

Ambulant geriatrisk team

Et pilotprosjekt for eldre rehabiliteringspasienter med
skrøpelighet ved Diakonhjemmet sykehus, Ullern helsehus og
bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern



Innholdsfortegnelse

Om prosjektet.....	4
1.0 Bakgrunn og formål	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Formål	6
2.0 Målgruppe	8
2.1 Inklusjonskriterier	8
2.2 Eksklusjonskriterier.....	8
2.3 Inkludering	8
3.0 Felles tjenesteutvikling.....	9
3.1 Nyten av ambulante team.....	9
3.2 AGT som et integrert helsetilbud	9
3.3 Pasientforløp	10
4.0 Sammensetning og lokalisering av AGT	11
4.1 Øvrig kompetanse	11
4.2 Geriatrik poliklinikk ved Diakonhjemmet.....	12
5.0 Kompetanse som kjerneelement i AGT	12
6.0 Felles vurderingsverktøy og informasjonsflyt	13
7.0 Integrasjon og samhandling i helsetjenesten.....	13
7.1. Integrering av AGT i eksisterende samhandlingsprosjekter	14
7.2 Bruk av DHO	15
8.0 Måledata.....	16
Oversikt over mulige målbare indikatorer:	16
1. Pasientindikatorer	16
2. Helsepersonellindikatorer	17
3. Samhandlingsindikatorer	17
9.0 Prosjektansvar og organisering	17
9.1 Prosjekteier.....	18
9.2 Prosjektleder.....	18
9.3 Koordineringsgruppe.....	18
9.4 Prosjektgruppe.....	18
10.0 Brukermedvirkning	19
11.0 Arbeidsplan	19
11.1 Høst 2025: Planlegging og forberedelse	19



11.2 Vår 2026: Oppstart AGT	20
11.3 Høst 2026: Evaluering og justering.....	21
11.4 Vår 2027 – Videreføring og sluttrapport.....	21
12.0 Økonomi.....	22
12.1 Forslag til budsjett	22
13.0 Prosjektets gevinster og videreføring.....	22
13.1 Gevinstbilde	22
13.2 Fleksibilitet og overføringsverdi	23
14.0 Referanser	24
14.0 Vedlegg	26
Vedlegg 1 – Clinical Frailty Scale (Rockwood et al. 2021)	26
Vedlegg 2 – Skjema for forslag til tiltak for fordeling av rekrutterings- og samhandlingsmidler.....	27

Om prosjektet

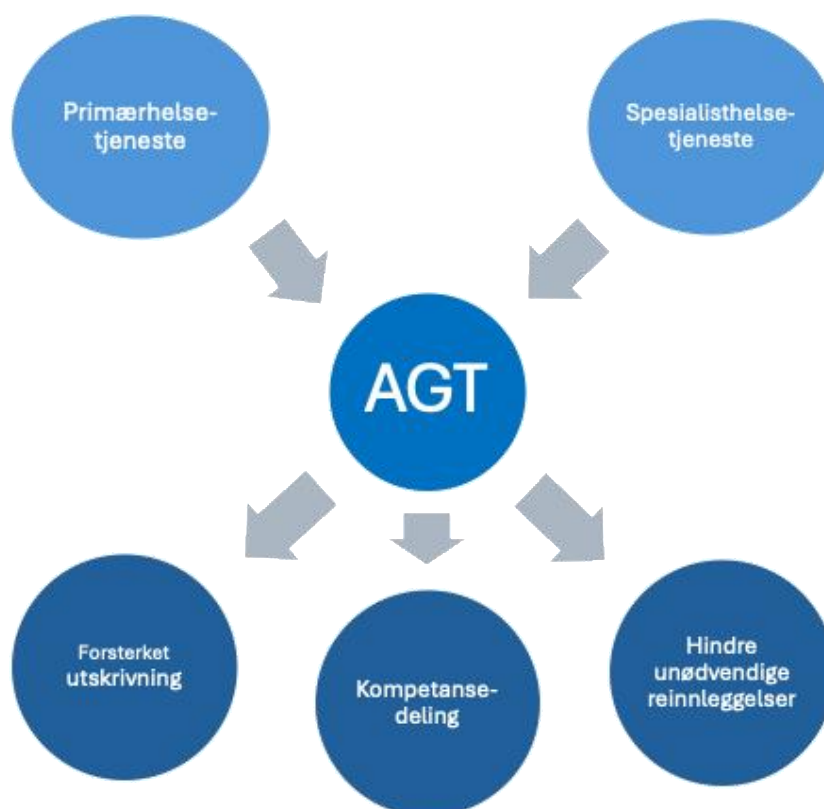
Prosjektets mål er å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene og sikre helhetlig oppfølging av eldre pasienter med skrøpelighet. Vi ønsker gjennom dette implementeringsprosjektet å heve kvaliteten på helsetjenestene for denne pasientgruppen. Et ambulant geriatrisk team med ansatte fra primær og spesialisthelsetjenesten (AGT) skal bidra til mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp. Teamet vil følge opp pasienter etter utskrivelse fra sykehus til helsehus, og videre fra helsehus til hjemmet for å sikre trygge overganger og kontinuitet i tjenestene.

AGT skal ha en tredelt funksjon:

1. systematisk kompetansebygging og kunnskapsdeling på tvers av tjenestenivåer, blant annet gjennom felles faglige arenaer og standardiserte prosedyrer,
2. tett oppfølging av pasienter i overgangsfasene for å redusere risiko for komplikasjoner, øke pasientens trygghet og sikre målrettede tiltak, og
3. rask vurdering ved behov for å forebygge unødvendige reinnleggelser til sykehus eller høyere omsorgsnivå.

