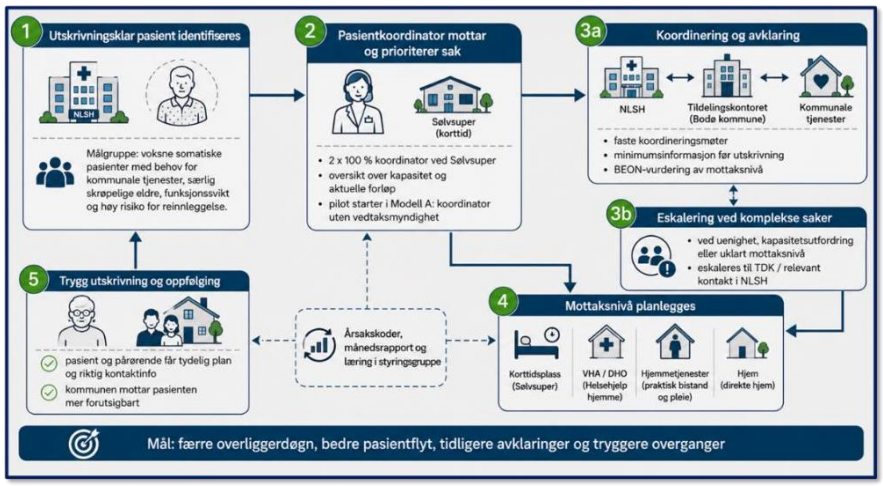
Vår 2027: justering av arbeidsform, videre datainnsamling og del-evaluering.

Høst 2027: sluttevaluering og vurdering av videreføring, justering og overgang til ordinær drift.

Læringspunkter: Prosjektet har så langt bidratt til felles forankring mellom BK og NLSH, etablering av styringsgruppe og konkretisering av videre prosjektorganisering. Videre skal prosjektet gi kunnskap om rolleavgrensning, praktisk arbeidsdeling, felles informasjonsgrunnlag, årsaker til forsinkelser og bruk av korttidsplasser, VHA, DHO Nord og hjemmetjenester. Prosjektet kan bidra til økt bærekraft dersom det reduserer unødvendige liggedøgn, dobbeltarbeid, forsinkelser og feil bruk av tjenestenivå.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Francis Odeh, kommuneoverlege	francis.odeh@bodo.kommune.no
Cecilie Vasset, Nordlandssykehuset HF	cecilie.vasset@nordlandssykehuset.no

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Evalueringen skal vurdere effekt på pasientflyt, samhandling, ressursbruk og bruk av kommunale tjenester, basert på indikatorer, aktivitetsdata og erfaringer fra ansatte, pasienter og pårørende. Eventuelle endringer i mandat, organisering eller vedtaksnær rolle vurderes først etter del-evaluering og beslutning i styringsgruppen. Overgang til ordinær drift vurderes etter evaluering av effekt, ressursbruk og organisatorisk nytte.



Figur: Foreløpig skisse av samhandlingsforløp

Tidlig funksjonsavklaring før utskrivelse

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Bodø kommune. Fauske, Gildeskål, Saltdal og Hamarøy kommuner involveres i tråd med tildelingsforutsetningen innen 6 måneder etter oppstart.	Nordlandssykehuset

Hva går prosjektet ut på: Prosjektet skal prøve ut tidlig kommunal funksjonsavklaring under sykehusopphold for pasienter som står i risiko for å bli liggende utskrivningsklare i påvente av kommunale avklaringer eller tiltak. Kommunal fysioterapeut kobles tidligere inn i forløpet for å bidra med kunnskap om habituell funksjon, funksjonsfall, hjemmemiljø og aktuelle kommunale tjenester. Tiltaket skal gi bedre beslutningsstøtte før utskrivelse: hjem med tiltak, VHA/DHO, rehabilitering i hjemmet eller korttidsplass. Rollen er avgrenset til funksjonskartlegging, enkle funksjonsrettede tiltak, vurdering av rehabiliteringspotensial og planlegging av videre oppfølging.

Mål og målgrupper: Målgruppen er særlig skrøpelige eldre og voksne med sammensatte behov, funksjonsfall og forventet kommunalt tjenestebehov ved utskrivelse. Målet er tidligere og mer presis avklaring av mottaksnivå, færre utskrivningsklare døgn/overliggerdøgn, riktigere bruk av korttidsplasser og hjemmetjenester, og tryggere hjemreise for pasientene.

Hva skal gjennomføres: Det etableres ett kommunalt fysioterapiårsverk, eventuelt fordelt på flere personer, som arbeider etter avtalt modell i én eller flere somatiske enheter ved Nordlandssykehuset (NLSH). Kommunal fysioterapeut skal, i samarbeid med sengepost, behandlingspersonell, tildelingskontor og kommunale tjenester, kartlegge funksjon, bidra til tidlig mobilisering, avklare behov for hjelpemidler og kommunale tiltak, og gi beslutningsstøtte om mottaksnivå ved utskrivelse. Vurderingene dokumenteres etter avklart rutine og følges opp med enkel prosjektlogg. Prosjektet samordnes med pasientkoordinator for utskrivningsklare pasienter og HomeCare+.

Forventet effekt/nytteverdi: Forventet nytte er tidligere avklaring av funksjonsnivå og kommunalt tjenestebehov, færre “siste-liten”-avklaringer før utskrivelse, mer presis bruk av korttidsplasser og flere trygge hjemreiser når dette er forsvarlig. Effekten må dokumenteres før eventuell videreføring i ordinær drift. Prosjektet måles med få indikatorer: antall vurderte pasienter, responstid, avklart mottaksnivå før utskrivelse, utskrivningsnivå, liggetid/ utskrivningsklare døgn, reinnleggelser og korte erfaringer fra pasienter/pårørende og ansatte.

Finansiering: Prosjektet er tildelt rekrutterings- og samhandlingstilskudd fra Helse Nord RHF med totalt kr 1 820 000 fordelt over to år: kr 910 000 i 2026 og kr 910 000 i 2027. Midlene skal brukes til ett kommunalt fysioterapiårsverk i to år for å prøve ut modellen og innhente erfaringer fra drift. Bodø kommune og NLSH bidrar i tillegg med egeninnsats innenfor ordinær drift. Egeninnsatsen prissettes ikke i prosjektbudsjettet. Det er ikke lagt inn annen ekstern finansiering.

Brukermedvirkning i prosjektet: Brukerperspektivet ivaretas gjennom korte tilbakemeldinger fra et mindre utvalg pasienter og/eller pårørende om hvorvidt planen for hjemreise oppleves tydelig og trygg. Erfaringene brukes i del- og sluttevaluering.

Tillitsvalgte og vernetjeneste involveres i oppstart og ved evaluering der tiltaket påvirker arbeidsflyt, rollefordeling eller arbeidsbelastning.

Status per 1. juli 2026: Prosjektet har fått tilsagn om finansiering for 2026 og 2027. Styringsgruppe er etablert. Bodø kommune lyser nå ut en kommunal fysioterapistilling til prosjektet, samtidig som prosjektlederfunksjonen avklares i samarbeid med NLSH. Planlagt oppstart er august 2026, etter at fysioterapiressurs og prosjektlederfunksjon er på plass. Neste fase er å ferdigstille prosjektplan, etablere arbeidsgruppe, avklare pilotavdeling(er), definere inklusjonskriterier, arbeidsflyt, dokumentasjonsrutiner og endelige indikatorer og målemetode. Øvrige kommuner skal involveres innen 6 måneder etter oppstart.

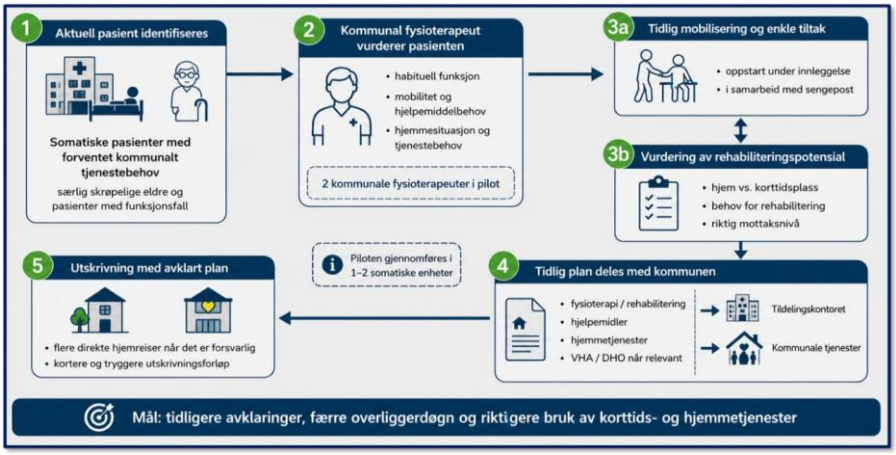
Milepælsplan: August–september 2026: Oppstart etter at fysioterapiressurs og prosjektlederfunksjon er på plass. Etablere arbeidsgruppe, ferdigstille prosjektplan, velge pilotavdeling(er), avklare kriterier, rutiner og indikatorlogg.

Høst 2026: Starte utprøving i drift, gjennomføre faste samhandlingsmøter og følge pasientvolum, responstid og foreløpige erfaringer. Innen 6 måneder etter oppstart: Involvere øvrige kommuner i tråd med tildelingsforutsetningen.

2027: Justere modellen basert på erfaringer, stabilisere arbeidsmodellen, dele erfaringer i helsefellesskapet og gjennomføre sluttevaluering med anbefaling om eventuell overgang til ordinær drift.

Læringspunkter: Prosjektet skal gi kunnskap om hvorvidt en avgrenset kommunal fysioterapirolle i sykehus kan bidra til tidligere funksjonsavklaring og bedre utskrivningsflyt. Bærekraftpotensialet ligger i riktigere bruk av personell og kapasitet: færre unødvendige overliggerdøgn, mer målrettet bruk av korttidsplasser og tryggere hjemreise når dette er forsvarlig**.**

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Evalueringen gjennomføres som en praktisk implementerings- og driftsevaluering med få indikatorer og før-/etter-vurdering. Overgang til ordinær drift vurderes mot slutten av 2027, basert på gjennomførbarhet, effekt på pasientflyt, ressursbruk, kvalitet i utskrivningsprosessen og samordning med pasientkoordinator og HomeCare+**.**



Prosjektets kontaktperson(er):	**Kontaktinformasjon:**
Francis Odeh, kommuneoverlege	francis.odeh@bodo.kommune.no
Cecilie Vasset, Nordlandssykehuset HF	cecilie.vasset@nordlandssykehuset.no

Desentralisering av spesialisthelsetjenester - bærekraftig samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Vågan, Bodø, Saltdal og Hadsel kommuner	Nordlandssykehuset

Mål og målgrupper:

Målgruppen er pasienter som kan få helsehjelp nærmere eget bosted, eventuelt i eget hjem, samt helsepersonell i kommuner og sykehus.

Hva skal gjennomføres:

Prosjektet skal etablere en bærekraftig modell for desentralisering av spesialisthelsetjenester i samarbeid med kommunene, med økonomisk kompensasjon til primærhelsetjenesten og systematisk kompetanseoverføring mellom tjenestene.

Forventet effekt/nytteverdi (og hvordan måles dette?):

Pasienter: Tjenester nærmere hjemmet, redusert reisebelastning, bedre kontinuitet og koordinering av tjenester.

Kommuner: Kompetanseheving som kan bidra til mer faglig attraktive stillinger, bedre rekruttering og økt samhandling med spesialisthelsetjenesten om pasientforløp.

Spesialisthelsetjenesten: Bedre kapasitetsutnyttelse, færre reinnleggelser, redusert press på poliklinikker, reduserte pasientreisekostnader, kompetanseheving og bedre samhandling med primærhelsetjenesten om pasientforløp.

Samfunn/økonomi: Reduserte kostnader og mer effektiv ressursbruk. Prosjektet utarbeider klare resultatmål, for eksempel antall tjenester som desentraliseres, antall pasienter som får desentraliserte tjenester, sparte reisekostnader, redusert energiutslipp og indikatorer for kompetanseheving.

Finansiering:

Prosjektet har mottatt 1,5 millioner kroner til et forprosjekt gjennom regionale rekrutterings- og samhandlingsmidler. Midlene brukes i hovedsak til desentralisert blodtransfusjon og medikamentell kreftbehandling i Saltdal kommune. Det vil søkes om ytterligere finansiering til videre arbeid med andre tjenester og spredning til øvrige kommuner.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Prosjektet vil involvere brukerutvalg, fastleger, tillitsvalgte og vernetjenesten i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Status per 1. juli 2026:

Hva er gjennomført så langt?

Oppstartsmøte ble holdt på Rognan i Saltdal kommune 27. februar 2026. Saltdal er pilotkommune i oppstartsfasen, og flere kommuner inkluderes etter hvert. Prosjektleder er tilsatt. I første fase prioriteres kartlegging og etablering av avtaler for blodtransfusjon og medikamentell kreftbehandling – områder der kommunen allerede har erfaring og kompetanse. Arbeidet gir et viktig grunnlag for videre utvikling i prosjektets andre fase (fra år to).

Milepælsplan:

År 1 – Kartlegging og pilot - forprosjektfase

- Kartlegge dagens praksis (tjenester, ansvar, lokasjon, bestilling, dokumentasjon)
- Standardisere blodtransfusjon og medikamentell kreftbehandling inkludert avtaler
- Pilotere og forbedre i utvalgte kommuner (Saltdal i første omgang)

År 2 – Skalering og utvidelse

- Evaluere og justere modell
- Inkludere flere kommuner
- Utvide til flere tjenester
- Etablere varig drift og samhandling

Læringspunkter:

1. Hva har vi fått til så langt?

- **Etablert samarbeid mellom nivåene:** Oppstartsmøtet mellom Saltdal kommune og Nordlandssykehuset sikret felles forståelse og forankring, og etablerte kontaktpunkter for videre samarbeid mellom kommune og sykehus. Partene er enige om å utvikle løsninger til pasientens beste, med best mulig ressursutnyttelse og gode tjenester.
- **Prosjektleder tilsatt**
- **Startet konkret utviklingsarbeid:** Revisjon av eksisterende blodtransfusjonsavtale er igangsatt, parallelt med kartlegging av dagens praksis for blodtransfusjon og medikamentell kreftbehandling.

2. Hva er viktig å dele fra vårt prosjekt til andre?

- **Start med samarbeid – ikke løsning:** Felles eierskap og forankring gir mindre motstand og bedre framdrift. Relasjon og tillit må bygges først.
- **Små steg gir fremdrift:** Oppstartsmøte og avtalegjennomgang er viktige milepæler. Prosjektet trenger ikke være "ferdig planlagt" før man starter.
- **Ha et felles mål hele veien – hva er best for pasienten?** Mindre reisebelastning og mer sammenhengende tjenester, særlig viktig for eldre og kronisk syke. Et felles mål er ofte det sterkeste grunnlaget for å komme videre sammen.
- **En god avtale er nøkkelen:** Avtaleinngåelse og revisjon er ikke bare formalitet, men selve fundamentet. Klart definerte ansvarsforhold og synliggjøring av felles ansvarsområder forebygger risiko og reduserer usikkerhet.
- **Ikke undervurder kompleksiteten:** Å starte på områder med tydelige rammer, prosedyrer og kompetansekrav kan gjøre det lettere å inngå avtaler på andre områder senere. Blodtransfusjon er en høyrisikoprosedyre med strenge krav til systematikk, prosedyrer og kvalitetssystem.
- **Kommunens rolle kan styrkes:** Kommunen kan ta større ansvar for avanserte tjenester, noe som gir økt kompetanse hos kommunalt helsepersonell og bedre pasienttilbud lokalt.
- **Ha overføringsverdien til andre tjenester i bakhodet**: Erfaringene fra desentralisert blodtransfusjon og medikamentell kreftbehandling systematiseres for overføring til andre fagområder.

3. Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft?

- Bedre ressursutnyttelse ved at tjenester integreres i eksisterende tilbud (f.eks. i institusjon eller hjemmetjeneste).
- Reduserte transportkostnader og mindre tidsbruk, med lavere belastning på pasienttransport, følgepersonell og miljø.
- Redusere kostnad per behandling
- Styrke faglig kompetanse i kommunen, mer attraktive arbeidsplasser

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Evaluering gjennomføres med påfølgende justeringer og avklaringer av ansvar, organisering og finansiering, før gradvis overgang til ordinær drift med system for kontinuerlig oppfølging.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Monika Sæthre, prosjektleder	Monika.saethre@nordlandssykehuset.no

Samhandling palliasjon

Deltakende kommune(r): Tromsø kommune	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge
Finansiering: 2 265 000 kroner	**Prosjektperiode**: November 2024 til juni/juli 2027

Prosjektet tar utgangspunkt i at langvarig kreftbehandling er krevende for pasienter og pårørende, men også for helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Når kurasjon ikke er mulig, krever palliativ behandling høy faglig kompetanse fra helsepersonell og tett oppfølging av pasient og pårørende. Et tettere formalisert samarbeid mellom Regionalt palliativt senter, UNN og Tromsø kommune ved kreftsykepleieteamet vil kunne imøtekomme dette behovet, og pasienten kan motta behandling og pleie på rett behandlingsnivå. **Målgruppen** er kreftpasienter i livets sluttfase med behov for palliativ behandling. **Indirekte målgruppe** er pårørende og helsepersonell til disse pasientene.

Prosjektets **hovedmål** er følgende:

1. Sikre gode pasientforløp og unngå unødvendige innleggelser i UNN
2. Bidra til trygghet for pasient, pårørende og helsepersonell
3. Bidra til god pasientsikkerhet

Det som skal gjennomføres i prosjektet er å implementere verktøyet **Forhåndssamtaler** i hjemmetjenestene i Tromsø kommune og på kreftavdelinga/palliativt senter på UNN.

Forventet effekt av prosjektet er først og fremst mer hjemmetid for pasientene og mindre

unødvendige innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet vil bidra til god faglig utvikling, økt pasientsikkerhet og kompetanseheving for både kreftsykepleierteamet, hjemmetjenesten, palliativt senter og på sikt kreft sengepost, samt andre avdelinger på UNN. Økt pasientsikkerhet.

Hovedmålene er foreløpig vanskelig å måle innenfor rammene av prosjektet, vi kan telle forhåndssamtaler og antall deltagere på kurs. Prosjektet var ikke planlagt med brukermedvirkning.

