

Oversikt rekrutterings- og samhandlingsmidler – prioriterte utviklingsprosjekter

Dokumentet viser en oversikt over utviklingsprosjekter i Helsefelleskapet Ahus og kommunene, som er tildelt rekrutterings- og samhandlingsmidler for 2024 og 2025.

Helse Sør-Øst tildelte Helsefelleskapet Ahus og kommunene rekrutterings- og samhandlingsmidler for 2024 og 2025, henholdsvis 12,7 mill. kr. for hvert av årene. I oktober 2024 ble det inngått en avtale mellom Ahus og de 21 kommunen om å *prioritere følgende tre områder* for bruk av tilskuddsmidlene: Integrerte helsetjenester (IHT), digitalisering/felles anskaffelse digital hjemmeoppfølging (DHO) og pasientflyt (problemstillinger knyttet til inn- og utskrivninger).

Utviklingsprosjektene rapporterer halvårlig til Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) på status.

1. MILA (Mitt liv, mitt ansvar) – digital hjemmeoppfølging

Kort beskrivelse

Digital hjemmeoppfølging av pasienter med kronisk sykdom, med medium eller høy risiko for forverrelse av tilstand, innleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Målet er at pasientene skal få oppleve mestring av egen helse og ta større del i oppfølging av egen sykdom.

Prosjektet har pågått i flere år som et samarbeid mellom Ahus Hjertemedisin, Ahus Lungemedisin og kommunene Ullensaker, Nes, Nannestad, Eidsvoll, Gjerdrum, Aurskog-Høland, Nordre Follo, Frogn, Nesodden og Nittedal. Samarbeidet har vist gode resultater. Man har et eget verktøy for å kunne hente ut data (med dispensjon fra Hdir) for å se på forbruk av helsetjenester før og etter inklusjon i MILA. Tallene viser nedgang i ø-hjelpstjenester som døgnopphold sykehus, reinnleggelser og legevaktsbesøk. Det jobbes med å få bedre data fra kommunehelsetjenesten. Brukerundersøkelser viser at pasientene opplever økt trygghet og mestring, bedre kunnskap om og kontroll over egen sykdom, og bedre livskvalitet. Forløpene for pasienter med KOLS og hjertesvikt er fra 2025, implementert som en del av ordinær drift.

Modellen skal breddes til flere av kommunene i Helsefelleskapet, og skal skaleres til flere pasientgrupper.

Mer informasjon her: [MILA - Mitt liv, mitt ansvar - Kompetansebroen](#)

2. DHO (digital hjemmeoppfølging) nettverksleder

Kort beskrivelse

Nettverksleder digital hjemmeoppfølging skal sikre forvaltning, bredding, erfaringsdeling og utvikling av DHO i Helsefelleskapet. Stillingen vil ha tett samarbeid med MILA-tjenesten og dialog inn mot prosjekt Ahus Hjemme.

Planlagte oppgaver for stillingen:

- Oversikt over ulike DHO-tilbud som tilbys innbyggere i vårt Helsefelleskap
- Erfaringsutveksling og samarbeid mellom ulike DHO-miljø/initiativ på tvers av tjenestenivå
- Oversikt over nasjonale føringer innen digitalisering
- Samlet kontaktpunkt for dialog inn mot videreutvikling av nasjonale samhandlingskomponenter relatert til behov innen DHO feltet
- Forvaltning av felles plattform for DHO
- Samarbeide opp mot Nasjonale og regionale aktører/nettverk inne DHO
- Implementeringsstøtte ved igangsetting av DHO hos Helsefelleskapets parter, herunder støtte opp endringsprosesser og uttesting av helhetlige pasientforløp
- Støtte gevinstarbeidet rundt DHO

3. IHT (integreerte helsetjenester) for multibrukere (psykisk helse/somatikk)

Kort beskrivelse

IHT-modellen innebærer systematisk oppfølging ved tverrfaglige team på tvers av tjenestenivåer. Flere digitale støtteverktøy er utarbeidet for å bidra til prosess- og resultatoppfølging.

Tverrfaglig samarbeid om pasienter med størst behov er en prioritert oppgave. Siden 2020 har Helsefelleskapet utviklet og implementert en modell for integrerte helsetjenester til eldre pasienter med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester, som kan vise til gode resultater.

IHT for multibrukere er et samhandlingsprosjekt mellom Ahus og kommunene Lillestrøm, Lørenskog, Kongsvinger, Nes, Nordre Follo og Ullensaker. Man ønsker å utvikle og teste IHT-modellen for personer med sammensatte behov og høyt forbruk av tjenester innen somatikk, psykisk helsevern og rus (multibrukere).

Målet er forbedret kvalitet i behandlingen av multibrukere, forbedret arbeidshverdag for helsepersonell som jobber med brukergruppen, og økonomiske gevinster i form av lavere kostnader. På sikt ønsker man å utvikle en tjenestemodell som kan skaleres til hele helsefelleskapet.