Gjennom forbedret kommunikasjon og informasjonsflyt skal AGT bidra til å styrke samhandlingen mellom aktørene, redusere fragmentering og støtte utviklingen av en mer helhetlig og integrert tjenestemodell. Prosjektet vil også bygge på relevante tiltak innenfor Helsefellesskapet og anvende erfaringer og verktøy herfra der det er formålstjenlig og i tråd med prosjektets hensikt.

Målgruppen er eldre personer med skrøpelighet og sammensatte, langvarige behov som krever tjenester fra flere aktører over tid.



Figur 1. AGT med tredelt funksjon bestående av medlemmer fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Basert på Bøhler et al., (2025)

1.0 Bakgrunn og formål

1.1 Bakgrunn

Norge står overfor en betydelig demografisk endring preget av en økende andel eldre i befolkningen. Innen få år forventes det at antallet eldre overstiger antallet yngre (Thomas, 2024). Ved inngangen til 2024 var over 915 000 personer 67 år eller eldre (SSB, 2025), og framskrivninger anslår at antallet over 80 år vil være doblet innen 2050 (Tømmerås & Thomas, 2024). På bakgrunn av den demografiske utviklingen forventes det en økning i antallet eldre med skrøpelighet, multimorbiditet og komplekse sykdomsbilder som krever langvarig, koordinert og helhetlig oppfølging. De eldre over 67 år utgjør nær 50% av pasienter med høyest ressursforbruk i somatisk helsevesen, men består kun av 15% av den totale befolkningen. (Helsedirektoratet 2018a). Selv om flere lever lenger og med bedre helse, innebærer utviklingen med flere eldre økt belastning på helse- og omsorgstjenestene, blant

annet gjennom høyere etterspørsel etter innleggelse, behandling og utskrivning, samt kortere liggetid i sykehus (Thomas, 2024).

I tråd med denne utviklingen fremhever Verdens helseorganisasjon at et bærekraftig helsevesen må sikre personsentrert og integrert omsorg som ivaretar eldres behov, og samtidig legge til rette for tilgang til kvalitetsmessig god langtidsomsorg for dem med redusert funksjonsevne (World Health Organization, 2021). Dette er sentrale mål i *Decade of Healthy Ageing 2021–2030*, som understreker nødvendigheten av samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren, samfunn og lokalmiljø for å fremme aktiv og sunn aldring globalt (World Health Organization, 2021).

Systematiske gjennomganger av skrøpelighetsbegrepet viser at økt skrøpelighet er forbundet med høyere risiko for somatisk sykdom, hyppigere sykehusinnleggelser og økt behov for kommunale tjenester (Hoogendijk et al., 2019). Pasienter beskriver samtidig begrenset mulighet til medvirkning i overgangsfasen mellom sykehus og hjem (Beck et al., 2024). Dette samsvarer med funn fra Lilleheie et al. (2020), som viser at pårørende opplever utskrivningsprosessen for eldre som preget av raske overganger, knapp informasjon og uklare ansvarsforhold.

1.2 Formål

Samhandlingsprosjektet AGT har som mål å etablere et trygt og helhetlig omsorgstilbud ved å styrke samhandling, erfaringsutveksling og kompetansebygging mellom involverte aktører, med brukeren i sentrum. Ambisjonen er å sikre at både pasienter og helsepersonell opplever tjenesteforløpet som sammenhengende og koordinert. I tråd med Helsefellesskapet Oslos visjoner (Oslo kommune & Helse Sør-Øst, 2017), bidrar AGT til å styrke samhandlingen gjennom kompetanseheving og gjensidig kompetanseoverføring. Utvikling av prosjektet i fellesskap mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten skal fremme likeverdige tjenester, tydelig ansvarsdeling og langsiktige strukturer for effektiv samhandling.

Prosjektet skal utvikle og etablere en helhetlig samhandlingsmodell som sikrer trygge og sammenhengende pasientforløp for eldre med komplekse helsebehov. Gjennom tverrfaglig samarbeid og kompetanseoverføring mellom sykehus og bydelene skal prosjektet styrke tidlig oppfølging, kontinuitet og brukermedvirkning. Pasienter og pårørende skal oppleve trygghet i overgangene fra sykehus til helsehus og fra helsehus til hjemmet ved støtte fra et ambulant

oppfølgingsteam. Modellen skal bidra til bedre kvalitet, forutsigbarhet og trygghet i pasientforløp, og samtidig styrke samarbeidet på tvers av tjenestenivåer.

Ved å benytte kombinerte stillinger, der ansatte har arbeidssted både i AGT og i henholdsvis primær- og spesialisthelsetjenesten, legges det til rette for kompetanseflyt på tvers av organisatoriske skillelinjer.

AGT legger opp til ambulant virksomhet med vekt på koordinert utskrivelse. Teamet utarbeider sammen med pasienten og ev pårørende en individuell behandlingsplan som sikrer trygghet, mestring og helsetjenester av høy kvalitet. Oppfølging av behandlingsplanen bidrar både til økt forståelse og mestring for pasienten, og til styrket kompetanse hos helsepersonell. For å forhindre reinnleggelser og sikre kontinuitet, følger AGT opp alle pasienter tilknyttet prosjektet.