Status per 1. juli 2026:

1. Informasjonsbrosjyren, mal og lommekort for forhåndssamtaler er ferdigstilt og publisert på www.unn.no/lin.
2. Gjennomført av undervisning på UNN (sykepleiere og leger ved kreftavdelingen og sykepleiere ved urologisk sengepost), Tromsø kommune, ved regionalt 3-dagers kurs i palliasjon av Lindring i Nord og fagkveld for lokallaget for kreftsykepleiere NSF.
3. Parallelt jobber vi med få ressurspersoner fra Kreftavdelingen, lege og sykepleier, for å utvide prosjektet ved å inkludere sengeposten tydeligere, senere evt. kreft poliklinikk. I kommunen jobber vi også med undervisning til ledergruppen og er i gang med å planlegge en fagdag for hjemmetjenesten. Vi ønsker ressurspersoner fra hver enhet i hjemmetjenesten som vi tenker skal bli «superbrukere» på forhåndssamtaler.
4. Vi ser på aktuelle digitale løsninger.
5. Det er søkt og innvilget lesetilgang i DIPS for kreftsykepleieteamet i Tromsø kommune. Skal vurderes av UNN.
6. Kreftsykepleieteamet i Tromsø kommune har hospitert det palliative teamet i Bergen.
7. Opparbeidet erfaring gjennomførte forhåndssamtaler og fortsetter med arbeidet.
8. Fra høsten 2026 vil prosjektet delta i TØRN-programmet. Tromsø kommune har ikke tatt endelig beslutning om deltakelse.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):		
Mål	**Status**	**Kommentar**
Lage mal og lommekort for forhåndssamtaler.	Ferdig 17.06.25	
Lage informasjonsbrosjyre og trykke dem opp.	Ferdig 18.11.25	
Gjennomføre 6 pilot forhåndssamtaler i palliativt senter.	Pågår	Gjennomført 5
Gjennomføre 6 pilot forhåndssamtaler, kreftsykepleierteamet Tromsø kommune.	Ferdig	Gjennomført 8
Gjennomføre 3 felles pilot forhåndssamtaler (lege+spl fra palliativt team og kreftspl. Tromsø kommune).	Pågår	Gjennomført 2
Evaluering etter hver forhåndssamtale med småskalatest.	Pågår	
Lage pasientforløp og flytskjema i Miro.	Ferdig	
Ordne lesetilgang i DIPS for Kreftsykepleierteamet i Tromsø kommune.	Pågår	Innvilget. Skal vurderes av kreftavdelingen UNN.
Implementering av Dignio i palliativt senter og kreftsykepleierteamet.	Vurderes	Introdusert av Sondre B. Flaat og undersøker muligheter hos Dignio. Samarbeid med Monika Dalbakk. Testet utstyr.
Utarbeidelse av undervisningsopplegg.	Ferdig	
Implementering av forhåndssamtaler på kreft sengepost.	Pågår	Undervisning gjennomført for helsepersonell. Jobber med å få en lege + 2-3 spl. i ressursgruppe.
Implementering av forhåndssamtaler i hjemmetjenesten.	Pågår	Opprette en ressursgruppe med 2-3 spl fra hjemme- tjenesten. Involvere fastleger?

Læringspunkter:

- Viktighet med samhandlingsprosjekt, snakke sammen og utarbeide felles verktøy.
- Ordlyd er viktig for hvordan forhåndssamtaler introduseres til pasienter og pårørende.
- Viktigheten av eierskap, utarbeiding av egne maler og undervisning.
- «*Ting tar tid*», spesielt implementering.
- Gode planer kan redusere bruk av personell og hindre unødvendige innleggelser.

Tidspunkt for evaluering og eventuell overgang til drift er planlagt vår 2027. Deltagelse i TØRN- programmet medfører ev endringer med evaluering som en del av det programmet. Prosjektet kan gå inn i drift flere steder, men trenger nok oppfølging for å holdes varmt og bli skikkelig implementert, men vi har stor tro. Midlene til undervisning og implementering holder til sommer 2027. Eventuelle digitale løsninger vil trenge mer tid evt. midler.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Bente Ervik (prosjektleder) – Judy Sørensen tar over på høsten	Bente.ervik@unn.no

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
	judy-christin.sorensen@unn.no
Karen Isaksen, Tromsø kommune	Karen.Gjernes.Isaksen@tromso.kommune.no
Ine Nilsen, UNN	ine.cathrin.nilsen@unn.no
Hanna Svestad, Tromsø kommune	Hana.Norbye.Svestad@tromso.kommune.no

Trygg eldremedisin

Deltakende kommune(r): Harstad, Narvik og Tromsø på vegne av alle de 24 kommunene	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge
Finansiering: 300 000 kroner	**Prosjektperiode**: Januar 2026 til desember 2027

Hva går prosjektet ut på: Etablere enighet om å implementere felles metodikk/verktøy for vurdering av skrøpelighet hos eldre pasienter på tvers av tjenestene, som skal styrke kvalitet og felles forståelse på tvers av tjenestenivåene.

Mål og målgrupper: Skrøpelige eldre.

Hva skal gjennomføres: Innføring av felles verktøy, Clinical Frailty Scale (CFS), for vurdering av skrøpelighet. Angi tiltak for å fremme og bevare helse og funksjon. Kompetansehevende tiltak rettet mot helsepersonell i begge tjenester (kommunal og sykehus). Prosjektet legger vekt på felles opplæring og erfaringsutveksling mellom tjenestenivåene, og skal støtte implementering av kunnskapsbasert praksis i ordinær drift.

Forventet effekt/nytteverdi: Ved å bruke felles verktøy og mer samordnede arbeidsprosesser sikrer tiltaket at pasientens funksjon og skrøpelighet vurderes likt uavhengig av hvor de får helsehjelp. Det gir mer målrettet behandling, bedre medvirkning, færre uønskede hendelser og et tryggere, mer sammenhengende pasientforløp for den enkelte eldre pasient.

Brukermedvirkning i prosjektet: 1 hoveddeltaker fra UNNs brukerutvalg, 1 vara.

Status per 1. juli 2026:

3 Teams-møter, 1 heldags workshop med utvidet deltakelse, 1 oppfølgingsmøte. Enighet i faglig samarbeidsutvalg om CFS som felles verktøy. Kommunene jobber med nytteverdi og forankring.

Milepælsplan:

Høst 2026 fremme sak for strategisk samarbeidsutvalg/helsefellesskapet om å vedta CFS som felles verktøy for alle 24 kommuner sammen med UNN. Etablere felles fokusområder for økt kunnskap. Arrangere workshop høst 2026 for opplæring av helsepersonell i tjenestene.

Læringspunkter:

Økt forståelse på tvers av tjenester for nytteverdi av felles verktøy/felles språk i vurdering av skrøpelighet. Bedre systematikk i ivaretakelse av eldre pasienter. Mer målrettet bruk av helsepersonell. Viktig å dele kunnskap om nytten av et felles verktøy, og hvordan dette vil føre til en tryggere eldremedisin for en av de største gruppene av pasienter framover.

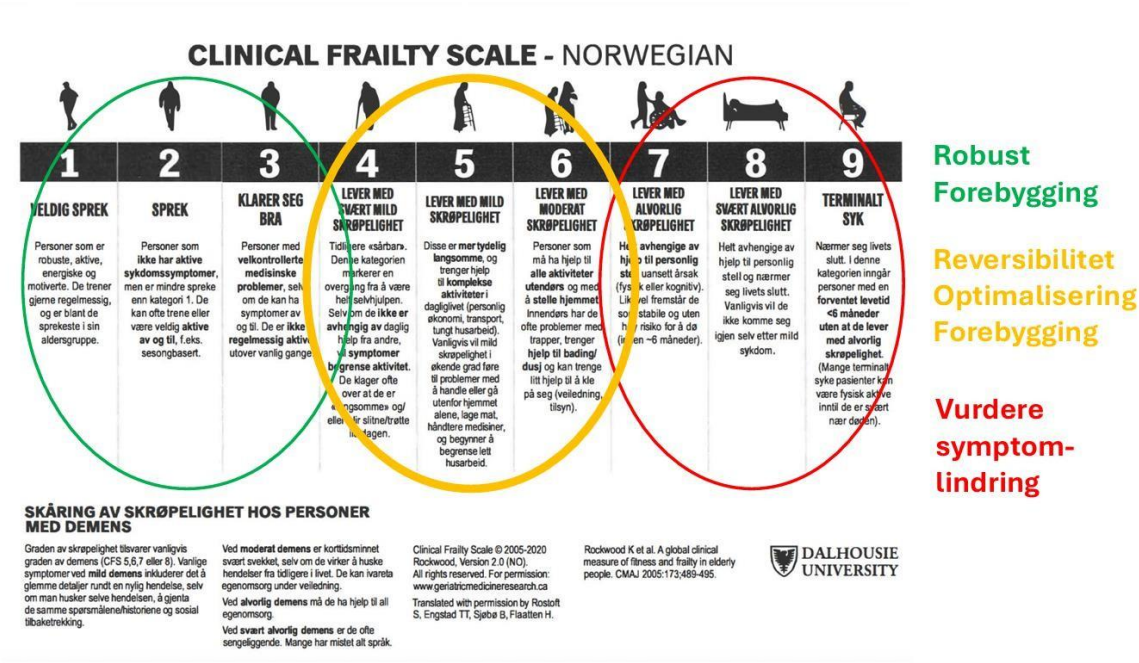
Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Evaluering ved utgangen av 2026. Start etablering i ordinær drift ila 2027.



Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Gunhild Ag	Gunhild.ag@unn.no

Skrøpelighetsskalaen:



Figur 1: Angi vanlig funksjonsnivå, minimum 2 uker før akutt sykdom.

Prosjektet Trygt hjem – Interkommunale kartleggingsteam Helgeland

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Alstahaug, Brønnøy, Dønna, Grane, Hattfjelldal, Hemnes, Herøy, Leirfjord, Lurøy, Nesna, Rana, Rødøy, Sømna, Træna, Vefsn, Vega og Vevelstad	Helgelandssykehuset

Mål og målgrupper:

Prosjektet skal bidra til tryggere, mer helhetlige og likeverdige pasientforløp mellom sykehus og kommune på Helgeland. Målgruppen er pasienter innlagt ved Helgelandssykehuset som vurderes å ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskriving. Tilbudet skal gjelde innbyggere i alle kommunene på Helgeland, uavhengig av bosted og sykehuslokasjon.

Hva skal gjennomføres:

Prosjektet skal etablere interkommunale kartleggingsteam ved sykehusene i Rana og Sandnessjøen. Teamene skal gjennomføre tidlig og systematisk kartlegging av pasienters funksjon, mestring og behov før utskriving fra sykehus. Det skal utvikles felles samhandlingsrutiner, tydelige rolleavklaringer og digitale arbeidsprosesser mellom sykehus, kommuner og kartleggingsteam. Tidlig kartlegging skal gi kommunene bedre mulighet til å planlegge tjenester før pasienten reiser hjem, blant annet ved å klargjøre nødvendig oppfølging, hjelpemidler og tilrettelegging i hjemmet. Det skal også sikre bedre dialog i forbindelse med utskriving som sikrer at alle opplysninger blir sendt med fra sykehuset.

Forventet effekt/nytteverdi:

Prosjektet forventes å bidra til tryggere pasientoverganger, færre overliggerdøgn, færre reinnleggelser og flere direkte hjemreiser fra sykehus. Effektene skal blant annet måles gjennom utvikling i overliggerdøgn, reinnleggelser, andel pasienter utskrevet direkte til hjem og brukeropplevd trygghet ved utskriving. Indikatorer og analysemetoder utvikles i samarbeid med analyseavdelingen i Helse Nord.

Finansiering:

Total finansiering fordelt på egeninnsats (styringsgruppe, prosjektgruppe, arbeidsgrupper, vertskommuner), og tilskuddsmidler fra rekrutterings- og samhandlingstilskudd og Prosjekt X Helse Nord kommer til sammen på kroner 4 653 000 for 2026. Egeninnsats registrert per juni 2026 er kroner 756 000.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Brukerutvalget ved Helgelandssykehuset har deltatt i referansegruppe og brukerrepresentanter har også deltatt direkte i møter med prosjektgruppen. Det har vært gjennomført høringsrunde hvor brukerrepresentanter har gitt innspill til sentrale dokumenter, rutiner og pasientforløp.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektet følger planlagt fremdrift. Prosjektplan og mandat er ferdigstilt og godkjent, og det er etablert nødvendige styrings- og samarbeidsstrukturer for gjennomføringen. Det er utarbeidet og godkjent rutiner,

samhandlingsprosesser, rollebeskrivelser og inklusjonskriterier for kartleggingsteamene. Videre er nødvendig digital infrastruktur for samhandling mellom kommuner og sykehus etablert.

Det er gjennomført opplæringswebinar og informasjonsmøter for kommuner som inngår i pilotfasen, med fokus på arbeidsprosesser, roller, samhandling og bruk av digitale løsninger. Pilotdrift ved Helgelandssykehuset i Rana startet 18. mai 2026.

Milepælsplan:

Jan/ Uke 3	M1: Godkjent prosjektplan og mandat
Feb/ Uke 9	M2: Overordnet prosesskart ferdigstilles (bl.a risiko/gevinst kartlegging m.m)
Mars/ Uke13	M3: Rutiner, inklusjonskriterier, samhandlingsrutiner ferdigstilt
Mai/ Uke21	M4: Oppstart operativ drift (pilot) Rana
Sept/ Uke 36	M4: Oppstart operativ drift (pilot) Sandnessjøen
Aug/ Uke 34	M5: 1 Evaluering oppstart pilot
Sept/ Uke 38	M6: Prosjekteier – Styringsgruppe avklare videre søknad: Frist 1 okt
Nov/ Uke 45	M7: 2 Evaluering oppstart pilot - Indikatoroppsummering
Des/ Uke 50	M8: Evaluering av pilot - Rapport ferdigstilt

Dette er en milepælsplan for 1 år, dette er et 3- årig prosjekt som vil bli videreført i 2027 og 2028

Læringspunkter:

En tydelig prosjektorganisering, god prosjektstyring og systematisk oppfølging av milepæler har bidratt til at prosjektet har holdt planlagt fremdrift og nådd alle sentrale leveranser så langt.

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

1. God forankring i både kommuner og sykehus er avgjørende for fremdrift og implementering.
2. Tidlig avklaring av roller, ansvar og arbeidsprosesser reduserer risiko og hindringer i oppstarten.
3. Gode digitale samhandlingsløsninger er en kritisk suksessfaktor for effektiv samhandling og bærekraftige pasientforløp.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

I starten av 2027 kommer første evaluering med mer stabile måledata. Dersom prosjektet viser gode resultater, starter prosess med videreutvikling av modell for varig

Prosjektets kontaktperson(er):	**Kontaktinformasjon:**
Hege Torghatten	hege.torghatten@helsefellesskap-helgeland.no
Eline Monsen	eline.monsen@helsefellesskap-helgeland

Prosjekt som bidrar til føde, barsel og kvinnehelse i distrikt

Kvinnehelse i distrikt

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Steigen, Hamarøy og Meløy	Nordlandssykehuset

Hva går prosjektet ut på? Et treårig pilotprosjekt som skal styrke kvinnehelsetjenestene i distriktskommuner gjennom kompetansebygging, samhandling og utvikling av robuste fagmiljøer. Prosjektet baserer seg på et mobilt tverrfaglig kompetanseteam bestående av fagpersonell fra Nordlandssykehuset og kommunene. Teamet skal gjennomføre regelmessig undervisning, ferdighetstrening og simulering lokalt i kommunene for jordmødre, leger, helsesykepleiere og ambulansepersonell.

Mål og målgrupper: Hovedmål å styrke kvaliteten på kommunale kvinnehelsetjenester, forbedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, bidra til økt rekruttering og stabilitet i fagmiljøene samt sikre at flere tjenester kan gis nærmere innbyggernes hjemsted. Målgruppene er: Kvinner i distriktskommuner med lang reisevei til sykehus, jordmødre, leger, helsesykepleiere og ambulansepersonell i kommunene og Nordlandssykehuset gjennom bedre oppgavefordeling og frigjøring av spesialistkapasitet

Hva skal gjennomføres: Prosjektet skal etablere halvårlige lokale opplæringssamlinger med teoriundervisning og simuleringstrening innen: gynekologiske undersøkelser og prosedyrer, fosterovervåkning, vurdering av fødselsforløp, håndtering av normale fødsler i distrikt og under transport, behandling av akutte obstetriske komplikasjoner og tverrfaglig samhandling og bruk av digitale samhandlingsverktøy. Samtidig skal prosjektet utvikle en modell for permanent implementering og senere overføring til andre kommuner og helseforetak.

Forventet effekt/nytteverdi (og hvordan måles dette?): Prosjektet forventes å gi økt lokal kompetanse, styrket rekruttering og stabilisering av helsepersonell, bedret samhandling mellom tjenestenivåene, færre unødige henvisninger og transporter til sykehus og økt pasientsikkerhet og trygghet for gravide og kvinner i distriktene.

Måloppnåelse foreslås målt gjennom antall gjennomførte opplæringssamlinger, antall deltakere og faggrupper.

Kompetansekartlegging før og etter opplæring. Evaluering fra deltakere etter hver samling. Utvikling i henvisningsfrekvens og transportbehov og medarbeiderundersøkelser knyttet til faglig trygghet og arbeidstilfredshet (organisatorisk resilience).

Finansiering: Prosjektets er tildelt 3,73 mill kr for delt i perioden 2026-2028 i rekrutterings- og samhandlingsmidler i tillegg til egenfinansiering.

Brukermedvirkning i prosjektet: Prosjektet har lagt til rette for brukermedvirkning gjennom involvering av Steigen bygdekvinnelag som brukerrepresentant. I tillegg vil erfaringer og tilbakemeldinger fra kvinner som mottar tjenestene inngå som del av evalueringsgrunnlaget.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektet er fortsatt i en oppstartsfase. Planlagte aktiviteter 2026:

- Rekruttering og frikjøp av ressurspersoner fra kommunene og Nordlandssykehuset.
- Etablering av prosjektorganisering og samarbeidsstruktur.
- Planlegging av undervisnings- og simuleringsprogram.
- Anskaffelse av nødvendig utstyr og etablering av digitale verktøy.
- Fastsetting av opplæringsarenaer og halvårlige samlinger.