4. IHT (integreerte helsetjenester) forsterket hjemreise

Kort beskrivelse

IHT-modellen innebærer systematisk oppfølging av tverrfaglige team på tvers av tjenestenivåer. IHT er allerede implementert for oppfølging av eldre pasienter med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester, og kan vise til gode resultater.

IHT forsterket hjemreise er et samhandlingsprosjekt mellom Ahus og kommunene Lillestrøm, Lørenskog, Kongsvinger, Nes, Nordre Follo og Ullensaker. Man ønsker å utvikle og teste IHT-modellen i forhold til utskrivning av pasienter over 65 år med sammensatte behov og høy risiko for reinnleggelse. Målet er trygge overganger, reduksjon av reinnleggelser, bedre helsekompetanse og at pasientene kan bo lengst mulig hjemme med best mulig livskvalitet.

Man har hatt en småskalautprøving med 13 pasienter i tre kommuner, og vil nå prøve ut videre med flere pasienter i flere kommuner, og evt. justere/forbedre modellen underveis. På sikt ønsker man å utvikle en tjenestemodell som kan skaleres til hele Helsefellesskapet.

5. Kommune Komplett (kompetansestyringsverktøy Kompetansebroen)

Kort beskrivelse

[Kompetansebroen - Portal for kunnskapsdeling i helsetjenesten](#) startet i 2017 med et mål om deling av verdifulle, eksisterende kompetanseressurser for å styrke helsetjenestene, og bidra til bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Underveis har man sett at det fortsatt er udekkede behov når det gjelder kompetanse for helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Det har vært gjennomført et forprosjekt som har utforsket hvordan Kompetansebroen kan utvikles til en fullverdig løsning for læringsressurser og kompetansestyring for helse- og omsorgssektoren i kommunene.

Prosjektet Kommune Komplett skal, med bakgrunn i erfaringene fra forprosjektet, jobbe videre med å utvikle en løsning med standardiserte kompetanseressurser og et helhetlig kompetansestyringsverktøy for helseledere i kommunene.

Tiltaket vil være med på å oppfylle det mulighetsrommet som er beskrevet i Helsefellesskapets strategi gjennom å utnytte Kompetansebroen som et digitalt verktøy for å forenkle den lovpålagte samhandlingen, og kompetansedelingen mellom kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner.

6. Barsel Hjemme

Kort beskrivelse

Barsel Hjemme-prosjektet er et samarbeid i helsefelleskapet med et hovedmål om å skape en bedre overgang mellom sykehus og kommune i barseltiden.

Det har tidligere vært gjennomført et pilotprosjekt (Barsel Hjem) med oppfølging hjemme i tidlig barseltid, med delt jordmorstilling og bruk av digital oppfølging (Dignio). Basert på erfaringene fra pilotprosjektet, fra Ahus Hjemme og fra MILA-prosjektet, vil man i dette prosjektet bruke digital kommunikasjon mellom barselfamilien, barselavdelingen og helsestasjonen for å skape en trygg og individuelt tilpasset overgang fra sykehus til hjemmet.

7. Samhandlingsleger

Kort beskrivelse

Et overordnet mål er å styrke den medisinske samhandlingskompetansen blant leger i og utenfor sykehuset. Et viktig delmål er å bidra til mindre overdiagnostikk og overbehandling, gi rett pasient rett behandling, til rett tid og på rett sted. Evaluering av samhandlingslegeordningen viser at helseforetak som har ansatt samhandlingsleger i sine kliniske avdelinger i større grad får dette til.

Med ytterligere 2 samhandlingsleger i 40 % stilling vil arbeidet med pasientforløp og kompetansedeling bli betydelig styrket. Arbeidsoppgavene skal være konkrete prosjekter knyttet til samhandlingsfeltet, og spesielt samhandlingen mellom sykehusleger og leger i primærhelsetjenesten.

Aktuelle prosjekter kan være (listen er ikke uttømmende):

- Arbeid med utskrivningsklare pasienter.
- Kommunikasjon: Hvordan når sykehuset ut til fastleger/sykehjemsleger/legevaktsleger, bruk og utvikling av [Legesiden Ahus - Kompetansebroen](#).
- Arbeid med henvisninger: Hvordan få bedre henvisninger inn og hvordan avvise på en måte som gjør fastlegene bedre i stand til å følge opp.
- Arbeid med epikrisenes innhold for å sørge for at fastlegene får relevant og tilstrekkelig informasjon til å følge opp kompliserte forløp.
- Pasientinformasjon for å redusere risiko for svikt i oppfølging og reinnleggelse.
- Bidra inn i nye behandlingsforløp, f.eks. digital hjemmeoppfølging eller forløp innenfor hjemmesykehus.

Selv om samhandlingslegene har sin ansettelse knyttet til en avdeling, kan arbeidsoppgavene involvere andre avdelinger i divisjonen/eller på sykehuset.