AGT vil derfor treffe ulike mål:

Mål for pasient og pårørende:

AGT skal styrke pasientens og innbyggerens informasjonsgrunnlag, egenmestring og forutsetninger for å håndtere sin egen helsesituasjonen, samtidig som unødvendige reinnleggelser forebygges. Tidlig identifisering og iverksettelse av nødvendige tiltak skal bidra til forbedret prognose og økt livskvalitet. Pasienter og pårørende skal oppleve økt trygghet i overgangene mellom sykehus, helsehus og hjemmetjeneste.

Mål for helsepersonell:

AGT skal redusere dobbeltarbeid, forenkle overgangsprosesser og styrke tverrfaglig kommunikasjon. Samarbeidende helsepersonell skal styrke sin kompetanse innen geriatri, skrøpelighet og komplekse pasientforløp gjennom tett samarbeid med AGT-teamet. Arbeidsprosesser og ansvarlinjer skal tydeliggjøres for å sikre forutsigbarhet og redusere variasjon i praksis.

Mål for samhandling:

AGT skal forbedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, sikre sammenhengende pasientforløp og legge til rette for effektiv og helhetlig informasjonsutveksling. Dette vil bidra til mer effektiv utnyttelse av ressurser og reduserte kostnader.

2.0 Målgruppe

Målgruppen er eldre personer med skrøpelighet og sammensatte, langvarige behov som krever tjenester fra flere aktører over tid.

Pilotprosjektet bygger på erfaringer fra andre ambulante geriatriiske team, inkludert informasjon fra sluttrapporten om integrerte helsetjenester ved Ahus (2025), med tanke på inklusjons- og eksklusjonskriterier. Målgruppen er deretter tilpasset den aktuelle pasient- og innbyggergruppen i sektoren. Ved en eventuell videreføring eller utvidelse av prosjektet kan målgruppen justeres og utvides.

2.1 Inklusjonskriterier

- Er 75 år eller eldre
- Bor i en av sektorbydelene som deltar i samarbeidet: Bydel Frogner, Bydel Ullern eller Bydel Vestre Aker
- Har en Clinical Frailty Scale (CFS)-score mellom 4 og 6 før det aktuelle
- Er innlagt ved Diakonhjemmet sykehus, post B eller D, og skal skrives ut til rehabiliteringsopphold ved Ullern helsehus
- Har flere kroniske sykdommer som krever oppfølging
- Antas å ha nytte av samarbeid og koordinering av helsetjenester

2.2 Eksklusjonskriterier

- Har fast plass på sykehjem
- Har kort forventet levetid
- Har betydelig kognitiv svikt

2.3 Inkludering

Pasienter inkluderes fra Diakonhjemmet sykehus, Klinikk for medisin, avdeling B og D når saksbehandler i bydelen har innvilget plass ved Ullern helsehus og koordinator ved helsehus har tildelt rehabiliteringsplass. Fastlege kan ved forverring henvise tilbake pasienter som allerede er inkludert i AGT-prosjektet ved behov

3.0 Felles tjenesteutvikling

3.1 Nytt av ambulante team

Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester (IHT) er et samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus (Ahus) og omkringliggende kommuner. Prosjektet ble etablert i januar 2020 og ble satt i ordinær drift fra 1. januar 2025. IHT omfatter blant annet ambulant oppfølging av pasientgruppen, med mål om å forbedre helhetlige pasientforløp og redusere behovet for akutt helsehjelp. Resultatene fra Ahus viser forbedringer i pasientrapportert tilfredshet og samarbeide mellom helsepersonell. Resultatene viser også «en betydelig nedgang i forbruk av reaktivtjenester som korttidsopphold, legevaktsbesøk, ø-hjelps innleggelser på sykehus og døgnopphold på KAD (kommunal akutt døgnenhet). Kost-nytte vurderingen som er gjort viser en betydelig redusert kostnad for sykehuset i form av færre episoder med akutte innleggelser og reinnleggelser etter oppstart med IHT» AGT tar med seg erfaringene fra Ahus inn i pilotprosjektet og bygger videre på disse.

En tidligere studie (Rytter et al., 2010) viste at oppfølging av et tverrfaglig team bidro til å redusere reinnleggelser hos pasienter som mottok oppfølgingsbesøk i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus.

AGT tar med seg erfaringene fra Ahus inn i pilotprosjektet og bygger videre på disse.

3.2 AGT som et integrert helsetilbud

AGT er et tverrfaglig og ambulant team som skal sikre en helhetlig oppfølging av eldre med sammensatte behov. Teamet gir faglige råd, vurderer legemiddelbruk og funksjon, samt veileder pasienter, pårørende og helsepersonell. I samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende utarbeider AGT individuelle behandlings- og oppfølgingsplaner for å styrke brukermedvirkning og ivareta pasientens egne mål og prioriteringer innenfor rammen av «Hva er viktig for deg?»

Arbeidet kjennetegnes av tett og kontinuerlig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennom sanntidskommunikasjon og tverrfaglig samhandling kan tiltak igangsettes raskt, noe som fremmer kontinuitet, trygghet og kvalitet i overgangene

mellom tjenestenivåene. Målet er å forebygge unødvendige reinnleggelser og sikre et mer sammenhengende og forutsigbart tjenesteforløp for skrøpelige eldre (Bøhler et al., 2025).