- Forberedelse av første opplæringsrunde i pilotkommunene.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

M1 – rekruttering av personell og etablering av prosjektorganisasjon M2 – oppstart undervisning og simulering i pilotkommunene

M3 – justering av modellen basert på erfaringer og evaluering M4 – beslutte implementering av virksomme tiltak

Læringspunkter: Selv om prosjektet fortsatt er i oppstartsfasen, har samarbeidet mellom kommunene og Nordlandssykehuset bidratt til økende felles forståelse av kompetansebehov, utforming av en modell for lokal kompetansebygging gjennom mobile fagteam, forankring av tiltaket i eksisterende samarbeidsavtaler mellom kommunene og Nordlandssykehuset og identifisering av områder hvor økt lokal kompetanse kan redusere behovet for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Prosjektet skal evalueres løpende gjennom hele pilotperioden. Det skal gjennomføres evaluering ved oppstart og etter hver opplæringssamling for å dokumentere kompetanseutvikling, nytteverdi og erfaringer fra deltakende fagmiljøer. Viser til punktene under forventet nytteverdi og målinger. Den avsluttende evalueringen i 2028 skal omfatte kompetansegevinst hos deltakerne, effekt på samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, effekt på rekruttering og stabilisering av ansatte, potensial for reduksjon i henvisninger og pasienttransporter og økonomisk og organisatorisk bærekraft. Ved positiv evaluering er målet at opplæringsmodellen innarbeides som en fast del av samarbeidet mellom Nordlandssykehuset og kommunene, og at løsningen gradvis kan tilbys flere kommuner i Nordlandssykehusets opptaksområde.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Inger-Åse Ovesen	Inger-Ase.Ovesen@steigen.kommune.no
Jorunn Helene Ervik	Jorunn.Helene.Ervik@hamaroy.kommune.no
Gerd Anne Jørgensen	Gerd.Anne.Jorgensen@meloy.kommune.no
Stine Andreasen	Stine.Andreasen@nordlandssykehuset.no

Prosjekter som bidrar til bedre rehabilitering

RehabLos Kraftsenter

Deltakende kommune(r): Tromsø, Nordreisa, Senja	**Deltakende HF**: Universitetssykehuset Nord-Norge
Finansiering: 7 000 000 kroner	**Prosjektperiode**: August 2026 til desember 2028

Bakgrunnen for RehabLos er at prosjektet retter seg mot utfordringene som ble avdekket av riksrevisjonen i 2025, hvor det pekes på store utfordringer med hensyn til kapasitet, kompetanse og rekruttering av personell på rehabiliteringsfeltet. Prosjektet skal utvikle og tilby samskapte rehabiliteringstilbud til **målgruppen** personer med ervervet hjerneskade og deres pårørende, og skal samtidig utvikle en bærekraftig infrastruktur for kompetanseheving på rehabilitering i hele landsdelen. Prosjektet omfatter derfor både fysiske Kraftsentre, i tillegg til et digitalt element som omfatter et regionalt kompetansenettverk.

Prosjektet består av deler:

1) **Fysisk samlingssted for samskapt rehabilitering.** RehabLos Kraftsenter skal bidra til samlokalisering og samskaping mellom en rekke samarbeidspartnere. Sammen tilbyr

aktørene tverrfaglig og sammenhengende tjenester som kafétilbud og sosial støtte, lærings- og mestringstilbud, NAV-veiledning, rehabiliteringsrådgivning og øvrige kurstilbud. Gjennom tilbudene, ønsker prosjektet å oppnå økt helsekompetanse, samfunnsdeltakelse og livskvalitet for **målgruppen**; personer med ervervet hjerneskade og deres pårørende.






Den fysiske delen av RehabLos Kraftsenter etableres på Sydspissen aktivitetssenter i Tromsø kommune og ved distriktsmedisinsk senter (DMS) på Finnsnes og Sonjatun i Nordreisa.

Noen av tilbudene tilbys også digitalt for å sikre tilgjengelighet for brukere og styrket rehabiliteringskompetanse i hele regionen.

2) **Digitalstøttet kompetansenettverk for hele regionen.** RehabLos Kraftsenter skal være et kompetansesenter som samler rehabiliteringsaktører i regionen for erfaringsdeling,

kompetanseheving og samhandling på tvers av sektorer, og koordinere de små, spredte, fragmenterte og truede fagmiljøene i nord. Gjennom digitale plattformer

skal RehabLos være en motor for å utvikle, prøve ut og evaluere sektorovergripende rehabiliteringsmodeller.

Brukermedvirkning er en del av fundamentet i RehabLos-prosjektet, som har hatt med brukermedvirkere gjennom hele prosessen med å utvikle og etablere prosjektet RehabLos Kraftsenter. Brukerorganisasjonene LHL og Pasientskadeforbundet vil ha en sentral plass i levering av aktiviteter ved kraftsenteret.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektleder for Rehablos Kraftsenter er tilsatt med oppstart 15. august 2026. Senja og Nordreisa kommune har 20 prosent prosjektkoordinator fra samme tid. Det er etablert en styringsgruppe bestående av UNN,

Tromsø, Senja, Nordreisa kommune samt UiT. Referansegruppe/konsortium er etablert og vil ha møteaktivitet fra medio august 2026.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):			
Hva	Hvor	Hvem	Når
Etablere kafe, sosial møteplass	Sydspissen, Tromsø	LHL i samarbeid med prosjektleder RehabLos	Nov 2026 til 2028
Rådgivertjeneste	Sydspissen, Tromsø	Prosjektleder RehabLos	Nov 2026 til 2028
Utvikle kompetanseressurser til digital distribuering	USHT	USHT i samarbeid med Kompetansetrappa, ART, NAV, LHL	Nov 2026
Etablere RehabLos desentraliserte kraftsenter	Senja, Nordreisa	Prosjektansatte i Senja og Nordreisa kommune sammen med RehabLos prosjektleder	Jan 2027 til 2028
Utprøve kompetanseressurser gjennom fagnettverk rehabilitering	USHT	USHT i samarbeid med nedslagskommuner	Feb 2027 til 2028
Gruppebasert lærings- og mestringstilbud til pasienter og pårørende	Sydspissen, Tromsø	UNN (ART), Tromsø kommune (Helse og Nav), LHL, LTN	Feb 2027 til 2028
Pilotere «Snakk med Nav»	Sydspissen, Tromsø	Nav	Mars 2027 til 2028
Videreutvikle og pilotere prototype for samskapt kompetansestøtte-app til brukere, pårørende og helsepersonell	RehabLos	Prosjektleder Rehablos i samarbeid med forskergruppen og informatiker	Mars 2027 til 2028
Læringspunkter: Prosjektet vil ha oppstart medio august 2026. Ingen læringspunkter så langt.			
Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Prosjektet evalueres gjennom halvårsmøter, og tett kobling til forskningsmiljøet ved UiT. Det vil etableres en plan og strategi for overgang til ordinær drift når prosjektet er i gang.			

Prosjektets kontaktperson(er):	**Kontaktinformasjon:**
Jostein Berntzen	jostein.bentzen@unn.no
Kirsti Moslett Thunberg	kirsti.moslett.thunberg@tromso.kommune.no
Roar Evjen	roar.evjen@tromso.kommune.no
Evy Nordby	Evy.nordby@senja.kommune.no
Angela Sodefjed	Angela.sodefjed@nordreisa.kommune.no
Cathrine Arntzen	Cathrine.Arntzen@uit.no

Prosjekt Tverretatlig rehabilitering

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Vefsn	Helgelandssykehuset

Hva går prosjektet ut på:

Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland ønsker med dette prosjektet å utrede muligheten for å etablere en felles rehabiliteringsavdeling i Vefsn kommune. Formålet med prosjektet er å sikre et helhetlig rehabiliteringstilbud til befolkningen på Helgeland gjennom et forpliktende samarbeid mellom kommuner og Helgelandssykehuset.

Tilbudet skal bidra til redusert variasjon i rehabiliteringstilbudet på Helgeland.

Mål og målgrupper:

Pasienter og pårørende av pasienter med behov for rehabilitering, særlig kronisk syke.

Hva skal gjennomføres:

Prosjektet vil levere

- prosjektskisse
- modell for innretning av tjenestene og grad av samordning
- analyse av mulighetsrom for etablering av et rehabiliteringstilbud og eventuelt forankringsprosesser mot de nødvendige samarbeidspartnerne

Leveransen fra prosjektet ansees som en forutsetning for utvikling av et interkommunalt samarbeid, også med sykehuset.

Forventet effekt/nytteverdi:

- Bedre tilgang på spesialisert kompetanse i kommunal rehabilitering.
- Bedret rekruttering.
- Bedre utnyttelse av helsepersonell og kompetanse.
- Færre reinnleggelser.

Finansiering:

Prosjektet er tildelt 2 millioner kroner av rekruttering og samhandlingstilskuddet fra Helse Nord. Lokale kommuner og Helgelandssykehuset vil bidra med egen ressursinnsats og fagkompetanse, med sikte på at den planlagte felles rehabiliteringsavdelingen kan videreføres i ordinær drift dersom utredningen konkluderer med at den er faglig og økonomisk bærekraftig.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Helgelandssykehusets brukerutvalg, tillitsvalgte og vernetjeneste i spesialist- og primærhelsetjenesten vil involveres.

Status per 1. juli 2026:

Som en følge av interne prioriteringer i Helgelandssykehuset har prosjektet ikke hatt oppstart. Det pågår arbeid omkring kartlegging av tilgjengelige arealer i sykehuskroppen i Mosjøen, og det skal ansettes prosjektleder for Vefsna Helseklynge, og som da vil lede prosjektet Tverretatlig rehabilitering. Dette er viktige rammeforutsetninger for videre fremgang.

Milepælsplan:

Prosjektet forventes oppstart høsten 2026. Prosjektplanen legger opp til følgende:

- Oppstart og etablering av prosjektorganisasjon
- Behovsanalyse og kartlegging.
- Vurdering av organisering, faglig innhold og kompetanse.
- Utforming av konkrete modeller for drift og finansiering.
- Sluttrapport og anbefaling

Læringspunkter:

Prosjektet forventer oppstart i løpet av høsten 2026. Et vellykket prosjekt vil kunne bidra til mer tilgjengelige tjenester av høy kvalitet for befolkningen på Helgeland. En samling av spesialisert kompetanse vil tillate bedre tilgang og mer samlet rekruttering for regionen.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Helgelandssykehuset og Vefsn kommune ønsker å utvikle fremtidsrettede tjenestemodeller i felleskap under betegnelsen «Vefsna Helseklynge». Tverretatlig rehabilitering er ett av tre prosjekter som sees i sammenheng med «Vefsna Helseklynge».

Prosjektets kontaktperson(er):	**Kontaktinformasjon:**
Eirik Holand	Eirik.Holand@helgelandssykehuset.no
Karin Ingebrigtsen	karin.ingebrigtsen@vefsn.kommune.no

Prosjekter som bidrar til utvikling og implementering av digitale samhandlingsløsninger

Det digitale sykehuset, en helhetlig tilnærming

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Kautokeino, Alta, Nordkapp, Sør-Varanger, Vadsø, Vardø	Finnmarkssykehuset HF

Hva går prosjektet ut på?

Det bor om lag 75 000 mennesker i Finnmark, hvor de geografiske avstandene er store. Dette medfører at pasienter ofte har lange reiseveier til behandlingssteder. Klima- og værforhold har også stor betydning for transport av pasienter.

Prosjektets formål er å styrke samhandlingen slik at pasienter i Finnmark får behandling raskt, på riktig nivå og på rett sted. Dette skal oppnås gjennom bedre samarbeid og ved å gjøre spesialistkompetanse mer tilgjengelig for helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene når behovet oppstår. Slik styrkes den lokale beslutningskompetansen, og flere pasienter kan få behandling nær der de bor, noe som reduserer behovet for lange og belastende reiser.

Samtidig skal økt tilgang til beslutningsstøtte bidra til bedre vurderinger og høyere kvalitet i forbindelse med akuttinnleggelser i sykehus. Ved hjelp av digitale pasientrom i kommunene vil også flere elektive konsultasjoner og oppfølging av pasienter med kroniske lidelser kunne gjennomføres med spesialistoppfølging uten at pasienten må reise til sykehus eller til der spesialisten fysisk befinner seg.

Det digitale sykehuset vil organiseres med gode tekniske løsninger, styrket beslutningsstøtte og tettere dialog mellom nivåene. Dette vil bidra til å redusere gapet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, gi mer sømløse pasientforløp, høyere behandlingskvalitet, raskere oppfølging og færre pasienttransporter.

Det legges til grunn at én løsning ikke vil passe for alle kommuner. Derfor vil prosjektet prøve ut og tilpasse løsninger i utvalgte kommuner før de eventuelt tas i bruk i resten av Finnmark.

Forventede gevinster:

- Reduksjon av antall akutte (re)innleggelser gjennom bedre beslutningsstøtte.
- Behandle flere pasienter lokalt ved at helsepersonell i kommunene får større tilgang og tilgjengelighet av spesialtkompetanse.
- Reduksjon av unødvendig transport for pasienter, særlig eldre og andre sårbare grupper.
- Færre overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som bidrar til økt pasientsikkerhet.
- Mer hensiktsmessig bruk av beredskapsressurser, spesielt i ambulansetjenesten.

Mål og målgrupper:

Målet er å redusere antall unødvendige pasienttransporter gjennom færre øyeblikkelige innleggelser.

- Etablere et nettverk av digitale pasientrom i samarbeid med kommunelegene, for å redusere behovet for reiser for blant annet pasienter med kroniske lidelser og utvalgte pasientgrupper som trenger elektive utredninger.
- Sikre tilgang til beslutningsstøtte hele døgnet (24/7), kombinert med tilbud om virtuelle previsitter. Dette skal bidra til økt bruk av kommunale ØHD-senger (øyeblikkelig hjelp døgnopphold) og sykestuer.
- Legge til rette for mer lokal behandling av pasienter i sykehjem.

Hva skal gjennomføres:

- Tilby beslutningsstøtte med direkte tilgang til overlegekompetanse, tilgjengelig hele døgnet (24/7).
- Etablere og organisere virtuelle previsitter for pasienter i sykestuer, tilpasset kommuner som ønsker dette.
- Bygge ut et nettverk av digitale pasientrom i tett samarbeid med kommunelegene.
- Ta i bruk digital teknologi og kunstig intelligens der dette er hensiktsmessig og gir merverdi for pasientbehandlingen.

Første evaluering av prosjektet er planlagt gjennomført i desember 2026.

Forventet effekt/nytteverdi:

1. Reduksjon i antall ØH innleggelser sammenlignet med fagrevisjon utført i mai 2026.
2. Reduksjon av pasienttransport i Finnmark, målt i antall km.
3. Økning av digitale konsultasjoner sammenlignet med året før.
4. Brukeropplevelse særlig med tanke på kvalitet og tilgang til helsetjeneste.

Finansiering:

Prosjektet er finansiert gjennom samhandlingstilskuddet, i tillegg til egeninnsats fra Finnmarkssykehuset. Kostnadene består foreløpig av lønn knyttet til fagrevisjon, reiseutgifter samt investering i utstyr til digitale pasientrom.

Total finansiering fordelt på finansieringskilder (Rekrutterings- og samhandlingstilskudd, egenfinansiering, annen finansiering)

Brukermedvirkning i prosjektet:

Brukerutvalg blir orientert 2 ganger i året.

Status per 1. juli 2026:

Det er inngått intensjonsavtaler med alle seks involverte kommuner. Det er gjennomført en fagrevisjon av øyeblikkelig hjelp-innleggelser i januar 2026, med hensikt å kartlegge hvilke innleggelser som potensielt kunne vært unngått, og slik etablere et grunnlag for prosjektet.

Både prosjektgruppe og styringsgruppe er etablert, med deltakelse fra kommuneoverleger og tillitsvalgte. Pilotering er igangsatt i de to første kommunene,

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Fagrevisjon ble gjennomført i mai 2026. Rapporten vil bli gjort offentlig tilgjengelig etter publisering.

Implementering av det digitale sykehuset i alle seks kommuner er planlagt innen desember 2026.

Full implementering av det digitale sykehuset i hele Finnmark er planlagt innen desember 2027.

Læringspunkter:

Hva har vi fått til så langt? Gjennom fagrevisjon har vi påvist at det forekommer unødvendige øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Med bedre samhandling kan antallet slike innleggelser reduseres, noe som også vil føre til færre unødvendige pasienttransporter. Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (tar ned personellbehov eller økonomi)? Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

Reduksjon i pasienttransport i seg selv er miljøsparende og vil samtidig frigjøre beredskapskapasitet innen prehospitale tjenester. Videre vil færre unødvendige innleggelser bidra til å frigjøre kapasitet for personell i spesialisthelsetjenesten. Flere pasienter vil få mulighet til å få helsehjelp av god kvalitet i sitt nærmiljø.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Prosjektet vil bli evaluert og justert i desember 2026, etter pilotering i de første seks kommunene. Deretter vil det gjennomføres en ny evaluering i desember 2027. Prosjektet forventes å bli en del av ordinær drift fra januar 2028.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Panchakulasingam Kandiah	panchakulasingam.kandiah@finnmarkssykehuset.no

DHO Nord

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
De 20 kommunene i Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten.	Nordlandssykehuset

Hva går prosjektet ut på?

DHO Nord støtter fagområder ved Nordlandssykehuset HF (NLSH) og kommunene i Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten med oppstart og innføring av digital hjemmeoppfølging (DHO).

I kommunene gir prosjektet mulighet til å utforske hvordan DHO kan styrke leveringen av kommunale helsetjenester til innbyggerne. Ved NLSH støtter prosjektet fagområder i å utforske hvordan DHO kan benyttes til poliklinisk oppfølging av pasienter – og dermed redusere behovet for fysiske konsultasjoner. Dignio er valgt som felles løsning og benyttes felles av Nordlandssykehuset og kommunene gjennom et samarbeid i tråd med §9 i Pasientjournalloven.

Mål og målgrupper:

Målet er at NLSH og kommunene aktivt tar i bruk DHO i tjenesteleveransen sin. Prosjektet vil også utforske samhandlingspunkter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og prøve ut hvordan digital hjemmeoppfølging og en felles teknologisk løsning kan understøtte bedre koordinering rundt den enkelte pasient.

Hva skal gjennomføres:

- Bidra til oppstart av DHO i fagområder ved NLSH
- Bidra til oppstart av DHO i kommunene
- Sikre gode samarbeidsrutiner på tvers av tjenestenivåene

Forventet effekt/nytteverdi (og hvordan måles dette?):

Prosjektet skal bidra til gode og effektive pasientforløp ved hjelp av digital oppfølging. Prosjektet arbeider med å etablere systematisk datauttak for å synliggjøre nytte og effekter over tid i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Finansiering:

Prosjektet finansieres gjennom samhandlingsmidler (rekrutterings- og samhandlingstilskudd) fra Helse Nord, samt kommunal og regional medfinansiering – i hovedsak som egeninnsats av personell. Felles bruk av oppfølgingssenteret mottar i tillegg støtte fra Helseteknologiordningen, som finansierer en prosjektstilling dedikert til DHO- oppfølging.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Brukermedvirkning ivaretas ved at erfaringer fra pasienter og pårørende innhentes aktivt under utvikling og uttesting av modellen.