3.3 Pasientforløp

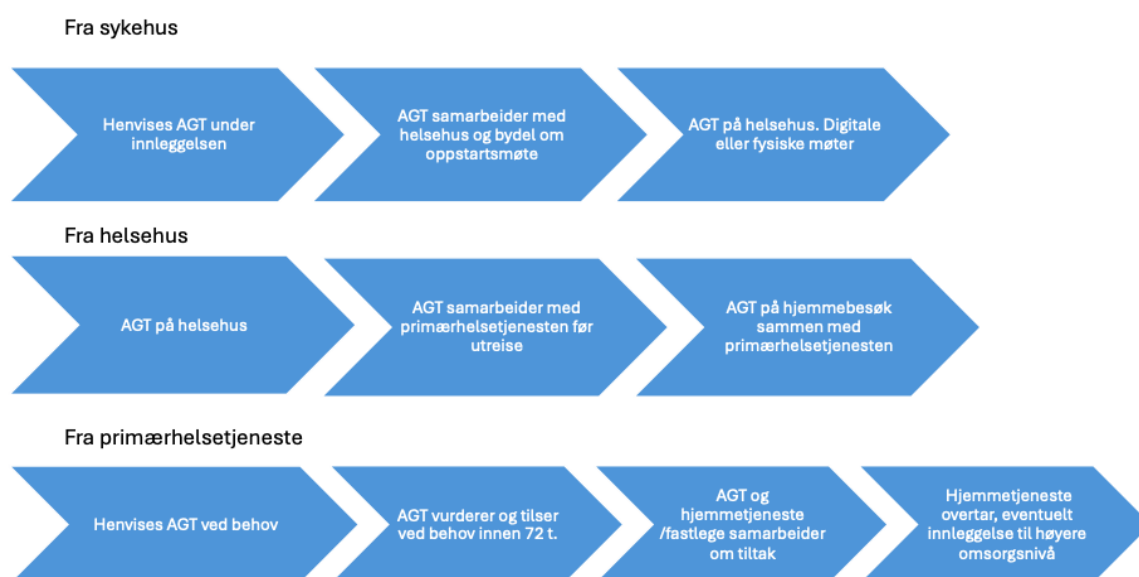
Pasientforløp forstås som «en helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode» (Helsedirektoratet, 2018 b, avsnitt 1).

I pasientforløpet til den eldre pasienten med skrøpeligheit har vi identifisert følgende utrygge overganger med behov for forsterkning:

- fra sykehus til helsehus eller hjemmet
- fra helsehus til hjemmet eller sykehus
- fra hjemmet til avlastning eller sykehus

I prosjektets pilotfase, der ressurser og midler er begrensede, er det mest hensiktsmessig at AGT følger pasientene fra sykehus til helsehus, og videre fra helsehus til hjemmet eller eventuelt tilbake til sykehuset. Fastleger vil bli informert om sine pasienter som deltar i pilotprosjektet, og de vil kunne henvise disse pasientene tilbake til AGT ved behov. Prosjektgruppen anbefaler at fastleger, i en senere og utvidet fase av prosjektet, får mulighet til å henvise aktuelle pasienter direkte til AGT.

Illustrasjonen viser hovedlinjene i pasientforløpet. Detaljer i dette kan endres frem til prosjektstart.



Figur 2:illustrasjon pasientforløp

4.0 Sammensetning og lokalisering av AGT

For å oppnå best mulig samhandling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, samt sikre kompetansedeling på tvers, bør det tilstrebes at stillingene i AGT organiseres som kombinerte stillinger der dette er mulig. En slik modell bidrar til faglig forankring og kompetansedeling på tvers av tjenestenivåene, styrker den faglige kvaliteten og gir rom for ulike perspektiver i tjenestetilbudet.

De ansatte i teamet vil fordele sin arbeidstid mellom AGT og sine respektive arbeidsplasser – henholdsvis Diakonhjemmet Sykehus, Ullern helsehus og hjemmesykepleien i bydelene.

Prosjektgruppen foreslår følgende sammensetning av teamet:

- 50 % sykepleiestilling fra Diakonhjemmet Sykehus
- 50 % sykepleiestilling fra Ullern helsehus
- 20 % sykepleiestilling fra hjemmesykepleien i hver av bydelene (til sammen 60 %)
- 20 % geriaterstilling

Det vurderes som mest hensiktsmessig at teamet har sin fysiske lokalisering ved Ullern helsehus. Dette muliggjør nærhet til pasientene, gir gode forutsetninger for kompetanseheving lokalt, og legger til rette for effektiv bruk av eksisterende ressurser og kompetanse ved helsehuset.

Geriateren skal bidra med spisskompetanse rettet mot målgruppen, og støtte opp under AGTs intensjoner om forsterket utskrivelse og forebygging av reinnleggelser. Det anbefales at geriateren er til stede på torsdager, ettersom dette sammenfaller med dagene hvor sykehuset har samhandlingsleger tilgjengelig. Dette gir økte muligheter for trygg ivaretagelse av pasienter og innbyggere, styrket kompetansedeling i komplekse saker, og bidrar til et tettere samarbeid mellom klinikere på tvers av tjenestenivåene.

Teammedlemmet fra Ullern helsehus gis en koordinerende og ledende funksjon, da teamets fysiske tilstedeværelse er basert ved helsehusets lokaler.

4.1 Øvrig kompetanse

Det vil være viktig å sikre et tett tverrfaglig samarbeid mellom rehabiliteringsenheten ved Ullern helsehus, ergoterapeuter, fysioterapeuter i kommunen og fastleger – i tillegg til de ressursene som allerede er beskrevet. Flere av disse fagmiljøene samarbeider allerede om den

aktuelle målgruppen, og det bør derfor etableres gode og tydelige rutiner for samarbeid mellom AGT og de øvrige aktørene. Kombinasjonen av AGT sin kompetanse og den lokale kunnskapen i kommunale tjenester gir et godt grunnlag for trygge overganger og helhetlig pasientoppfølging.