Status per 1. juli 2026:

7 av 20 kommuner i helsefellesskapet har per i dag pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging gjennom felles løsning og oppfølgingssenter. Ytterligere 11 kommuner har konkrete planer om å starte inkludering av pasienter i løpet av 2026.

Ved Nordlandssykehuset er 10 nye fagområder under kartlegging med sikte på oppstart.

Milepælsplan 2026 (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Q3/Q4 2026:

- Oppstart av DHO-oppfølging i fagområder ved NLSH
- Oppstart i gjenstående kommuner
- Oppstart av 4 felles pasientforløp på tvers av tjenestenivåene
- Utrede og etablere systematisk gevinstoppfølging ved datauttak
- Etablere tjenesteprismodell for varig drift

Læringspunkter:

Hva har vi fått til så langt?

Prosjektet har bidratt til å etablere en felles forståelse av digital hjemmeoppfølging, forankret hos sentrale aktører. Erfaringene viser samtidig at det tar tid å igangsette DHO i den enkelte kommune og det enkelte fagområde – noe som understreker behovet for dedikert kapasitet og tett oppfølging i innføringsfasen.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft?

Digital hjemmeoppfølging kan redusere unødvendige innleggelser i primær- og spesialisthelsetjeneste, fysiske konsultasjoner og forebygge eskalering av helseproblemer. Pasientene slipper lange reiser, og helsetjenestene kan redusere transportkostnader og - belastning – særlig relevant i en region med store geografiske avstander. Felles bruk av oppfølgingssenteret gjør det mulig å bygge et robust og ressurseffektivt fagmiljø som alle parter kan dra nytte av.

De tre viktigste erfaringene å dele med andre:

1. **Felles forståelse og forankring er avgjørende.** Etablering av helsetjenester på tvers av kommuner og sykehus forutsetter felles møteplasser, felles begrepsforståelse og reelt engasjement fra alle parter.
2. **Innføring tar tid – og krever avsatt kapasitet.** Etablering av nye arbeidsprosesser er krevende, særlig når partene ikke har frigjort tid til gjennomføring. Tidlig avklaring av ressursbehov er viktig.
3. **Erfaringsdeling på tvers gir merverdi.** Felles arenaer for erfaringsdeling og faglig samhandling bidrar til dypere forståelse av DHO og akselererer læring på tvers av kommuner og fagområder.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Gjennom prosjektperioden, som løper til utgangen av 2027, vil det systematisk innhentes erfaringer som danner grunnlag for en anbefaling om varig drift. Sammen med InnoMed er det utviklet en felles tjenesteprismodell som skal brukes til å beregne kostnadsfordeling mellom partene. Målet er å ha et komplett beslutningsgrunnlag klart til starten av 2027, slik at alle parter kan forankre videre drift i egne organisasjoner.

Prosjektets kontaktperson(er):	
Vibeke Tellmann	Vibeke.tellmann@nordlandssykehuset.no

Digital hjemmeoppfølging av personer med sykelig overvekt og fedme

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Vardø kommune og andre kommuner med inkluderte pasienter tilhørende HF-ene	Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset

Hva går prosjektet ut på?

Prosjektet skal etablere et digitalt forløp for oppfølging av fedmepasienter i Nord-Norge.

I dag gjennomføres denne type oppfølging ulikt i de forskjellige helseforetakene og man ønsker å tilnærme seg en lik oppfølging, derfor benytter man seg av Nordlandssykehuset sine ressurser som kompetanse til å etablere den faglige delen av forløpet.

Mål og målgrupper:

Lage et digitalt forløp for pasienter med sykelig overvekt ved Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset.

Hva skal gjennomføres:

Etablere premissene for digital hjemmeoppfølging for pasientgruppen, der man starter med å benytte ressursene på det Regionale senteret for sykelig overvekt for ressurser inn i forløpet.

Forventet effekt/nytteverdi:

Tettere oppfølging av pasienter og reduksjon i pasienttransport.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Brukermedvirkning ivaretas ved at erfaringer fra pasienter og pårørende innhentes aktivt under utvikling og uttesting av Digital hjemmeoppfølging av pasientgruppen.

Status per 1. juli 2026:

Hva er gjennomført så langt?

Prosjektet følger planlagt løp. Etter utviklingsarbeid er flere sentrale deler nå i ferd med å tas i bruk og testes. Fokus er på gradvis digitalisering av oppstart, kartlegging og oppfølging av pasienter i spesialisthelsetjenesten, med grunnlag for videre samhandling mot fastlege og kommune.

1. **Opplæring og læringsinnhold**
   - Rettigheter er innhentet til digital opplæring, og det er utviklet en lokalt tilpasset digital versjon av ernæringsopplæring for nye pasienter, basert på kurs fra Bærum.
   - Kurset erstatter fysiske oppstartskurs og er første konkrete steg i digitalisering av pasientforløpet.
   - Løsningen er klar til bruk som digitalt oppstartskurs.
1. **Kostregistreringsskjema**
   - Digitalisering av kostregistreringsskjema er i sluttfase.
   - Skjemaet er snart klart for utprøving og overgang til drift, og vil inngå i standardisert digital utredning.
2. **Digital hjemmeoppfølging (DHO) – spesialisthelsetjenesten**
   - Sykepleiere i RSSO har deltatt på faglige workshoper for å definere innhold og struktur i DHO-oppfølgingen for fedmepasienter.
   - Arbeidet er under utvikling og skal resultere i en prototype (versjon 1) for oppfølging.
   - Neste steg er å inkludere pasienter i løsningen for testing og videre justering.
3. **Samhandling og regional koordinering**

- Dialog er etablert med DHO-miljøet i Finnmarkssykehuset.
- Når deres Dignio-løsning er i drift, vil prosjektet ved Nordlandssykehuset bidra med bistand til å etablere tilsvarende faglig oppfølging, slik at pasientgruppen får lik oppfølging på tvers av sykehus og region.

4. **Videre arbeid – neste fase**
   - Videreutvikling av fastlegenes rolle i digital oppfølging.
   - Utarbeidelse av digitale retningslinjer og råd for primærhelsetjenesten.
   - Forberedelse for helhetlig samhandling før pasient inkluderes i spesialisthelsetjenesten.

Milepælsplan:

Q3/Q4 2026:

- Oppstart av DHO-oppfølging for fedmepasienter Nordlandssykehuset.
- Oppstart av DHO-oppfølging for fedmepasienter i de lokale sentrene i Lofoten, Vesterålen og ved Finnmarksykehuset.
- Kartlegge og utrede fastlegenes involvering i forløpet.

Læringspunkter:

Hva har vi fått til så langt?

- Konkrete digitale delprodukter er levert: digitalt opplæringskurs (ernæring), kostregistreringsskjema under utvikling, og DHO- prototype under utvikling.
- Prosjektet er i god overgang fra utvikling til utprøving.
- Grunnlag for regional samhandling og videre skalering mot fastlege og kommune er etablert.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (tar ned personellbehov eller økonomi)? Digital hjemmeoppfølging kan forebygge eskalering av helseproblemer for fedmepasientene. Pasientene slipper lange reiser, og helsetjenestene kan redusere transportkostnader og - belastning – særlig relevant i en region med store geografiske avstander.

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

- Digital opplæring kan erstatte fysiske oppstartskurs og gir pasienter fleksibel tilgang til informasjon på egne premisser.
- Denne type oppfølging kan med enkle endringer bidra til tett oppfølging av pasientene, uten fysisk tilstedeværelse.
- Endringer tar til å forankre i tjenestene.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Man har som en del av prosjektet planlagt en evaluering av utprøvingen, der både helsetjenesten og pasientene skal være aktive parter i evalueringen.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Cecilie Vasset	Cecilie.Vasset@nordlandssykehuset.no
Inghild Ridola	inghild.ridola@vardo.kommune.no

Digital hjemmeoppfølging Finnmark

Deltakende kommune(r): Sør-Varanger, Lebesby, Vadsø, Vardø, Alta, Loppa, Berlevåg, Porsanger og Kautokeino	**Deltakende HF:** Finnmarkssykehuset
Finansiering: 6 500 000 kroner	**Prosjektperiode:** Januar 2025 til desember 2026

Prosjektmål:

- Anskaffe ett verktøy som understøtter behovet for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om digital hjemmeoppfølging. Utført februar 2026.
- Styrke brukeres evne til å mestre egen sykdom og helse bedre, med opplæring og økt involvering i egen behandling.
- Etablere et helhetlig tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging (DHO) for målgruppen. Se på mulighetene og behovene for interkommunalt oppfølgingssenter for pasienter som mottar DHO.

Målgruppen er kronisk syke pasienter med risiko for innleggelser/reinnleggelser og pasienter med høyt forbruk av helsetjenester.

Hva skal gjennomføres?:

Prosjektteamet skal jobbe for innføring av digital hjemmeoppfølging med Dignio som plattform i forløp i kommunene, i sykehuset og etterhvert i forløp på tvers av sykehus og kommuner. Dette inkluderer mange aktiviteter som forankring av tjenesten, arbeid internt i hver kommune med kartlegging og etablering av prosjektgrupper som skal velge ut målgruppe. Videre skal tjenesten uformes, implementeres i pilot og gevinster skal følges opp underveis.

Forventet effekt/nytteverdi:

Forventede gevinster er økt mestring og trygghet for pasientene som mottar DHO, reduksjon i bruk av helsetjenester, legevakt, sykehusinnleggelser og bruk av pasientreiser. Forventede effekter skal måles med å gjennomføre nullpunkts målinger ved oppstart fra en representativ periode, og måles hver tredje måned. Her hentes data ut fra pasientens EPJ, vedtakstimer, og spørreskjemaer som pasienten svarer på, i tillegg til å se på innleggelser og bruk av pasientreiser før og etter DHO.

Finansiering:

Total finansiering er 6 500 000 kroner. Dette inkluderer rekrutterings- og samhandlingsmidler og midler fra helseteknologiordningen.

Endringer i budsjett- og finansieringsplan: Prosjektet var tildelt 4 500 00 kroner i prosjektperioden på to år. Det ble søkt om ytterligere midler fra helseteknologiordningen der Sør-Varanger kommune er ansvarskommune.

Midlene brukes på frikjøp av ressurser til 20 % stilling for å jobbe med prosjektet.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Brukerrepresentant er tilknyttet prosjektet som fast representant i styringsgruppe, i tillegg til at representanten deltar på andre møter sammen med prosjektteam. Prosjektet vil også ta imot innspill fra brukerorganisasjoner, og planlegger informasjonsmøte med pensjonistforbundet i august.

Status per 1. juli 2026:

Så langt har vi jobbet med forankring ved å utarbeide informasjonsskriv, prosjektbeskrivelser, aktivitetsplaner, forventede gevinstplaner og informasjonsmøter med ledere og fastleger i kommunene. Vi har en interkommunal prosjektgruppe med representanter fra de ni kommunene som har gått sammen om søknad om tilskudd fra Helseteknologiordningen.

Prosjektgruppen har denne våren mottatt prosessveiledning fra Innomed, som har bidratt med temaopplæring i prosjektaktivitet som tegning av tjenesteforløp, arbeid med kommunikasjons- og interessentanalyse, gevinstarbeid og helhetlig tjenestemodell.

Resultatet har vært gode verktøy som vi vil benytte oss av videre. Flere av kommunene er i gang med etablering av lokale prosektgrupper, og jobber for tiden med valg av målgruppe for oppstart.

I foretaket jobber vi med roller og oppgaver knyttet til å være systemeier av plattformen Dignio, og arbeider for tiden med oppsettet av sonestruktur, DPIA, ROS-analyser og rutinebeskrivelser. I tillegg gjennomfører vi informasjonsmøter og jobber med nødvendige aktivitet som kartlegging av behov for utstyr og muligheter for utlån.

Vi har gjennomført en opsjon på avtalen som Nordlandssykehuset har med plattformen Dignio. Anskaffelsen gjelder for hele helsefellesskapet i Finnmark. Finnmarkssykehuset HF blir systemeier og kommunene får tildelt bruksrett til egne soner for oppfølging av pasientene i egen kommune.

Milepæl nr.		Frist
1	**Prosjektoppstart med underliggende punkter er gjennomført**	10.01.2026
2	**Når anskaffelse av DHO-plattform er gjennomført**	01.03.2026
3	**Når helhetlig tjenesteforløp er utarbeidet og kommuner tilbyr tjenesten**	01.12.2026
4	**Når oppfølgingssenter/responssenter er opprettet**	01.03.2027
5	**Når tjenesteprismodell er utarbeidet**	01.04.2027
6	**Når skalering og implementering er gjennomført**	01.08.2027
7	**Oppfølging og rapportering**	01.09.2027
Læringspunkter: Så langt har vi gjennomført de første to milepælene i prosjektet. Vi jobber med forberedelser og aktiviteter for å nå milepæl tre og fire. Prosjektet kan bidra til økt bærekraft med å flytte fysisk oppfølging til digitalt, og dermed muliggjøre oppfølging av flere pasienter og reduksjon i reiser for pasienter og helsepersonell.		

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Planen er å bruke gevinstplanen og resultater fra målinger aktivt ved overgang til drift for å synliggjøre gevinster. I tillegg planlegger vi et arbeid med en tjenesteprismodell for å vise til hvordan plattformen og oppfølgingssenter kan finansieres etter endte prosjektmidler. Vi har også planlagt arbeid med helhetlig tjenestemodell for å sikre at digital hjemmeoppfølging blir integrert og tilpasset allerede eksisterende tjenester og oppgaver i kommunen og i sykehuset for å sikre at det ikke blir ett isolert pilotprosjekt uten forankring til de faktiske tjenestene.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Karoline Andersen	Karoline.holtermann.andersen@finnmarkssykehuset.no
Andreas Fagertun	Andreas.fagertun@finnmarkssykehuset.no

Digital hjemmeoppfølging Helgeland

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Brønnøy, Sømna, Vega, Vevelstad, Grane, Hattfjelldal, Hemnes, Vefsn, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Nesna, Rana, Rødøy,Træna	Helgelandssykehuset HF

Hva går prosjektet ut på?

- Pasienter får oppfølging hjemme i stedet for/i tillegg til fysiske konsultasjoner.
- Pasienter kan besvare spørsmål om egen helse og/eller måle helseverdier hjemme ved hjelp av teknologi. Data sendes digitalt til helsepersonell, som følger opp, vurderer og justerer behandlingen, basert på pasientens egenbehandlingsplan.
- Digital hjemmeoppfølging (DHO) svarer på utfordringer knyttet til blant annet aldrende befolkning, flere med kroniske sykdommer og personellmangel.

Mål og målgruppe:

- Økt mestring og selvstendighet for brukeren.
- Tidlig oppdagelse av tegn til forverring.
- Bedre ressursbruk og mer bærekraftige helsetjenester i regionen.
- Implementere DHO i alle kommunene, samt fortsette sykehusinitierte forløp og etablere felles tjenesteforløp for felles pasienter i samme teknologiske løsning.
- Pasienter med kroniske lidelser som har oppfølging i kommunehelsetjeneste og/eller sykehus, samt de som kan ha nytte av dette, uavhengig av diagnose.
- Felles samarbeidsløp på tvers av sykehus og kommuner: i første omgang kreftpasienter.

Hva skal gjennomføres:

Kommunene:

- Fortløpende oppstart og skalering av antall pasienter i flere brukergrupper, som miljøtjenesten, ROP-tjenesten og pårørende til personer med demens.

Helgelandssykehuset:

- Implementere DHO for flere pasientgrupper, som hjertesvikt, diabetes og nevrologi.

Felles samhandlingsløp DHO kommuner og sykehus:

- Utarbeide felles generisk tjenesteforløp for kommuner og sykehus.
- Ansette IKT-ressurs som bistår i implementering av Dignio i Helgelandssykehuset og legger til rette for oppstart med felles pasienter.

Forventet effekt/nytteverdi:

- Gir effekter både for pasienter og for tjenesten.
- Kvalitative målinger kan gjøres i Dignio gjennom spørreskjema for pasientene.
- Målinger av redusert forbruk av helsetjenester, redusert reisetid og reisekostnader for tjenesten må gjøres i den enkelte kommune/sykehus for å

få konkrete tallmateriale.

Finansiering:

Total finansiering fordelt på finansieringskilder (Rekrutterings- og samhandlingstilskudd, egenfinansiering, annen finansiering): Helseteknologiordningen: 1 619 940 kroner for 2026. Rekrutterings- og

samhandlingstilskudd: 5 millioner kroner for 2024 og 2,2 millioner kroner for 2025. *Vi har ikke med egenfinansiering i søknaden.*

Brukermedvirkning: Gjøres ved behov. Brukerorganisasjon har deltatt i workshops.

Status per 1. juni 2026:

- Prosjektet er i gjennomførende/avsluttende fase.
- Helgelandssykehuset: DHO KOLS har fulgt opp 22 pasienter. DHO epilepsi i drift med 24 pasienter.
- Kommunene har cirka 50 pasienter på DHO i 11 kommuner.

Milepælsplan:

Kommunene:

- DHO i drift i alle 17 kommuner innen 2026.
- Fortløpende bruk av Helhetlig tjenestemodell i innføringen.

Helgelandssykehuset:

- Innen utgangen av 2026, etablert tjenestemodeller for DHO innen lungesykdom, hjertesvikt, inflammatorisk tarmsykdom, kreft og flere nevrologiske lidelser.

Felles samhandlingsløp Helgelandssykehuset og kommuner:

- Utarbeide felles generisk tjenesteforløp for kommuner og sykehus innen september.
- Felles IKT-ressurs for innføring av DIGNIO samhandling høst 2026.
- Helgelandssykehuset vil ta i bruk DIGNIO som plattform for felles forløp der dette er formålstjenlig.

Læringspunkter:

Hva har vi fått til så langt?

- DHO er tatt i bruk i 11 kommuner.
- DHO er i drift i Helgelandssykehuset for pasienter med lungelidelser og epilepsi.
- Planlegging av felles DHO-forløp Helgelandssykehuset og kommuner er godt i gang.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (tar ned personellbehov eller økonomi)?

- Mer effektiv bruk av fagpersonell, færre besøk av tjenesten, færre innleggelser i øyeblikkelig hjelp-senger og/eller sykehus bidrar til å ta ned personellbehov.

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

- Sørg for forankring på alle nivå fra tidlig fase.
- Sett av tilstrekkelig med ressurser.
- Vellykket rigging av prosjektet i klynger, med lokale ressurspersoner/arbeidsgrupper.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

- Overgangen til drift følges opp i regelmessige møter med alle klyngene
- Prosjektgruppen skal levere en anbefaling for videre drift

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Eva-Alice M. Slettevoll	Eva.slettevoll@digihelgeland.no

Felles tjeneste digital hjemmeoppfølging mellom UNN og kommunene

Deltakende kommune(r): Nordreisa, Skjervøy, Kvænangen, Storfjord, Lyngen, Kvæfjord, Kåfjord, Tromsø, Harstad, Senja, Sørreisa og Lavangen	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord- Norge
Finansiering: 4 800 000 kroner	**Prosjektperiode**: November 2024 til 2028

Hovedmålet er å utvikle og implementere en felles løsning for digital hjemmeoppfølging (DHO) som gir mer helhetlige og personsentrerte tjenester i UNN og kommunene.

Målgruppen er bred og kan omfatte barn, unge, voksne og eldre, så lenge pasienten kan følges opp hjemme. **Oppfølgingen** kan skje enten selvstendig, med støtte fra pårørende eller i samarbeid med helsepersonell.

Prosjektet startet i 2024, med fokus på innsikt, kartlegging og anskaffelse i perioden 2024–2025. I 2026 ble en felles løsning etablert, med nødvendige analyser, avtaler og rutiner på plass. Dette er en ny måte å samarbeide på tvers av nivåer, som krever betydelig organisatorisk utvikling. Implementeringen er fortsatt i en tidlig fase, og den kliniske bruken er foreløpig begrenset. Utviklingen omfatter etablering av en teknisk løsning med nødvendige integrasjoner mot EPJ, samt implementering av DHO i både kommuner og sykehus med særlig vekt på samhandling, utvikling av pasientforløp og opplæring. I tillegg skal DHO og annen velferdsteknologi piloteres i Nord-Troms for å legge til rette for tidligere utskriving og trygg oppfølging i hjemmet, blant annet gjennom opprettelse av «digital seng» for å sikre bedre overganger og mer helhetlige pasientforløp.

Forventet effekt/nytteverdi: Forventet effekt og nytte måles ved bruk av en gevinstveileder utviklet i samarbeid med InnoMed (se lenke nederst), med fokus på unngåtte kostnader, tidsbesparelser og økt kvalitet. Effektene kan også måles gjennom økt bruk av DHO i kommuner, flere pasienter i ordningen, færre fysiske konsultasjoner og pasientreiser, reduserte ventelister samt bedre samhandling, færre innleggelser og mer effektiv ressursutnyttelse.

Brukermedvirkning ivaretas ved at pasientforløp utvikles med pasientens behov og perspektiv i sentrum. Prosjektet har også egen brukerrepresentasjon i prosjektgruppen, som bidrar til å sikre at tjenestene utformes i tråd med brukernes erfaringer og behov

DIGITAL
HJEMMEOPPFØLGING

Status per 1. juli 2026:

Den digitale løsningen for hjemmeoppfølging er etablert. Felles løsning i Dignio har vært tilgjengelig for bruk siden februar 2026. Totalt **12 av 24 kommuner** har så langt signert avtale om bruksrett, med mål om å øke dette til **15 kommuner** innen utgangen av juni 2026.

Flere av kommunene har **allerede tatt løsningen i bruk** med reelle pasienter, selv om prosjektet fortsatt er i en tidlig fase. Særlig i Nord-Troms har flere kommuner kommet godt i gang med oppfølging av pasienter. Harstad har startet opp med digital hjemmesykepleie, mens Tromsø kommune har forberedt oppstart gjennom å ha valgt ut aktuelt pasientforløp. Avtaleverk og styringsdokumentasjon er ferdigstilt, inkludert ROS-analyse, DPIA og felles rutiner. Dette gir et solid grunnlag for videre drift og forvaltning av løsningen.

Dialog med fastleger er igangsatt i enkelte kommuner. Det er også sendt henvendelse til **fastlegerådet i helsefellesskapet**. Saken er meldt inn og planlegges behandlet i fastlege- rådet høsten 2027, jf. referat siste møte. Viktig at både kommuner og sykehus har fokus på **økt kompetanse**. Det planlegges derfor for **emnekurs sammen med DHO Nord-Troms og Finnmark,** planlagt oktober 2026. Ressurser tilknyttet DMS er nå på plass. Det er også behov for dedikert ressurs som følger opp kommunene; være pådriver for videre utvikling, støtte lokale ressurser, bidra i opplæring og sikre fremdrift i gevinstarbeid og evaluering. I tillegg er fasiliteringsressurser sentrale for å støtte arbeidet, blant annet gjennom utvikling og strukturering av pasientforløp, opplæring av helsepersonell og praktisk oppfølging i løsningen.

Videre fremdrift avhenger av faktisk implementering og skalering i både sykehus og kommuner. Dette forutsetter at fagressurser får tilstrekkelig tid til å planlegge og utvikle digitale pasientforløp, at ansvar og roller tydelig avklares, og at arbeidet er godt forankret i både klinikk og ledelse. Det er behov for å komme i gang med å skalere konkrete pasientforløp, inkluderes pasienter systematisk og utvikle forløp på tvers av nivåene.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

	2025	2026	2027	2028
	Dignio avtale inngått for perioden juli 2025- juli 2028			
Drift UNN/ DUS		Avklare intern forvalting DUS		
		1) Våren 2026: Integrasjon mot EntraID og SSO er på plass for UNN. 2) 2) Integrasjon mellom Dignio og EPJ er planlagt når HNIKT har ressurser. Pr. nå ikke prioritert av HNIKT.		
		Stabil drift og brukerstøtte		
		Implementering i UNN		
Prosjekt * *Midler ut 2026 – vi må overføre en del da stillinger har sen oppstart 2026. Søker om videreføring av gitte midler*		Prosjekt DMS Nord-Troms, DHO mot USK		
		Frikjøp ressurser PSHT		
		Drift i kommunene		
		Implementering: Felles forløp - felles tjeneste DHO i avtale periode * fastlegeinvolvering blir viktig å til		
		Avklare videre drift / avtale med Dignio/kommunene etter 2028, utrede evt finansieringsmodell av videre lisens		

Prosjektet startet i 2024, hvor det første året gikk til innsikt, anskaffelse og etablering av rammer. Pasientoppfølging kom først i gang i 2026, og er fortsatt i en tidlig fase. Det er derfor behov for ytterligere midler utover 2026 for å komme ordentlig i gang med pasientarbeidet. Tidsplanen er derfor utvidet til å omfatte 2027 og 2028. En prosjektperiode fra juni 2024 til utgangen av 2026 (2,5 år) er for kort til å gjennomføre en så omfattende omstilling av helsetjenesten. Erfaringer, blant annet fra spredningsprosjekter i Helsedirektoratet, viser at endring og omlegging av tjenester krever tid, systematisk arbeid og langsiktig oppfølging.

Læringspunkter så langt er at løsningen for digital hjemmeoppfølging har vært klar siden februar 2026 og er nå moden for videre utrulling. Nødvendig avtaleverk, ROS-analyse, DPIA og felles rutiner er ferdigstilt og godkjent, noe som gir et solid fundament for videre skalering. Flere kommuner er allerede i drift (12), men variasjon i modenhet. Forvaltning i UNN er etablert, men befinner seg i en overgang mellom prosjekt og drift. Kliniske forløp er definert, men ikke fullt implementert. Bemanningen er styrket gjennom PSHT-ressurser, DMS-ressurs i Nord-Troms og kommunenes egeninnsats.

Erfaringene viser at innføring av digital hjemmeoppfølging er et omfattende tjenesteutviklingsarbeid som krever tid, koordinering og tydelig organisering. Kommunene har ulik organisering og tilgang på ressurser, noe som påvirker tempo og fremdrift.

Fastlegeinvolvering fremstår som en kritisk faktor for å lykkes, og dette arbeidet er påbegynt i Nord-Troms kommunene som har DHO leger på plass i fem av seks kommuner. Det er stort behov for kompetanseheving og kulturendring for å gå fra fysisk til digital oppfølging.

Prosjektet har erfart at gevinster ikke kommer umiddelbart; økt kvalitet for pasientene er synlig tidlig, mens tidsbesparelser og effektivisering kommer senere. Prosjektet legger til rette for mer bærekraftige tjenester gjennom bedre samhandling og mer effektiv ressursbruk på tvers av nivåer. Videre arbeid vil fokusere på å utvide bruken, og styrke samhandlingen mellom sykehus, kommuner og fastleger gjennom etablering av felles pasientforløp og et tydelig trepartssamarbeid, slik at pasientene får mer helhetlige tjeneste hjemme.

Planen for evaluering og overgang fra prosjekt til drift legges opp til en gradvis i både UNN og kommunene. De tildelte rekrutterings- og samhandlingsmidlene vil benyttes til å sikre utrulling, drift og utvikling av tjenesten på tvers av tjenestene. Midlene dekker lisenskostnader for Dignio for UNN og alle 24 kommuner, samt nødvendig sensorutstyr til pasientoppfølging. I tillegg settes det av midler til frikjøp av ressurser som skal arbeide med utvikling og implementering av pasientforløp, inkludert fastlegeinvolvering, som er en sentral del av det videre tjenesteutviklingsarbeidet.

Fra 2026 kom man i gang med pasientoppfølging, og løsningen er nå tatt i bruk i flere kommuner. Det vil derfor være behov for videre satsing i tråd med milepælsplanen etter 2026, for å sikre ønsket utvikling og måloppnåelse. Dette er et nyoppstått og omfattende tjenesteutviklingsarbeid som krever tid, tett samarbeid og kontinuerlig forankring hos alle involverte aktører. På sikt forventes løsningen å bidra til mer helhetlige tjenester, bedre kvalitet for pasientene og en mer effektiv bruk av både økonomiske og menneskelige ressurser. Det er samtidig avgjørende å fortsette å styrke og videreutvikle tilbudet som nå er etablert.

Skalering i UNN og kommunene ses i sammenheng med etablering av interkommunalt DHO-team i Nord-Troms. Regionen jobber med å utarbeide en modell for kostnadsfordeling mellom kommuner ved overgang fra prosjekt til drift i 2028. Den omfatter kostnader til å drifte et felles team med kompetanse og respons, mens andre utgifter til lokale ressurser, utstyr og lisenser holdes lokalt. Modellen er utarbeidet etter prinsipper om forutsigbarhet og økt inklusjon. Valg av modell vil også muliggjøre samarbeid med flere kommuner i Helsefellesskapet og UNN.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Ingjerd Valbekmo	dho@unn.no og 95886715

Felles innsats for implementering av digital støtte i forløp og samhandling

Deltakende kommune(r): Harstad, Tromsø og Narvik	**Deltakende HF:** Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) DMS Midt-Troms og Nord-Troms inviteres.
Finansiering: 5 000 000 kroner	**Prosjektperiode**: August 2025 til desember 2026

Prosjektet går ut på å samordne ressurser og kompetanse på tvers av sykehus og kommunene, og etablere et felles innsatsteam (Digiteam), som skal bidra til en raskere fremdrift i implementeringen av helhetlige, digital støttede pasientforløp både i og mellom sykehus og kommunene (alle 24 kommuner).

Det er tre hovedmål som prosjektet skal arbeide mot:

- Bidra til bærekraftige helsetjenester gjennom effektiv ressurs- og kompetanseutnyttelse, forebygging og økt pasientbehandling i hjemmet.
- Styrke utvikling av digitalt støttede helsetjenester, som legger til rette for bedre samhandling mellom UNN, kommunehelsetjenesten og fastlegene.
- Redusere fysisk oppmøte i poliklinikk, innleggelse i UNN, eller kommunal institusjon, gjennom økt forebygging og samhandling om pasientoppfølging i pasientens hjem.

Målgruppen i prosjektet er alle pasientgrupper med kroniske og sammensatte behov. Prosjektets formål er å legge til rette for økt dialog og tilgjengelighet av riktig kompetanse til riktig tid i definerte digitalt støttede pasientforløp, inkl. digital hjemmeoppfølging.

- Få på plass digitale verktøy, digitale møtepunkter, og proaktive samhandlingsformer
- Bidra til at pasientene får helhetlige oppfølgingsplaner som forebygger helsesvikt i identifiserte risikoområder.
- Pasientforløpsarbeidet inkluderer alle følgende forløp: *UNN-pasient/pårørende (2- parter), Kommune-pasient/pårørende (2-parter), UNN-pasient-kommune/fastlege (flere parter) og UNN-kommune (flere parter - samhandling).*

Forventet effekt/nytteverdi for helsepersonell:

- Kommunehelsetjenesten får faglig støtte og økt tilgjengelighet fra fagmiljøer i UNN.
- Opprettede digitale møtepunkter og proaktive samhandlingsmetoder som sikrer tettere oppfølging, bedre koordinering mellom aktører og mer effektiv pasientflyt.
- Felles behandlings- og oppfølgingsplaner sikrer tett oppfølging av pasienten gjennom samarbeid mellom hjemmetjeneste, fastlege og UNN, noe som bidrar til tidlig intervensjon og redusert risiko for forverring.
- Klinikker og kommuner får støtte til respons og oppfølging.

For organisasjonene UNN/kommune:

- Mer effektiv bruk av personell (ressurser og kompetanse).
- Stabilisering av personell med riktig kompetansebruk og eierskap av pasientforløp.
- Felles uttesting og implementering overførbare løsninger i regionen og interregionalt.

For økonomi:

- Reduksjon i reisekostnader for pasienter og helsepersonell (UNN/kommune).
- Reduserte kostnader for UNN ved færre liggedøgn, utskrivningsklare pasienter og innleggelser.

Gevinst av digital infrastruktur/ økt samhandling:

- Felles system for utvikling og forbedring av pasientforløp med spredningspotensial.

Struktur og digital utvikling:

- Økt digital kompetanse i UNN og kommuner.
- Standardisering av tekniske løsninger der det er mulig.

Brukermedvirkning i prosjektet foregår gjennom to representanter fra UNN sitt ungdomsråd som er tilknyttet prosjektet. Videre brukermedvirkning avklares lokalt.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektstyret for prosjektet er godt etablert. Gjensidig tillit, felles forståelse av

målsettinger med satsningen (UNN/kommuner) og sterkt engasjement er opparbeidet.

Felles Digiteam som møtes jevnlig er etablert. Digiteamet består av faste deltakere og ressurser både fra tildelte rekrutterings- og samhandlingstilskudd (RS) og egeninnsats fra organisasjonene. Digiteamet deler erfaringer, tilbyr hjelp til hverandre (kommuner og lokalt UNN/kommune). Teamet bygger opp egen digital- og prosesskompetanse for å kunne fungere som støtte og support.

Pasientforløpsarbeid gjennomføres, inkl. risikovurderinger og rutiner deles og justeres til lokale forhold. Digiteam-representantene deltar i pilotering av digital pasientoppfølging, og i noen kommuner (f.eks. Harstad) etableres nå kommuneinternt responsteam med frikjøpte ressurser både fra RS tilskudd og andre tildelte prosjektmidler.

Superbrukernettverk DHO/digitalisering er nylig startet opp, i første omgang med dedikerte superbrukere fra hver av klinikkene i UNN, og frikjøpte superbrukerressurser fra lokalt DHO prosjekt. Dette nettverket inviteres inn i utvidet Digiteam-møter regelmessig.

Uten tvil har prosjektet kommet lengst ved de lokalisasjonene som har fått til å frikjøpe ressurser gjennom tildelte RS tilskudd (fra digital hjemmeoppfølgingprosjektet (DHO)og Felles innsatsprosjektet).

Følgende fagområder/forløp er i gang, enten med pilotering av pasienter eller som har DHO-forløp under planlegging:

- *Diabetes (UNN Harstad og UNN Narvik),*
- *Bekkenbunnspol. klinikk (UNN Harstad),*
- *Ortopedisk klinikk, kontroller etter radiusfrakturer (UNN Harstad),*
- *Sårpoliklinikk -prosjektets første trepartsforløp (pasient/pårørende, UNN Harstad og Harstad kommune),*
- *Digitale hjemmebesøk (Harstad kommune),*
- *Hjertesviktspol.klinikken (UNN Tromsø),*
- *Gastropol. Medisinsk klinikk Mb Cron og IBD pasienter (UNN Tromsø),*
- *Nevro,-Hud- og reumatologisk avd. MS pasienter (UNN Tromsø),*
- *Rus- og psykiatritjenesten Lanterna (Tromsø kommune),*
- *Hjemmetjenesten Nordøya, digital hjemmesykepleie (Tromsø kommune), Ergoterapitjenesten i kommunen og Legetjenesten, Balsfjord kommune*

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Prosjektet følger milepælsplan fra opprinnelig søknad, men prosjektet er nedskalert og tidsplanen noe justert ihht. tidligere rapportering.

Læringspunkter:

Deltakende fagmiljøer og lokale ressurspersoner gir uttrykk for stor interesse for digital tjenesteutvikling, så lenge forestående prosesser planlegges godt og at piloteringen først skjer i småskala, før stor utbredelse i tjenesten. Det legges nå lokale planer for hvilke

forløp og pasientgrupper man starter med per lokalisasjon. Rammer for videreføring av prosjekt må avklares, forankringsarbeid på flere nivåer må opprettholdes, og grundig informasjonsdeling må til både internt i egne organisasjoner og til eksterne samarbeidspartnere. Flere lokalisasjoner er i gang med utvikling av digitalt støttede forløp, og det blir viktig med samordning i utviklingsarbeidet videre.

Flere læringspunkter:

- Forutsigbarhet, og frikjøp av kompetanse og ressurser til både utviklingsprosess og pilotering bidrar til økt hastighet i tjenesteutviklingen.
- Tjenesteutvikling tar tid, og ressurser må dedikeres til dette, enten fra egeninnsats eller prosjektmidler.
- God forankring av prosjektet på samtlige nivå er en forutsetting for å lykkes.
- Felles IKT verktøy både i UNN og kommunene gir gode muligheter for tettere samarbeid omkring enkeltbrukere, deling av kompetanse og bedre ressursutnyttelse.
- Tett dialog mellom overordnet ledelse av prosjektet bidrar til felles forståelse, engasjement og mer samordnede veivalg i tjenesteutviklingen.
- God, regelmessig dialog mellom UNN og kommunene på prosess- og utøvernivå bidrar til mer fornuftig bruk av ressurser, muligheter for deling og støtte til hverandre i løpet av utviklingsprosessen, her gjennom felles Digiteam.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Prosjektstyret har vurdert at det ved nåværende tidspunkt er for tidlig for å overføre prosjektet til drift. God fremdrift i tjenesteutviklingen vil være avhengig av prosjektorganisering ytterligere noen år. Prosjektet fikk avslag fra Helse Nord RHF på søknad om nye RS-midler for å videreføre prosjektet i nåværende form. Prosjektstyret har vedtatt at prosjektet ikke skal avsluttes, men justeres, omorganiseres og evt. breddes ytterligere. Ny finansieringsplan er under utarbeidelse, og en større workshop planlegges til høsten. Nye søknader om prosjektmidler vurderes fra andre aktuelle finansieringskilder.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Monika Dalbakk	Monika.marie.dalbakk@unn.no

Fra teknisk implementering til praktisk bruk av digitale samhandlings-løsninger – PJD og PLL

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Bodø, Fauske, Saltdal, Vågan, Hadsel og Vestvågøy. Prosjekteiere: Bodø kommune og Nordlandssykehuset HF. Forankret i Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen, Salten.	Nordlandssykehuset

Hva går prosjektet ut på?