Siden de aktuelle faggruppene allerede er involvert i oppfølgingen av målgruppen, foreslås det ikke å benytte prosjektets begrensede midler til egne stillinger på dette området. På sikt kan man vurdere dedikerte stillinger med tverrfaglig kompetanse for denne pasientgruppen.

4.2 Geriatrisk poliklinikk ved Diakonhjemmet

Geriatrisk poliklinikk ved Diakonhjemmet sykehus representerer en viktig ressurs for AGT og kan fungere som et alternativ for pasienter og innbyggere som har behov for mer omfattende utredning. Poliklinikken har tidligere gjennomført hjemmebesøk og vurderingsbesøk, og kan på sikt bidra til å vurdere pasienter som kan være aktuelle for oppfølging i AGT.

Et slikt samarbeid vil være verdifullt fordi geriatrisk poliklinikk har spisskompetanse på utredning av komplekse helseutfordringer hos eldre. Tilgangen på denne kompetansen styrker AGTs faglige vurderinger, bidrar til målrettede tiltak og fremmer helhetlige pasientforløp gjennom økt kompetansedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

5.0 Kompetanse som kjerneelement i AGT

Et sentralt element i AGT er arbeidet med kompetansebygging og kompetansedeling (figur 1). For å lykkes med dette skal AGT organiseres med kombinerte stillinger, der de ansatte deler sin arbeidstid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Teamet vil ha sin fysiske base ved Ullern helsehus, noe som legger til rette for effektiv kompetanseflyt mellom tjenestenivåene. Dette bidrar til at kompetansen utvikles der pasienten befinner seg, samtidig som den deles og forankres i de ulike delene av tjenesten.

Gjennom prosjektperioden planlegges det regelmessige fag- og teammøter på tvers av tjenestenivåene samt felles fagdager med øvrige ansatte. Disse tiltakene skal sikre felles forståelse, kontinuitet, erfaringsutveksling og systematisk kompetansespredning.

Kontinuerlige aktiviteter for kompetanseutvikling vil også være forankret i arbeidsplanen på de respektive arbeidsplassene.

6.0 Felles vurderingsverktøy og informasjonsflyt

For å styrke klinisk kompetanse, forbedre vurderingsgrunnlaget og gi bedre pasientflyt, skal AGT bruke *Clinical Frailty Scale* (CFS) (Rockwood et al., 2021) som felles vurderingsverktøy. Helsefellesskap Oslo (Wågsås, 2023) peker på flere utfordringer knyttet til «den skrøpelige eldre» blant annet utilstrekkelig informasjonsutveksling mellom sykehus, kommune og hjemmesykepleie, samt manglende sammenheng i pasientforløpene.

CFS gir et standardisert språk for å identifisere og gradere skrøpelighet, og legger til rette for bedre samhandling, trygg overføring av informasjon og helhetlige forløp. Verktøyet beskriver pasientens habituelle tilstand og sikrer felles forståelse av pasientens behov, bidrar til kompetanseheving hos helsepersonell og muliggjør systematisk screening. På sikt kan det også brukes til innsamling av måledata.

Forskjellige journalsystemer i primær- og spesialisthelsetjenesten, kombinert med krav til pasientsikkerhet og personvern, gjør god informasjonsflyt utfordrende. Prosjektgruppen vil derfor etablere felles rutiner for dokumentasjon og kommunikasjon. Dette omfatter blant annet bruk av CFS, epikriser uten forkortelser og PLO-/dialogmeldinger. Det vil også utvikles rutiner som sikrer trygg lagring av data, begrenset tilgang, samt logging og dokumentasjon av samhandling.

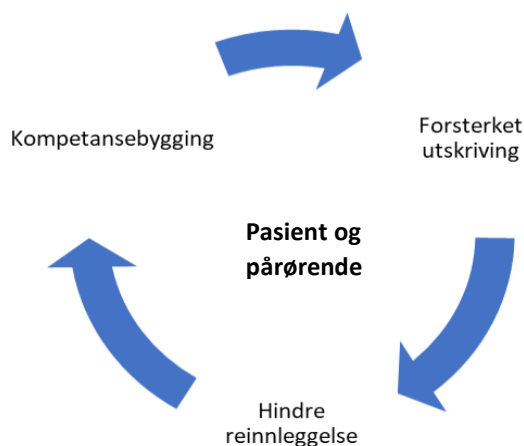
7.0 Integrasjon og samhandling i helsetjenesten

AGT er strategisk plassert i tråd med Helsefellesskapet Oslos porteføljeplan, hvor eldre med skrøpelighet er et prioritert satsingsområde (Sekretariatet Helsefellesskap Oslo, 2024). Ved å tildele årets rekrutterings- og samhandlingsmidler for 2025 til AGT, styrkes målet om helhetlige og sammenhengende helsetjenester for denne pasientgruppen.

AGT legger til rette for systematisk samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som bidrar til bedre koordinering av pasientforløp og reduserer risikoen for fragmenterte tjenester (Wågsås, 2023). Prosjektets bruk av felles vurderingsverktøy, kompetansedeling og koordinert oppfølging sikrer at kompetanse og erfaring spres på tvers av nivåene, og at tiltakene blir forankret både hos kommunen og sykehuset.

Integrerte helsetjenester for eldre er et prioritert satsingsområde i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (Regjeringen, 2024). Ved å sette pasient og pårørende i

sentrum, og gjennom samarbeid på tvers av tjenestenivåer, systematisk kompetanseheving og kunnskapsdeling, vil AGT være et viktig bidrag til dette arbeidet.