De nasjonale samhandlingsløsningene er i hovedsak teknisk innført, men brukes relativt lite. Prosjektet handler derfor ikke om teknologi, men om tjenesteinnovasjon og pasientforløpsarbeid: nye arbeidsmåter på tvers av omsorgsnivå slik at løsningene blir en integrert del av klinisk hverdag.

Pasientens journaldokumenter (PJD) har vært i drift i over to år, men om lag 80 % av oppslagene i Nord-Norge gjøres av fem kommuner i Nordlandssykehusets opptaksområde – bruken finnes hovedsakelig der det har vært egne implementeringsprosjekter. Pasientens legemiddelliste (PLL) er snart ferdig teknisk innført, nå begynner arbeidet med å gjøre dette til en reell samhandlingsløsning.

Mål og målgrupper:

Helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten. Hva skal gjennomføres:

- PLL: nye arbeidsmetoder på tvers av omsorgsnivå der PLL blir en integrert del av legenes arbeid – roller og ansvar når flere leger arbeider i samme liste, håndtering av uenighet og avvik, samstemming og felles opplæring.
- PJD: økt reell bruk av deling fra sykehus til fastlege og legevakt via kjernejournal, og til pleie- og omsorg i EPJ eller via kjernejournal – særlig rettet mot arbeidsprosessene ved innkomst, utskrivning og overganger.
- Felles: tjenestedesign, baseline og gevinstmåling, strukturert opplæring, lederforankring på begge nivåer og spredning via helsefellesskapet. Hvert delprosjekt har egen prosjektleder som arbeider tett med fag- og systemressurser i kommunene og HF.

Forventet effekt/nytteverdi (og hvordan måles dette?):

Mindre manuell informasjonsinnhenting (telefon, PLO-meldinger, dobbeltjournalføring), økt trygghet i kliniske beslutninger, færre legemiddelfeil og mer behandling på beste effektive omsorgsnivå. Frigjort tid omdisponeres til pasientrettet arbeid.

Måling: baseline før intervensjon og ettermåling etter implementering. Kvantitativt: oppslag i PJD og PLL per kommune og HF, utskrivningsklare døgn, tidsbruk ved innkomst, telefon- og PLO-meldinger i overgangsfase, legemiddelavvik. Kvalitativt: spørreundersøkelser om opplevd tidsbruk og trygghet, brukererfaringer og lederes vurdering av arbeidsflyt.

Finansiering:

Rekrutterings- og samhandlingstilskudd: 5 mill. kroner. Egeninnsats fra deltakende kommuner og Nordlandssykehuset HF kommer i tillegg. Samordnes med ressurser i kommunene finansiert gjennom Helseteknologiordningen.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Ivaretas gjennom Brukerutvalget ved Nordlandssykehuset HF, kommunale råd og brukerrepresentasjon i tjenestedesignarbeidet.

Status per 1. juli 2026:

- Forprosjektet var i praksis ferdig før ny søknadsrunde. Avklaringen av om gjennomføringen skulle starte opp eller avvente ny søknad tok tid og forskjøv oppstarten.
- Besluttet oppstart med to delområder, PJD og PLL. Prosjektledere er engasjert til begge delprosjektene.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

- kv. 2026: prosjektorganisering, kartlegging av dagens arbeidsprosesser og baseline per kommune og klinikk.
- kv. 2026: tjenestedesign og nye arbeidsmetoder for PLL og PJD; opplæringsmodell klar.
- halvår 2027: innføring i deltakerkommunene og berørte enheter i NLSH, med løpende måling og justering.
- halvår 2027: gevinstmåling, evaluering og regional deling av implementeringsmodellen.

Siden teknisk løsning er etablert, vil enkelte innføringsaktiviteter starte allerede 3. kv. 2026 sammen med kartlegging av dagens arbeidsprosesser.

Læringspunkter:

Gjennomført konseptfase med et faktabasert bilde av svært skjev bruk, prioritert to konkrete delområder og engasjert prosjektledere til begge.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (tar ned personellbehov eller økonomi)?

Gevinsten ligger i redusert dobbeltarbeid, ikke i ny teknologi: mindre tid brukt på å lete etter informasjon, ringe etter opplysninger og journalføre det samme flere ganger. Det frigjør tid til pasientrettet arbeid, gir bedre beslutningsgrunnlag lokalt, færre unødvendige undersøkelser og innleggelser og færre utskrivningsklare døgn

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

1. Teknisk innføring gir ikke gevinst i seg selv. Løsningene har vært tilgjengelige i over to år med marginal bruk. Gevinsten kommer først når arbeidsprosessene endres – det må planlegges og finansieres som eget arbeid.
2. Bruken oppstår der noen har jobbet systematisk med den. Nesten all bruk i landsdelen skjer i kommuner som har hatt egne prosjekter. Forskjellen forklares av implementeringsarbeidet, ikke av teknologien eller kommunestørrelsen.
3. Kontinuitet i finansieringen påvirker gjennomføringsevnen. Perioden mellom avsluttet forprosjekt og avklart gjennomføring gir risiko for tap av kompetanse og momentum; overgangen bør planlegges som én sammenhengende prosess.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Regelmessig kvalitativ og kvantitativ evaluering for å sikre at løsningene tas i bruk i ordinær drift i tråd med forventet nytteverdi.

Prosjektets kontaktperson(er):	
Tove Julie Evjen	tove.julie.evjen@nordlandssykehuset.no
Mathilde Hanssen	Mathilde.Hanssen@bodo.kommune.no

Prosjekter som bidrar til diagnostikk og behandling nærmere pasientens bosted

Kombinerte stillinger mellom kommune-helsetjenesten og ambulansetjenesten

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Øksnes og Sortland	Nordlandssykehuset

Mål og målgrupper: Prosjektets mål er å skape attraktive arbeidsplasser og fagmiljø der sykepleiere ønsker å jobbe. Prosjektet vil gi sykepleierne bredere erfaring og kompetanse, og dermed styrke både akutt-medisinsk- og kommunal helsetjeneste. Gjennom kjennskap til brukere med langvarig og sammensatte behov, og hvilke tjenester de mottar, kan det å arbeide både i kommunene og ambulansetjenesten bidra til at rett behandling gis på riktig sted til rett tid.

Hva skal gjennomføres: Etablering av kombinerte stillinger (50/50) mellom Øksnes kommune og Ambulansetjenesten i Øksnes, samt mellom Sortland kommune og ambulansetjenesten i Sortland.

Forventet effekt/nytteverdi (og hvordan måles dette?):

1. Faglig kvalitet og kompetanseutvikling
   - Styrket faglig kvalitet i tjenestene gjennom tettere samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og ambulansetjenesten.
   - Utvikling av felles kompetanse og praksis gjennom systematisk fagdeling og erfaringsutveksling.
   - Økt kompetanse blant ansatte i både kommunehelsetjenesten og ambulansetjenesten gjennom målrettet opplæring og veiledning.
   - Økt rekruttering og attraktivitet for fagpersonell som følge av sterkere fagmiljø.
2. Effektive pasientforløp
   - Mer helhetlige og effektive pasientforløp gjennom bedre samhandling mellom tjenestenivåene.
   - Bedre struktur og kontinuitet i pasientoppfølgingen gjennom faste møtearenaer mellom kommunehelsetjenesten og ambulansetjenesten.
   - Forbedre kliniske vurderinger basert på økt kjennskap til pasientene og deres behov.
3. Ressursutnyttelse og økonomiske gevinster
   - Tidsbesparelser som følge av økt kompetanse og bedre fordeling av oppgaver mellom tjenestene.
   - Redusere behovet for innleggelser gjennom tidlig innsats og kvalitativt gode vurderinger i pasientforløpet.
   - Redusert bruk av innleie fra bemanningsbyråer i kommunen.
   - Reduserte overtidskostnader gjennom bedre ressursplanlegging og tilgjengelig kompetanse.
   - Reduksjon i antall ambulanseoppdrag som følge av mer presise kliniske vurderinger og hensiktsmessig oppfølging på beste effektive omsorgsnivå.
4. Samhandling og organisasjonsutvikling
   - Styrket samhandling mellom kommunehelsetjenesten og ambulansetjenesten gjennom etablering av faste samarbeidsstrukturer.
   - Bedre koordinering og informasjonsflyt mellom tjenestene; bedre pasientsikkerhet og mer effektive arbeidsprosesser.

Finansiering: Total finansiering: 1.500.000, -, hvorav lønnskostnader: 808 800,-. Øvrige kostnader tjenestereise for erfaringsdeling, leie av lokaler, møtemat: 250 000,-.

Egenfinansiering: 375 000,-.

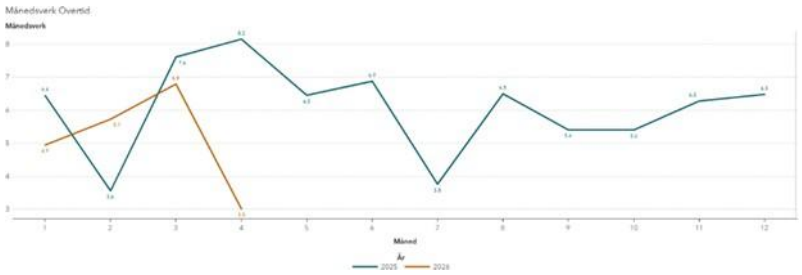
Ønske om å forlenge prosjektperioden til og med 31. desember 2027, og overføring av midler knyttet til lønnskostnader på kr 441 200 til budsjettåret 2027. Prosjektet fremmer søknad om økte lønnsmidler for 2027 for å sikre videre gjennomføring, måloppnåelse og utvidelse av prosjektet.

Brukermedvirkning i prosjektet: Referansegruppe som består av eldrerådet i Øksnes, eldrerådet i Sortland, pasient- og brukerutvalget Nordlandssykehuset.

Status per 1. juli 2026:

- Prosjektmedarbeidere Sortland og Øksnes kommune tilsatt medio mars.
- Tre søkere til kombinerte stillinger; etablering av oppstartsplan og turnus.
- Styringsgruppemøte med innspill fra tillitsvalgte, klinikkledelse og kommunalsjefer.
- Registrert reduserte overtidskostnader i ambulanseområdet

Reduksjon i overtid for ambulanseområdet da ambulanseområdet har innført 50 % vikar i perioder for å småskalateste og synliggjøre overtidsreduksjon.



Milepælsplan:

M1 – Utlysning og tilsetting

M2 – felles turnusplanlegging

M3 – opplæringsplan

M4 – Evaluering, implementering og deling av erfaringer

Læringspunkter:

Hva har vi fått til så langt? Bedre samarbeid på tvers av sektorene, reduksjon overtid og oppnådde milepæler. Systematikk i samarbeidet mellom ambulansetjenesten og kommunene.

Hva er viktig å dele fra vårt prosjekt til andre? Struktur og dialog gi bedre bruk av tilgjengelige ressurser

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (redusert bruk av personell eller økonomi)? Riktig rekruttering reduserer behov for innleie, redusert overtid, bedre samarbeid og økt kompetanse i tjenestene.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift: Samarbeid om rekruttering og arbeidsplanlegging for flere grupper av medarbeidere mellom tjenestene gjør at erfaringene fra prosjektet lar seg videreføre som del av ordinær drift

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Nadia Sørensen, prosjektleder	nadia.sorensen@nordlandssykehuset.no

Felles planlegging og gjennomføring i den akuttmedisinske kjeden - Pilot Senja / Responsteam Midt-Troms



Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Senja, Sørreisa	Universitetssykehuset Nord-Norge

Mål og målgrupper:

Målet er tidligere avklaring, riktigere bruk av akuttberedskap, færre unødvendige transporter/innleggelser og tryggere oppfølging nær hjemmet. Målgruppen er innbyggere med behov for akutt avklaring utenfor sykehus, særlig skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte/kroniske behov. Tjenestemålgruppen er legevakt, AMK, ambulansetjeneste, DMS, hjemmetjeneste, omsorgssentre og relevante UNN-miljø.

Hva skal gjennomføres:

Det skal rigges operativ pilot med prosjektleder/prosessressurser, etablert arbeidsgruppe og deloppdrag innen klinisk modell, operativ logistikk, digital samhandling, kompetanse/simulering og avtale/økonomi. Bil er under anskaffelse. Legevaktmodellen, responslinjer, aktiveringskriterier, dokumentasjon og samhandling med AMK/ambulansetjeneste modelleres før pilotstart.

Forventet effekt/nytteverdi:

Effekt måles på antall alternative pasientforløp, andel pasienter håndtert hjemme/kommunalt, innleggelses- og transportmønster, responstid, 30-dagers reinnleggelse, liggedøgn, pasient-/pårørendetilfredshet, ansattes opplevde faglige trygghet og ressursbruk. Forventet nytte er tryggere pasientforløp, mindre belastning på legevakt/KAD/sykehus og bedre bruk av samlet personellkompetanse.

Finansiering:

1 500 000 kroner. Fordeles på prosjektledelse, frikjøp legeressurs i rigging og spredning, anskaffelse, arbeidsmøter, utstyr, analyse, m.m. Disponering revideres i tråd med endelig tilsagn, anskaffelsesprosess for bil og beslutninger i styringsgruppe. Første fase prioriterer minimum forsvarlig modell for operativ pilot fremfor full skalering.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Det deltar to brukerrepresentanter i piloten. Disse representerer områdene somatikk og psykisk helse.

Status per 1. juli 2026:

Hva er gjennomført så langt?

Prosjektet ble tildelt vår 2026. Første oppstartsmøte/arbeidsmøte er gjennomført og prosjektet er flyttet fra konsept til operativ rigging. Prosjektleder og nødvendige ressurser er på plass for å forberede pilot. Arbeidsgruppen er etablert og arbeider med konkret pilotlogikk, deloppdrag og avklaringspunkter. Bil er under anskaffelse. Legevaktens rolle, responslinjer, samhandling med AMK/ambulansetjeneste og kobling mot hjemmetjeneste, DMS, omsorgssenter, DHO og responssenter modelleres. Neste hovedleveranse er pilotforløp 0.1 med pasientgruppe, aktiveringskriterier, ansvar, dokumentasjon, risiko og målepunkter.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Tid	Milepæl/leveranse	Kommentar/status
Juni 2026	Oppstartsmøte og etablering av arbeidsgruppe	Gjennomført. Felles retning, mandat og arbeidsform satt.
Juli–august 2026	Modellering av legevakt/AMK, kliniske kriterier, ansvar og informasjonsflyt	Pågår. Deloppdrag organiseres tett på drift.
Q3 2026	Bilanskaffelse, utstyr, kompetanse-/simuleringsplan og testscenario	Under rigging. Pilotforløp 0.1 besluttes i styringslinje.
Q4 2026	Operativ pilot, PDSA-testing, månedlig datainnsamling og justering	Avgrenset oppstart før eventuell trinnvis utvidelse.
Q3 2027	Standardisering og regional overføringsmodell	Implementeringspakke, vurderingsmodell og simuleringsopplegg dokumenteres.
Q1 2028 →	Vurdering av overgang til ordinær drift	Avhenger av gevinst, finansiering, avtaler og driftssamordning.

Læringspunkter:

- Vi har fått til en rask overgang fra idé til konkret operativ pilotrigg: prosjektleder, ressurser og arbeidsgruppe er etablert.
- Bærekraft ligger i tidligere avklaring og riktigere nivåvalg, ikke i mer aktivitet. Responsteamet skal redusere unødvendig transport, innleggelse og dobbeltarbeid ved å bruke eksisterende kompetanse smartere.
- Tre erfaringer å dele: 1) start med strukturer som allerede finnes, 2) bygg minimum forsvarlig modell før skalering, 3) mål fra første test og bruk data til justering.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Evalueringen integreres i styringsmodellen og følger forbedringsmetodikk (PDSA).

Før pilotstart defineres baseline og gevinstindikatorer. Det etableres månedlig rapportering til styringsgruppe på aktivitet, pasientforløp, ressursbruk, kvalitet/pasientsikkerhet, brukeropplevelse og medarbeidertrygghet. Etter første operative test gjennomføres 2-, 4-

og 8-ukers vurderinger før modellen standardiseres. Overgang til ordinær drift vurderes når ansvar, finansiering, legevaktsmodell, digital støtte, gevinst og bemanning er tilstrekkelig dokumentert fortrinnsvis innen Q1 2028

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Turid Anita Amundsen Komunalsjef Senja	Turid.anita.amundsen@senja.kommune.no

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
kommune	41731313
Mona Martinsen Prosjektleder X	Mona.martinsen@senja.kommune.no 64406110
Svein Arne Monsen Klinikksjef UNN	Svein.arne.monsen@unn.no 60155630
Glenn Helge Hattmann Samhandlingssjef UNN	Glenn.helge.hattmann@unn.no 60401400





Holterprosjektet

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Vardø, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord	Finnmarkssykehuset, Kirkenes

Hva går prosjektet ut på?:

Prosjektet har som mål å etablere et desentralisert tilbud for Holter-påkobling i kommunene i Øst-Finnmark. Dette vil redusere pasientenes reisevei, øke tilgjengeligheten til Holter EKG, og sikre en mer effektiv bruk av utstyret.

Mål og målgrupper:

Primærmålgruppen er pasienter i Øst-Finnmark som har behov for Holter-overvåkning. Sekundært vil prosjektet også gagne pasienter fra andre kommuner i sykehusets da det vil bli kortere ventetid som følge av økt kapasitet på undersøkelse.

Hva skal gjennomføres:

Prosjektet vil i første fase fokusere på kartlegging av muligheter for gjennomføring og utarbeiding av rutiner.

I prosjektets andre fase vil vi kunne gjøre innkjøp av utstyr og gjennomføre opplæring av helsepersonell i kommunene.

I tredje fase vil det gjennomføres pilotering og evaluering for å sikre en bærekraftig implementering.

I fase fire vil det være fokus på overgang fra prosjekt til ordinær drift. Målet er å overføre tjenesten til ordinær drift etter prosjektperiodens slutt. Planen er å gjennomføre jevnlige evalueringer med hver enkelt kommune for så å kunne justere underveis. Sykehuset vil også være tilgjengelig for oppfølging og opplæring underveis og gjennom hele prosjektperioden.

Prosjektperioden løper fram til og med desember 2026 slik at vi sikrer en god og trygg overgang mellom tjenestene. Det vil naturlig være mindre aktivitet i prosjektet siste halvår hvor vi har fokus på evaluering og prosjektrapportering.

Forventet effekt/nytteverdi:

- Redusert reisebelastning for pasientene. Måles ved å telle antall pasienter som har fått undersøkelsen i sin hjemkommune, og hvor mye som ble spart i reiseutgifter per undersøkelse.
- Økt kapasitet og effektiv ressursbruk (holterapparatene vil være i kontinuerlig bruk i stedet for å vente på postgang, samt færre avlysninger som følge av transport- og værforhold).
- Økonomiske og samfunnsmessige gevinster (bl.a. ved reduserte reise- og fraværskostnader for pasienter som ellers ville måtte ta fri fra sitt arbeid en hel dag).
- Bærekraftig helsetjeneste. Måles ved å se på nedgangen i reiser.
- Jobbglidning – se på om påkobling kan utføres av annet helsepersonell enn sykepleier, for eksempel helsesekretær eller helsefagarbeider.
- Prosjektet vil totalt sett bidra til en mer pasientvennlig, effektiv og bærekraftig tjeneste.

Finansiering:

Kommuner 5000 kr per kommune

Kirkenes sykehus 10 000 kr

Rekrutterings- og samhandlingsmidler 739 644 kr

Brukermedvirkning i prosjektet: Ingen fast brukerrepresentant. Pasienter gir gode tilbakemeldinger på sitt lokale legekontor/helsesenter som følge av at de slipper å reise/ta fri fra jobb.

Status per 1.juli 2026:

Vi er foreløpig i prosjektets andre og tredje fase, hvor vi har planlagt opplæring med de siste kommunene i løpet av august 2026. Prosjektet har blitt forsinket som følge av forsinkelser i levering av teknisk utstyr. Vi vil likevel kunne starte på fase 4 høsten 2026 og gjøre evaluering og vurderinger ifht. videre drift og overgang fra prosjekt til ordinær drift.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

- August: opplæring og implementering Tana, Nesseby, Båtsfjord
- September-november: Evaluering og vurdering av videre drift.
  - Pasientgrunnlag i de ulike kommuner må vurderes opp mot kostnader av IKT-utstyr
  - Vurdering av interkommunalt samarbeid
- Desember: planlegging av overgang fra prosjekt til ordinær drift
- Spredning til flere kommuner må vurderes etter en evaluering, men krever ressurser både fra Finnmarkssykehuset og kommunene i Vest-Finnmark.

Hva har vi fått til så langt?

Vi har hatt opplæring og tett oppfølging av de to første kommunene, som har kommet i gang med påkobling for pasienter i sine kommuner.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft? Se punkt om forventet effekt/nytteverdi.

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

- Viktig med tett og god dialog mellom tjenestene.
- Sette av tid for ressurspersoner i prosjektet.
- Utpeke en ansvarlig for hver lokasjon slik at kommunikasjon og alt som skal gjøres i prosjektet enklere kan følges opp.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Evaluering, justering og vurderinger gjøres i perioden september – desember. Overgang til ordinær drift fra og med januar 2027.

Prosjektets kontaktperson(er):	
Christine Mood (prosjektleder)	Christine.Marie.Mood@finnmarkssykehuset.no
Jannik Sannes (spesialsykepleier)	Jannik.Cecilie.Sannes@finnmarkssykehuset.no
Stine Lise Jørgensen (prosjektmedarbeider/ administrativt)	Stine.Lise.Jorgensen@finnmarkssykehuset.no

Høysensitivt Troponin på Helgeland

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Hattfjelldal, Brønnøysund, Grane, Vefsn, Bindal, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Vega, Herøy, Sømna, Nesna, Hemnes, Vevelstad, Rana, Alstahaug, Træna	Helgelandssykehuset



Mål og målgrupper:

Prosjektet ønsker å sikre bedre og tryggere vurdering av pasienter med akutte brystsmerter prehospitalt. Akutte brystsmerter er nest-vanligste årsak til innleggelse fra legevakt. Vi ønsker å implementere klinisk 0/1-t algoritme og TriageTrue-apparat (QuidelOrtho, USA) for analyse av høysensitiv troponin ved legevaktene på Helgeland, og ved dette redusere bruk av ambulansetransport og sykehusinnleggelser for denne pasientgruppen. Målgruppen for prosjektet er fastleger og legevaktsleger på Helgeland.

Hva skal gjennomføres:

Innføre bruk av hurtigtest for analyse av høysensitiv biokjemisk markør for hjertemuskelskade (høysensitiv (HS) Troponin) kombinert med internasjonalt anerkjente kliniske algoritmer for brystsmertepasienter, på legevakter og fastlegekontor i kommunene på Helgeland

Forventet effekt/nytteverdi:

Forskning ved Oslo Legevakt har vist at ca. 3 av 4 pasienter med brystsmerter kan unngå akutt sykehusinnleggelse ved systematisk bruk av HS Troponin i den prehospitale vurderingen. Hver sparte innleggelse er estimert en innsparing på 20 000 kroner i Oslo-sammenheng. For Helgeland ser vi spart bruk av ambulanseressurser, bedre opprettholdelse av lokal akutt-beredskap, og redusert antall innleggelser som

primære mål. Det kan måles endringer i pasientinnleggelser på sykehus, antall pasienter håndtert på legevakt/fastlegekontor og resultat av denne håndteringen, helseøkonomiske vurderinger.

Finansiering:

Prosjektet er todelt:

1. Implementering av nytt klinisk verktøy ved legevakter og fastlegekontor. Dette er det søkt Rekrutterings- og samhandlingstilskudd (RS-midler) for dette prosjektet.
2. Følgeforskning. Dette gjøres parallelt, og vil finansieres via andre kilder. NSDM har frikjøpt prosjektleder for oppstart av den akademiske delen av arbeidet ut 2027. Det er innvilget forskningsmidler fra

allmennmedisinsk forskningsutvalg, og det blir søkt om forskningsmidler fra allmennmedisinsk forskningsfond.

Kommunene bidrar med prosjektledelse og drift, helseforetak bidrar med prosjektdrift.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Det er planlagt et implementeringsstudie og oppfølgende kvalitative studier, for å fange opp brukererfaringer både fra pasient- og legevaktsleges ståsted. Det planlegges å kontakte

brukerutvalget ved Helgelandssykehuset for å hente inn representant til prosjektgruppen.

Status per 1. juli 2026:

Prosjektet er nytt, og vi er i første fase av arbeidet, fokus på planlegging av opplæring, bruk av støtteverktøy, og anskaffelser av analyseapparater. Analysemetoden er innført ved Grane og Hattfjelldal legevakt fra og med 29. mai. Vi går videre med Vefsn legevakt etter sommerferien.

Milepælsplan:

Mars-26 – Juni-26: planlegging opplæring, støtteverktøy, anskaffelse av analyseapparater. Sept-26 – Okt-26: Opplæring av legevaktmiljøene samt superbrukere i Brønnøysund, Vefsn, Grane og Hattfjelldal, med fortløpende utrulling av analyseapparater til klinisk bruk.

Okt-26 – Des-26: Erfaringsinnhenting fra kommuner og sykehus, evaluering, justeringer etter behov. Følgeforskning vil gjennomføres parallelt.

Jan-27 – September-27: Videre opplæring i kommuner av legevaktsleger og superbrukere, fortløpende utrulling av analyseapparater

Jan – 27 – Desember-27: Erfaringsinnhenting fra kommuner og sykehus, evaluering, justeringer etter behov. Følgeforskning vil gjennomføres parallelt.

Fra Jan-28 vil prosjektet fortsette som et rent forskningsprosjekt, uten bruk av RS- midler.

Læringspunkter:

Til gavn for Helgelandssykehuset, ved besparelse i bruk av ambulanseressurser og

«unødvendige» innleggelser. Til gavn for kommunene, ved mindre bruk av ambulanseressurser og dermed bedre opprettholdt lokal akuttberedskap. Til gavn for pasientene, ved raskere og like trygg avklaring av pasienter med akutte brystsmerter.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Første evaluering er planlagt i tidsrommet oktober-desember 2026. Fra januar 2028 vil prosjektet fortsette som et rent forskningsprosjekt, uten bruk av RS-midler.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Øystein Furnes	Oystein.Andreas.Furnes@hattfjelldal.kommune.no
Niels Hagh Møller	Niels.Hagh.Moller@Helgelandssykehuset.no

Prosjektet Observasjonspost Sør-Helgeland

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Sømna, Vevelstad og Vega	Helgelandssykehuset

Mål og målgrupper:

Målet er å skape en bærekraftig løsning som sikrer bedre pasientforløp, mer effektiv ressursbruk og høyere kvalitet på helsetjenestene til befolkningen som er lengst unna akuttsykehus, samtidig som det styrker vår evne til å møte fremtidige demografiske og strukturelle utfordringer.

Hva skal gjennomføres:

Helgelandssykehuset og kommunene på Sør-Helgeland skal sammen utrede, utvikle, etablere og pilotere en ny modell for én observasjonspost mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Forventet effekt/nytteverdi:

De samfunnsøkonomiske og helsemessige gevinstene er store i en slik observasjonspost. Det vil være reduksjon i uhensiktsmessige sykehusinnleggelser som gir lavere kostnader for transport og unngår lang reisevei for pasientene. Flere pasienter vil få behandling nærmere hjemmet, noe som igjen gir trygghet og økt tilfredshet. En observasjonspost vil medføre økt bærekraft i helsetjenesten med bedre ressursutnyttelse og fleksibel drift. For å lykkes med en observasjonspost utenfor sykehus er det avgjørende med godt kvalifisert personell, klare pasientforløp, tett samarbeid og samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og bruk av teknologi for å styrke diagnostikk og behandling.

Finansiering:

Budsjett for Fase 1 (Utredning og planlegging)

Kostnadspost	Fase 1 (Utredning og planlegging)Prosjektår 1 (Q3 2026 – Q3 2027)
Medgått arbeidstid og ressurser til planlegging (frikjøp fagpersonell)	1 500 000
Lønn for medisinskfaglig prosjektleder (100 % stilling) frikjøp	1 300 000
Prosjektmøter, utredningsarbeid og analyser	800 000
Total	**3 600 000**

Brukermedvirkning i prosjektet:

Råd for personer med funksjonsnedsettelse samt eldrerådet i Brønnøy skal være med i utredning og prosjektet.

Status per 1. juli 2026:

Det er avholdt to møter. På grunn av samtidighet i prosesser og prosjekter med andre rekrutterings-, samhandlings- og endringsprosesser i foretaket er utredningen utsatt til høsten 2026.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Fase 1: Prosjektering og utredning (Høsten, Q3 2026 – Sommer, Q2-Q3 2027) Mål:

- Utarbeide en helhetlig modell for en observasjonspost.

- Sikre tverrfaglig samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.
- Identifisere behov for infrastruktur, kompetanse og ressursbruk.
- Sikre bred forankring hos alle relevante aktører.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Utredning og prosjektering skal gjøres i tett samarbeid med berørte kommuner på Sør- Helgeland. Herunder vil prosjektet deles inn i 2 faser. Fase 1 (forprosjektet som det her søkes midler til) omhandler utredning og prosjektering av en observasjonspost. Fase 2 vil være pilotering og uttesting av observasjonspost. Prosjektet har søkt i første omgang om støtte til Fase 1. I neste runde vil Helgelandssykehuset sammen med kommunene søke om driftsstøtte til Fase 2.

Prosjektets kontaktperson(er):	
Sturla Ditlefsen	Sturla.ditlefsen@helgelandssykehuset.no / 900 35 572
Janne Lynghaug	janne.lynghaug@bronnoy.kommune.no



Samhandlingspost Vesterålen – Nordlandssykehuset

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Kommunene i Vesterålen representert ved Vesterålsrådet (Andøy, Bø, Hadsel, Sortland og Øksnes), gjennom den interkommunale legevakten i Vesterålen (IKL).	Nordlandssykehuset HF (Nordlandssykehuset Vesterålen)

Hva går prosjektet ut på?

Prosjektet utvikler en samhandlingsmodell mellom den interkommunale legevakten i Vesterålen (IKL) og Nordlandssykehuset Vesterålen. Formålet er å etablere en samhandlingspost som kan håndtere pasienter med uavklarte medisinske problemstillinger, observasjonsbehov og utredningsbehov på et nivå mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Mål og målgrupper:

Hovedmål: Etablere en bærekraftig samhandlingspost som sikrer behandling på beste effektive omsorgsnivå (BEON), reduserer uhensiktsmessige sykehusinnleggelser og styrker fagmiljøet i regionen.

Målgrupper: Innbyggere i Vesterålen med uavklarte medisinske problemstillinger og behov for observasjon og eventuell innledende utredning, samt helsepersonell i kommunene og ved Nordlandssykehuset Vesterålen.

Hva skal gjennomføres:

Utarbeide og teste organisasjons- og driftsmodell for samhandlingsposten.

- Avklare juridiske, økonomiske og faglige rammer.
- Sikre tilgang til felles journalsystem og nødvendige digitale løsninger.
- Etablere ordninger for kompetanseutvikling og rekruttering.
- Utvikle en felles samarbeidsavtale mellom kommunene og Nordlandssykehuset.

Forventet effekt/nytteverdi (og hvordan måles dette?):

Forventet effekt: færre unødvendige innleggelser og reinnleggelser ved Nordlandssykehuset, riktigere nivåplassering (BEON), og et mer robust fagmiljø med bedre rekruttering i en distriktsregion. Måling: konkrete måleindikatorer og 0-punktsmåling utvikles i prosjektet, f.eks. antall innleggelser/liggedøgn, reinnleggelser, andel pasienter behandlet lokalt, samt bruker- og personellerfaringer.

Finansiering:

Samhandlingsmidler (rekrutterings- og samhandlingstilskudd) fra Helse Nord, samt kommunal og regional medfinansiering – i hovedsak som egeninnsats av personell.

Evt. endringer i budsjett- og finansieringsplan:

Ingen vesentlige endringer per 1. juli 2026.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Brukermedvirkning ivaretas gjennom involvering av brukerrepresentant(er) i prosjektets referanse-/styringsgruppe og innhenting av erfaringer fra pasienter og pårørende ved utvikling og uttesting av modellen.

Status per 1. juli 2026 – Hva er gjennomført så langt?

- Prosjektet er etablert med oppstart november 2025, med referansegruppen som styringsgruppe.

- Utarbeidet behovsbeskrivelse og prosjektplan.
- Behovsbeskrivelse og prosjektplan er brukt som grunnlag for en utlysning (anskaffelse) av konsulentbistand til videre utvikling av organisasjons- og driftsmodell.
- Utlysningen avgjøres i løpet av juni 2026; valg av leverandør forventes avklart ved rapporteringstidspunktet.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

- Nov 2025: Prosjektoppstart og etablering av prosjekt- og styringsstruktur.
- halvår 2026: Behovsbeskrivelse og prosjektplan ferdigstilt; utlysning av konsulentbistand.
- Juni 2026: Valg av konsulent/leverandør.
- halvår 2026/1.halvår 2027: Utvikling av organisasjons- og driftsmodell, avklaring av juridiske, økonomiske og faglige rammer, arbeid med felles journalsystem/digitale løsninger og samarbeidsavtale.
- Gjennom 2027: Uttesting av modell, kompetanse- og rekrutteringstiltak, evaluering.
- Des 2027: Prosjektavslutning og anbefaling om overgang til ordinær drift.

Endringer i tidsplan: Noen måneder bak skjema, primært på grunn av omstendelige prosesser for anbud.

Læringspunkter

Hva har vi fått til så langt?

Etablert felles forståelse og forankring mellom kommunene og Nordlandssykehuset, konkretisert behovet gjennom behovsbeskrivelse og prosjektplan, og fått på plass et godt grunnlag for å hente inn ekstern kompetanse gjennom utlysning.

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (tar ned personellbehov eller økonomi)? Ved å behandle flere pasienter på beste effektive omsorgsnivå lokalt reduseres unødvendige innleggelser, transport og dobbeltarbeid. Felles bruk av personell og kompetanse på tvers av

nivåene gir mer robust drift, bedre utnyttelse av knappe personellressurser og styrket

rekruttering i regionen.

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

1. Det viktigste er å være tydelig fra styringsgruppe ned til innspillsmøter om at prosjektet jobber for en faktisk innføring og at alle innspill, forslag, konklusjoner, dokumenter må ta utgangspunkt i dette.
2. Tidlig og solid forankring mellom kommunene (interkommunalt) og helseforetaket er avgjørende; en felles behovsbeskrivelse skaper eierskap
3. God prosjektplanlegging og en tydelig behovsbeskrivelse gir et solid grunnlag for å hente inn ekstern bistand og gjøre gode anskaffelser.
4. Samhandling mellom mange parter (interkommunal legevakt og HF) krever at juridiske, økonomiske og organisatoriske rammer avklares tidlig.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Evaluering planlegges som en integrert del av prosjektet. Erfaringer fra uttestingen i 2027 danner grunnlag for anbefaling om varig drift og finansiering. Målet er å ha et fullverdig beslutningsgrunnlag og nok konkret utprøving på plass ved prosjektslutt til at de nødvendige organer kan beslutte full implementering.

Kontaktpersoner: Larus Gudmundsson Ingebjørn Bleidvin	**Kontaktinformasjon:** larus.gudmundsson@hadsel.kommune.no ingbjo@hadsel.kommune.no

Synninor (synskonsoll for fjernkartlegging av synsfunksjon)

Deltakende kommune(r):	Deltakende HF:
Alta og Vadsø	Finnmarkssykehuset

Hovedmål:

Utvikle og pilotteste en transportabel synskonsoll for sikker, standardisert fjernkartlegging. Redusere pasientreiser, korte ned utredningstid og bygge kompetanse og samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Målgruppe:

Primært pasienter 18–75 år med funksjonelle synsvansker etter hjerneslag eller hodeskade, god kognitiv kapasitet, norsk språkferdighet og selvstendig hodekontroll.

Hva skal gjennomføres:

Utvikling av prototyp, pilot-testing på pasienter, standardiserte prosedyrer/sjekklister, opplæring av lokalt personell (synskontakt/assistent) og etablering av pilotsteder i Alta og Vadsø.