Figur 3: Illustrasjon viser gevinstmål med pasient i fokus

7.1. Integrering av AGT i eksisterende samhandlingsprosjekter

AGT bygger på erfaringer fra eksisterende samhandlingsprosjekter og tilpasser relevante prosesser der det er hensiktsmessig. Prosjektet kan komplementere eksisterende tjenester. Eksempler på interne tiltak er «Eldre FACT» og prosjektet «Trygt Hjem», hvor elementer som ambulerende virksomhet kan overføres til AGT. Mens «Eldre FACT» retter seg mot pasienter med alvorlige psykiske lidelser, fokuserer AGT på skrøpelige eldre som ikke har tett oppfølging fra psykiatrien. Ved behov kan de ulike tilbudene samarbeide og utveksle kompetanse.

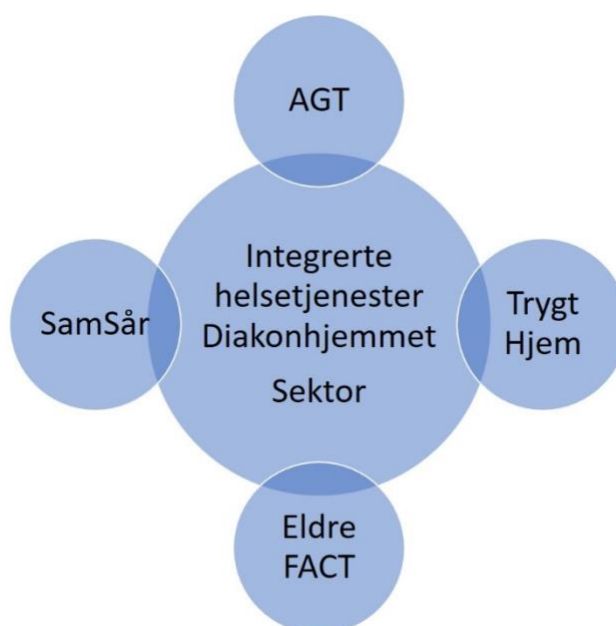
I likhet med «Trygt hjem – rehabilitering etter hoftebrudd» benytter AGT prinsipper for systematisk oppfølging, men tilpasser disse til individuelle behov og planer fremfor faste sykluser. Alle prosjektene har klart avgrensede målgrupper, konkrete mål og søkelys på skrøpelige eldre, som angitt i porteføljeplanen for Helsefelleskapet Oslo.

Pasienter og pårørende ivaretas gjennom tett oppfølging, inkludert oppdatering av behandlingsplaner og kontaktpunkter. Digitale løsninger som videokonsultasjon eller telefonkontakt med primærhelsetjenesten eller pasient og pårørende i hjemmet, benyttes for å

sikre kontinuitet. Erfaringer fra prosjektet «SamSår» viser at slike løsninger er gjennomførbare.

Pågående samhandlingstjenester for skrøpelige eldre fungerer som plattform for integrerte tjenester mellom Diakonhjemmet Sykehus og sektorbydelene. Prosjektene sikrer samarbeid på tvers og motvirker silotenkning, samtidig som ressursutnyttelse og kompetanseheving fremmes. Samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten fungerer som en arena for utvikling, styrking og deling av kompetanse, hvor AGT bidrar til en helhetlig, spesialisert og helsefremmende tjeneste.

Ved å innpasse AGT i Helsefellesskapets portefølje styrkes både klinisk kvalitet og evnen til kontinuerlig tjeneste- og kvalitetsutvikling. Prosjektet blir dermed et konkret virkemiddel for å oppnå porteføljeplanens mål: en helhetlig helsetjeneste med trygge og sammenhengende pasientforløp for skrøpelige eldre.



Figur 4: Integrert samhandling i sektor

7.2 Bruk av DHO

Digitale konsultasjoner med pasienter vil gi informasjon om deres helsetilstand og behov. Informasjonen vil gi grunnlag for vurderinger og kan bidra til effektiv ressursutnyttelse i AGTs ambulerende virksomhet. Videokonsultasjoner kan bidra til at AGT tilpasser

oppfølgingen til den enkelte pasient og utnytter tilgjengelige ressurser på en mer effektiv måte.

AGT vil benytte digital hjemmeoppfølging (DHO) der det er hensiktsmessig og hente kunnskap fra tidligere bruk av DHO som kan være relevante for pilotprosjektet. Dette inkluderer erfaringer fra sektorbydelene (Oslo kommune, 2025) og eksempler fra andre helsefellesskap som har lyktes med å iverksette DHO på tvers av flere kommuner (Bønes, 2025; Tellmann, 2025).

Det legges til rette for at videokonsultasjoner skal brukes som verktøy for kvalitetsmåling etter avsluttet oppfølging. Dette gir AGT verdifull informasjon om hvilke aspekter ved tilbudet som har vært nyttige, og hvilke som kan forbedres. Konsultasjonene vil foregå digitalt via telefon eller nettbrett, i samråd med primærhelsetjenesten, pasient og pårørende.

8.0 Måledata

For å vurdere effekten av AGT skal det benyttes flere måleparametere som omfatter pasientrelaterte utfall, kompetanse og økonomi.

Pasientrelaterte utfall vil inkludere data som antall reinnleggelser, dager hjemme, registreringer fra Ullern helsehus, IPLOS-data og vurdering av pasientens funksjonsnivå. Metodisk vil det etter hvert være behov for en kontrollgruppe for sammenligning, samt evalueringer av tilfredshet blant pasienter, innbyggere og pårørende etter bruk av tjenestene.

Kompetanse vurderes gjennom evalueringsskjemaer som måler ansattes kompetansenivå og tilfredshet etter pilotprosjektet. De økonomiske vurderingene vil sette søkelys på eventuelle kostnadsbesparelser og effektiv ressursbruk.

Samlet vil disse målingene gi et helhetlig bilde av nytte av AGT.

Oversikt over mulige målbare indikatorer:

1. Pasientindikatorer

Målområde	Forslag til indikator	Målemetode	Frekvens
Trygghet i overganger	Andel pasienter som rapporterer økt	Pasientundersøkelse (skala 1–5)	Ved utskrivelse/3 mnd

Målområde	Forslag til indikator	Målemetode	Frekvens
	trygghet ved utskrivelse		
Reinnleggelser	Reduksjon i reinnleggelser innen 30 dager	Journaldatasystem/kommunedata	Kvartalsvis
Pasientmedvirkning	Andel pasienter som opplever å ha deltatt i egen behandlingsplan	Pasientrapportert indikator (PREM) og fokusgruppemøte etter 6 mnd	Etter oppfølging
Funksjon og livskvalitet	Endring i funksjon/livskvalitet	F.eks. EQ-5D, Barthel Index, CFS eller tilsvarende	Start og 3 mnd

2. Helsepersonellindikatorer

Målområde	Forslag til indikator	Målemetode	Frekvens
Kompetanseheving	Andel ansatte som vurderer økt geriatrisk kompetanse	Medarbeiderundersøkelse	Årlig
Tilgang til spesialistkompetanse	Antall fagmøter/veiledninger med AGT	Prosjektlogg	Månedlig
Opplevd støtte	Andel ansatte som opplever bedre støtte i komplekse pasientsaker	Medarbeiderundersøkelse	halvårlig

3. Samhandlingsindikatorer

Målområde	Forslag til indikator	Målemetode	Frekvens
Pasientflyt	Andel utskrivninger med AGT	Journaldokumentasjon	Månedlig
Tverrfaglige møter	Antall tverrfaglige samhandlingsarenaer gjennomført	Prosjektlogg	Månedlig
Ressursbruk	Endring i bruk av kommunale tjenester første 30 dager	Kommunedata	Kvartalsvis

9.0 Prosjektansvar og organisering

Prosjektet organiseres etter vedtak i Lokalt samarbeidsutvalg, Diakonhjemmet sektor (LSU-DS), og etter faglig anbefaling fra Samarbeidsforum somatikk, Diakonhjemmet sykehus.

Prosjektet består av tverrfaglig og kompetent fagpersonell som representerer alle medeiere og interessenter i prosjektet.

9.1 Prosjekteier

Prosjekteier er Lokalt Samarbeidsutvalg – Diakonhjemmet sektor, herunder følger (i tilfeldig og jevnbyrdig rekkefølge): Bydel Frogner, Bydel Ullern, Bydel Vestre Aker, Diakonhjemmet sykehus og Ullern Helsehus.

9.2 Prosjektleder

Veslemøy Cecilie Garmark

9.3 Koordineringsgruppe

Det vil bli nedsatt en koordineringsgruppe med representanter fra sektorbydelene, Ullern Helsehus og Diakonhjemmet sykehus, henholdsvis Klinikk for Medisin

9.4 Prosjektgruppe

Nedenfor følger et forslag til deltakere i prosjektgruppe, basert på deltakere i utforming av prosjektbeskrivelse for prosjektet AGT:

Representant	Posisjon	Tilhørighet
Veslemøy Garmark	Avdelingsleder, Klinikk for medisin	Diakonhjemmet sykehus
Evelyn Jacobsen	Enhetsleder	Bydel Vestre Aker
Andreas Gotteberg	Avdelingsleder	Bydel Ullern
Maja Berg Kristoffersen	Enhetsleder	Bydel Frogner
Kristina Riis Iden	Overlege	Ullern Helsehus
Elise Dale	Samhandlingslege	Diakonhjemmet sykehus
Jeanett Vasskog	Virksomhetsleder	Ullern Helsehus
Torunn Wibe	Spesialkonsulent	Helseetaten
Ingvild Maria Mjøs	Ass. Avdelingsleder, Medisin B	Diakonhjemmet sykehus
Live Øverbye Kvamme	Spesialsykepleier, Medisin B	Diakonhjemmet sykehus
Kari-Mari Øian	Kvalitets rådgiver	Diakonhjemmet sykehus

Therese Mjåtveit	Fagsjef samhandling	Diakonhjemmet sykehus
Henriette Svendsen	Samhandlingsrådgiver	Diakonhjemmet sykehus
Liv Hopen	Representant/rådgiver	Brukerutvalget
Geriatr XX	Geriatr	Diakonhjemmet sykehus
Sykepleier 1	Sykepleier	Diakonhjemmet sykehus
Sykepleier 2-4	Sykepleiere	Bydel
Sykepleier 5,koordinator	Sykepleier	Ullern helsehus

10.0 Brukermedvirkning

Brukerrepresentanter fra både sykehus og bydeler vil inkluderes i prosjektet. Prosjektet skal informere og involvere representanten fra Brukerutvalget i sektoren om deltakelsen.

Deltakelse i prosjektet er frivillig for pasienter og innbyggere.

Pasienter i målgruppen som ønsker å delta, vil få mulighet til å påvirke gjennom utforming av behandlingsplanen og gjennom temaet «Hva er viktig for deg?». Pasienter og pårørende vil få tilsendt informasjon om prosjektet og vil bidra med sine perspektiver både gjennom måledata og ved å gi innspill etter pilotperioden.