Forventet effekt/nytteverdi:

Bedre kvalitet på fjernkartlegging og tidligere oppstart av tiltak. Redusert behov for pasientreiser til Kirkenes. Tettere samhandling kommune–helseforetak. Måles gjennom: teknisk kvalitet (bilde/undersøkelsesfullstendighet), bruker-/behandleropplevelse, antall spart reiser og tidsbruk.

Finansiering:

Rekrutterings- og samhandlingstilskudd, egenfinansiering, egenandel Finnmarkssykehuset HF.

Forbruk frem til mai 2026 utgjør total brukt 238 689,73 kroner av tilskudd på 860 000 kroner.

Endringer i budsjett- og finansieringsplan:

Prototypen er testet på pasienter, men krever endel justeringer og nye 3-D moduler. Disse er ikke blitt laget pga. manglende kapasitet hos Rolf-Ole Frantzen innenfor ordinær arbeidstid. Ca. 50 timer dugnad er gjort i 2026, men arbeidet ble stoppet i mars for å unngå flere timer. Dette må avklares videre med Helsefelleskapet.

Brukermedvirkning i prosjektet: Er utfordrende å få med ett fast medlem, men testing foregår sammen med pasienter og endringer justerer etter deres tilbakemeldinger.

Status per 1. juli 2026:

Vellykket pasienttesting av prototyp og god samhandling mellom kommune og helseforetak, men mangler en del funksjoner som må gjøres ferdig og noe utfordring med fjernstyringen.

Milepælsplan (inkl. evt. endringer i tidsplan):

Prosjektperiode: 28.10.2024–31.12.2027

- 2025 Q1 til Q3: Lage tegning og 3-print av løsningen
- 2025 Q3 og videre: Utvikle teknisk løsning og forbedre denne gjennom prosjektet
- 2025 Q4: Tegning, 3D-print og oppsett av demo-utstyr
- 2025 Q4: Montering av utstyr
- 2026 Q4: ROS/DPIA og tekniske tester

- 2026 Q1: Test på pasient, iterasjoner og utrulling til pilotsteder
- 2026 Q2 og Q3: Gjøre nødvendige justeringer og nye skjerm og prosjektorjolder basert på pasienttestingen
- 2026 Q2: Sende ut hva som må til for å komme i mål
- 2026 Q3: Plassere ut 2 enheter for aktiv synskartlegginger

Læringspunkter:

Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

1. Høyoppløselig kamera og fjernstyring er kritisk for god kvalitet.
2. Lokal assistent er essensiell for vellykkede konsultasjoner, inntil videre, men reduserer reise og ledsager.
3. Tidlig avklaring av IKT/3D-design-kapasitet er nødvendig for å unngå forsinkelse

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Ferdigstille prototypen og deretter kontakte firma som kan produsere disse.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Judith Helene Fjeldberg	Judith.Helene.Fjeldberg@finnmarkssykehuset.no
Silje Nilsen	Silje.Nilsen2@finnmarkssykehuset.no
Rolf-Ole Frantzen	Rolf-Ole.Frantzen@finnmarkssykehuset.no

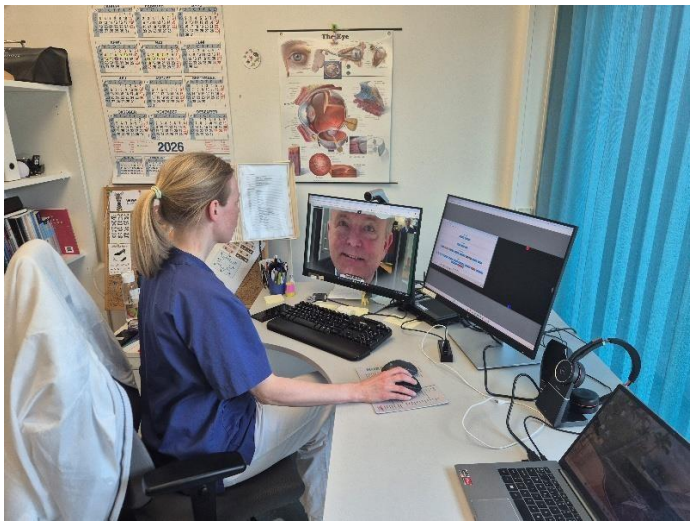


Her vises det kun 2 punkt som pasienten ser. Behandler sender kommandoer hva

pasient skal se.



Her er eksempel på Assistanse i tilfelle noe ikke fungerer helt. Det er og mulighet for full videosamtale med begge parter synlige.



Dette ser behandleren og kan

kommunisere 2 veis med pasienten som sitter ved annen lokasjon

Prosjekt som bidrar til samarbeid mellom universitet og helsetjenestene

Effektiv utnyttelse av fireparts samarbeidet i Hammerfest sykehus

Deltakende kommune(r):	**Deltakende HF:**
Hammerfest kommune	Finnmarkssykehuset

Hva går prosjektet ut på?

Prosjektets overordnede mål er å utnytte mulighetene i firepartssamarbeidet i Hammerfest sykehus til å skape framtidsrettede helsetjenester. Prosjektets tidsperiode er 2025-2028, med mulighet for forlengelse. Hovedintensjonen med prosjektet er å utvikle kunnskap om og utvikle løsninger som reduserer behov for helsepersonell samtidig som kvaliteten i tjenesten økes. Videre er det en ambisjon at prosjektet skal bidra til å bedre samhandling og redusere barrierer mellom tjenestenivåene.

Hva skal gjennomføres:

Å være lokalisert i samme bygg i Hammerfest sykehus gir i seg selv ingen endring i aktivitet, rutiner og vaner. Det vil kreve dedikasjon, mot og gjennomføringsevne for at samarbeidet skal gi merverdi utover praktisk samarbeid om hverdagsoppgaver. Dette prosjektet skal bidra til å gi kapasitet til dette, og bygger derfor på tre handlingsorienterte pilarer: Disrupsjon, pilotering og samskaping.

- Disrupsjon handler om å gjøre ting radikalt annerledes enn i dag.
- Pilotering handler om å teste ut løsninger som ikke nødvendigvis er konseptuelt avanserte, men som utfordrer dagens praksis.
- Samskaping handler om å lage nye løsninger sammen.

Det vil etableres delprosjekter i de tre pilarene. For hvert av delprosjektene skal det utarbeides en egen prosjektdokumentasjon.

Forventet effekt/nytteverdi:

- Sikre en robust og funksjonell bemanning til det beste for pasientene.
- Riktig bruk av kompetanse.
- Gi mer kostnadseffektiv drift. Bedre bruk av personell vil være kostnadsreduserende.
- Bidra til økt produktivitet.
- Bidra til stabilisering og økt jobbtilfredshet.
- Bidra til bedret rekruttering i alle fag.
- Bidra til ny teknologi.
- Bidra til nye organisatoriske løsninger i vår felles helsetjeneste.
- Bidra til kunnskapsheving og ny forskningsbasert kunnskap.

Finansiering:

Total finansiering fordelt på finansieringskilder

Rekrutterings- og samhandlingstils. Helse Nord RHF:	6.000.000 kr
Tilskudd fra UiT Norges arktiske universitet:	4.000.000 kr
Totalt:	10.000.000 kr

Budsjett:					
Delprosjekt	2025	2026	2027	2028	Totalt
Disrupsjon	150 000	1 500 000	2 000 000	1 000 000	4 650 000
Pilotering	150 000	1 250 000	1 500 000	750 000	3 650 000
Samskaping	100 000	300 000	300 000	300 000	1 000 000
Felles	100 000	200 000	200 000	200 000	700 000
					10 000
	500 000	**3 250 000**	**4 000 000**	**2 250 000**	**000**

Disrupsjon og Piloteringsprosjektene skal anvende midlene som «såkornsmidler» eller startkapital for å hjelpe prosjekt med å komme i gang og utvikle seg videre. Samskaping skal anvende midlene til å skape arenaer og mindre prosjekter i tråd med intensjonene i delprosjektet. Felles midler skal anvendes som administrasjonsmidler for delprosjektene.

Brukermedvirkning i prosjektet:

Medvirkningsprosessen involverer brukere (pasienter og pårørende) og linjeorganisasjonen (ansatte og ledere). Hensikten å legge til rette for at løsninger møter behovene og ønsker til brukere og linjeorganisasjonen.

Brukermedvirkning fra Hammerfest kommune og Finnmarkssykehuset vil bli tilsvarende ivaretatt gjennom det enkelte underprosjekt.

I styringsgruppen for prosjektet, sammen med prosjekteierne, er Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset representert, sammen med verneombud fra Hammerfest kommune og hovedtillitsvalgt fra Finnmarkssykehuset.

Status per 1. juli 2026:

Hva er gjennomført så langt

Styringsgruppen har gjennomført 3 møter i perioden desember 2025 – juni 2026. Prosjektplan er utarbeidet for prosjektperioden. Det er gjennomført informasjonsmøte med åpen invitasjon til de fire partene i Hammerfest sykehus. Dette med hensikt å engasjere de fire partene til å komme opp med relevante delprosjekter sammen. Det er gitt støtte til piloterings- og samskapingsprosjekt (delprosjektet «Felles simuleringssenter i Hammerfest sykehus») der målet er å styrke pasientsikkerhet, kvalitet i pasientforløp og samhandling mellom tjenestenivåer. Prosjektet er tildelt 1.700.000 kroner. Veien videre høsten 2026/2027 for hovedprosjektet er å bidra til oppstart av flere delprosjekt som skal utnytte

mulighetene i firepartssamarbeidet.

Milepælsplan:		
Milepæl nr	**Beskrivelse av hva milepælen består av (tilstand)**	**Ferdig dato**
1	Prosjektsøknad godkjent og søknadsbeløp innvilget	08.12.2025
2	Når første møte i styringsgruppen er gjennomført	08.12.2025
3	Når informasjonsmateriell og informasjon til søkere er ferdigstilt	13.03.2026
4	Når evaluering av innkomne delprosjekt er gjennomført og tildeling av midler er gjort	uke 24

Milepælsplan:		
5	Når første disrupsjonsprosjekt, første pilotering og samskaping er igangsatt	august /september 2026
6	Når 1. års evaluering med eventuell justering av innretning er gjennomført	15.02.2027
7	Når komplett prosjektplan med milepæler for resten av prosjektperioden er utarbeidet	15.02.2027
8	Når ny prosjektperiode er igangsatt med ny milepælsplan for neste periode	mars 2027
9	Når sluttrapport for prosjektet er ferdig og godkjent	2028

Læringspunkter:

Hva har vi fått til så langt?

Hvordan kan prosjektet bidra til økt bærekraft (tar ned personellbehov eller økonomi)? Hva er de tre viktigste erfaringene å dele med andre?

Prosjektet ble etablert i desember 2025 og har kun vært i drift ca. 6 måneder. Pr juni er det

delprosjektet «Felles simuleringssenter I Hammerfest sykehus» som starter opp. Det er derfor for kort tid til å hente ut erfaringer som kan deles med andre.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift:

Det skal gjennomføres evaluering av prosjektet, både underveis (formativt)og etter at prosjektet er avsluttet (summativ). Evaluering underveis i prosjektet (etter ett år) for å gi løpende tilbakemeldinger og justere innretningen. Avslutningsvis (etter tre år) for å vurdere den samlede effekten og læringen.

Prosjektets kontaktperson(er):	Kontaktinformasjon:
Camilla Josefine Klausen	Camilla.josefine.klausen@hammerfest.kommune.no
Mariel Elde	Mariel.elde@sykehusapotek-nord.no
Morten Bøhmer Strøm	Morten.strom@uit.no
Violet Karoliussen	Violet.karoliussen@finnmarkssykehuset.no

Vedlegg 1

Informasjon om tilskuddsordningene for rekruttering- og samhandlingstilskudd i Helse Nord

Om finansiering av prosjektene:

Alle prosjektene i kompendiet er finansiert gjennom rekrutterings- og samhandlingstilskuddet fra Helse- og omsorgsdepartementet. I Nord-Norge forvaltes tilskuddet gjennom to ordninger. I den ene disponerer og prioriterer helsefellesskapene midler til tiltak i sine områder. I den andre disponeres midlene gjennom en regional, søknadsbasert ordning der helsefellesskapene prioriterer prosjekter og endelig tildeling besluttes av et Tildelingsutvalg. I Tildelingsutvalget er seks av åtte medlemmer leder eller nestleder i helsefellesskapenes strategiske samarbeidsutvalg. Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for tildeling i begge ordningene.

Begge ordningene skal evalueres høsten 2026 og legges fram for Styret i Helse Nord RHF i desember 2026.

Informasjon om tilskuddsordningene:

Du finner informasjon om Helsefellesskapene og tilskuddsordningene her:

Helsefellesskapet Finnmark: https://www.finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/helsefelleskapet/

Helsefellesskapet Troms og Ofoten: https://helsefellesskapet.no/

Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen, Salten: https://www.nordlandssykehuset.no/samhandling/helsefellesskap-lofoten-vesteralen-og- salten/

Helsefellesskap Helgeland: https://www.helsefellesskap-helgeland.no/

Regional søknadsbasert ordning: https://www.helse-nord.no/helsefaglig/samhandling- mellom-sykehus-og-kommune/rekrutterings--og-samhandlingstilskudd/

Informasjon om den regionale søknadsbaserte ordning for Rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord

Særlig prioriterte tiltak

- Tiltak som retter seg mot følgende pasientgrupper: pasientgruppene med sammensatte behov (pasienter med psykiske lidelser, pasienter med flere kroniske sykdommer, barn og unge samt skrøpelige eldre), tjenester innenfor svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg / kvinnehelse , integrert psykisk helsetjeneste og rustjeneste, rehabilitering og tiltak for å redusere antall utskrivningsklare pasienter.
- Tiltak og områder som kan få ned ventetidene i spesialisthelsetjenesten.
- Tiltak som tilrettelegger for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene.
- Tiltak som kan bidra til økt bærekraft i vår felles helsetjeneste. Bærekraft handler i helsesektoren om å tilrettelegge tjenestene slik at vi kan ta i bruk ny avansert behandling og kunnskapsbasert praksis i både primær- og spesialisthelsetjenesten innenfor de økonomiske rammene som er gitt, og sikre at vi har tilgjengelig kompetanse.

Kriterier som vil tillegges vekt:

- Forventet effekt/nytteverdi for felles effektiv ressursbruk (personell og økonomi). Følgende vurderinger bør inngå i beskrivelsen:
  - hvordan tiltaket bidrar til at pasientene får tilbud på beste effektive omsorgsnivå (BEON), så nært som mulig der de bor
  - hvordan tiltaket bidrar til riktig bruk av kompetanse og ressurser
  - eventuelle forutsetninger som må være på plass for at effekt/nytte skal oppnås
- Tiltak som fremmer rekruttering, stabilisering og god bruk av personell på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, inkludert oppgavedeling, delte stillinger og arbeidsmiljøtiltak
- Samarbeid mellom flere kommuner
- Utprøving av nye organisasjonsmodeller for samordning av tjenester med ulik grad av integrerte tjenester, for eksempel ett tjenestenivå for helsetjenester til barn og unge med psykiske lidelser. Nye samarbeidsformer bør føre til mer effektiv bruk av kompetanse og personell.
- Utprøving av nye samhandlingsmodeller i områder hvor spesialisthelsetjenesten omstiller sitt tilbud
- Tiltak rettet mot samiske pasienter
- Egen ressursinnsats og beskrivelse av hvordan tiltaket på sikt kan gå over i ordinær drift
- Tiltak som fremmer læring, mestring og økt helsekompetanse i befolkningen

Vi må se kompetanse og kapasitet i sammenheng og på tvers av kommuner og sykehus. Det bør prøves ut tjenestemodeller med integrerte tjenester innenfor flere fagområder, og dersom kommuner og sykehus er enige, kan det også gjøres forsøk med slike modeller.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet kan blant annet brukes til å prøve ut tiltak lokalt som bygger ned skillene mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Den søknadsbaserte ordningen skal stimulere til effektiv ressursutnyttelse og ikke skape større behov for helsetjenester i befolkningen. Midlene skal ikke finansiere aktivitet som inngår som del av ordinær drift i dag.

Tiltak som omhandler innovasjon og implementering av digitale løsninger for samhandling må være i tråd med Nasjonal e-helsestrategi, samt bidra til å oppfylle målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren.

Digitaliseringstiltakene som støttes av ordningen skal ved implementering oppfylle kravene i Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren og være bygget på øvrige normerte nasjonale standarder. Alle prosjekter som påvirker IKT-systemene i spesialisthelsetjenesten må følge prosjektveiviseren til Digitaliseringsdirektoratet. Kommunene oppfordres til å forankre tiltakene i kommunal samstyringsstruktur for digitalisering. Målsettingen med tiltaket må være at det på sikt skal lede fram til felles regionale og nasjonale løsninger. Involvering av brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten må dokumenteres i søknaden.

Søknadsprosess

Kommune(r) og helseforetak utarbeider en felles søknad som sendes deres lokale helsefellesskap for godkjenning, vurdering og prioritering.

Helsefellesskapene oversender deretter sine prioriteringer til Tildelingsutvalg for rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord for koordinering og tildeling.

Tildelingsutvalget skal gjennom diskusjon og forhandling komme frem til konsensus om tildeling av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet.

Du kan finne søknadsskjema og ytterligere informasjon om rekrutterings- og samhandlingstilskuddet her: https://www.helse-nord.no/helsefaglig/samhandling-mellom-sykehus-og-kommune/rekrutterings--og-samhandlingstilskudd/

Forventet nytte – tabell for beskrivelse av effekt/nytteverdi

Tabellen nedenfor 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
Hvilken nytte er det forventet at prosjektet vil medføre? • Helsegevinst • Kvalitet i behandling • Mer effektiv bruk av personell • Redusert reisevirksomhet • Tidsbesparelser • Økonomi • Rekruttering • mv.	Pasient/pårørende, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, andre?		Det som skal måles for å eventuelt å kunne dokumentere nytte. Eksempel: Reisetid, tidsbruk, kostnader, behandlingseffekt, reinnleggelser, ventetid, brukertilfredshet, mv.

Hvordan måle og rapportere?	Forutsetninger og aktuelle tiltak for at nytte kan oppnås	Ved eventuell frigjøring av ressurser	Tidshorisont
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 riktig bruk av personell, nødvendig teknolog, lokaler mv.	Hvordan planlegger organisasjonene å benytte frigitte ressurser som reduserte kostnader, bedre bruk av kompetanse, frigitt tid, frigitte lokaliteter mv.?	Når forventes nytte/effekt av piloten/prosjektet?

Tabellen er inspirert av Innomeds gevinstplan for løsning/prosjekt



KS

HELSE NORD