11.0 Arbeidsplan

11.1 Høst 2025: Planlegging og forberedelse

September – Oktober 2025:

- Det etableres en prosjektgruppe som skal ferdigstille den prosjektbeskrivelsen for AGT.
- Arbeidet med ferdigstilling av prosjektbeskrivelsen pågår kontinuerlig.
- Prosjektet forankres på ledernivå ved Diakonhjemmet sykehus, Ullern helsehus og de involverte bydelene.

November – Desember 2025

- Prosjektbeskrivelsen fremlegges for LSU for endelig beslutning.
- Etablering av AGT og prosjektgruppe.
- Avklaring av eksakt pasientforløp og ansvarsområder, samt etablering av felles forståelse internt i prosjektet.
- Kartlegging av risiko og identifisering av nødvendige tiltak.
- Oppstart av rekruttering av personell til AGT, inkludert geriater og sykepleiere med kompetanse og interesse innenfor geriatri.
- Planlegging av fagdager for involverte nøkkelpersoner i prosjektet.
- Gjennomføring av fagdag og forberedelse av prosjektets videre prosess.
- Klargjøring av lokaler og utstyr ved Ullern helsehus.

11.2 Vår 2026: Oppstart AGT

Januar – februar 2026

- Oppstart av AGT-teamet.
- Gjennomføring av fagdag for helsepersonell på tvers av tjenestenivåer.
- Hospitering hos Integrerte Helsetjenester (IHT) ved Ahus for kunnskapsinnhenting og erfaringsdeling.
- Informasjonsformidling om prosjektet til bydeler og fastleger, blant annet via samhandlingsleger ved Diakonhjemmet sykehus og kombinerte stillinger til egen enhet.
- Utarbeidelse av felles informasjonsmateriell, som brosjyrer om pasientforløpet, rettet mot pasienter, innbyggere og pårørende.
- Utarbeidelse av mal for behandlingsplan til bruk i prosjektet.

Mars 2026

- Oppstart 1. mars 2026.
- Inklusjon av pasienter/innbyggere, med mål om 50 deltakere i pilotprosjektet.
- Tett oppfølging og evaluering av pasientforløp.
- Fortløpende justering av rutiner basert på erfaringer og behov.

April – Juli 2026



- Fortsatt inklusjon av pasienter, med mål om totalt 50 deltakere i pilotprosjektet.
- Gjennomføring av månedlige prosjektmøter for erfaringsutveksling og evaluering, med etterfølgende justeringer ved behov.
- Månedlig vurdering av kostnader knyttet til oppstart og pilotprosjekt.
- Identifisering og håndtering av eventuelle flaskehalser i prosjektet.
- Forberedelse av sommeravvikling, med sikring av kontinuitet i prosjektet og ivaretagelse av pasienter.
- Evaluering av digitale verktøy som støtter samhandling mellom tjenestesteder, eksempelvis PLO-meldinger, dialogmeldinger, DHO og telefonkontakt med pasienter, pårørende og helsepersonell, for å forbedre effekt og effektivitet i prosjektet.

11.3 Høst 2026: Evaluering og justering

August – november 2026

- Utarbeidelse av en midtveisvurdering av prosjektet, inkludert status etter sommeren.
- Gjennomføring av et fokusmøte med pasienter og pårørende for å innhente deres erfaringer med tilbudet og hvor de kan komme med eventuelle forbedringsforslag.
- Planlegging for videreføring av tjenesten og prosjektet.
- Vurdering av pasientforløpene, inkludert bruk av fastleger i prosjektet og muligheter for videre inkludering av fastleger.

Desember 2026

- Revisjon av budsjett i tråd med årsregnskapet for 2025.
- Forberedelse av datainnsamling, inkludert måledata samt helsepersonell-, pasient- og pårørendeperspektiver.

11.4 Vår 2027 – Videreføring og sluttrapport

Januar – mars 2027

- Ferdigstillelse av datainnsamling.
- Prosjektgruppen samarbeider om felles evaluering og utarbeidelse av sluttrapport, som skal ferdigstilles innen 1. april 2027.
- Utarbeidelse av søknad om rekrutterings- og samhandlingsmidler for 2027, med sikte på videreføring, forankring og mulig ekspansjon av prosjektet

12.0 Økonomi

Rekrutterings- og samhandlingstilskudd ved Diakonhjemmet sektor for 2025 utgjør **2 143 435 kr.** Midlene vil i hovedsak brukes til lønn, samt noe til prosjektspesifikke kostnader for å dekke reiser for teamet ut til pasientene, fagdage og enkel bevertning. En del av ressursene vil også gå til kompetansebygging, gjennom fagdag og utarbeidelse av felles prosedyre for tjenesten.

Prosjektet vurderes som lite ressurskrevende med hensyn til utstyr. Midlene tas i bruk ved prosjektstart for å sikre effektiv ressursutnyttelse og en stabil implementering av AGT.

Det foreslås følgende ressursfordeling som utgangspunkt:

12.1 Forslag til budsjett

Budsjett 2026					
2025 lønssatser er justert med forventet lønnsoppgjør i 2026 på 4 %					
Stilling	Stillings-%	Årslønn inkl feriepenger	sos.avgifter	Årslønn inkl sosiale avgifter	Kostnad
Spesialsykepleier, sykehus	50 %	760 006	272 082	1 032 088	516 000
Spesialsykepleier, helsehus	50 %	751 608	269 076	1 020 684	510 000
Spesialsykepleier, bydeler	60 %	751 608	269 076	1 020 684	612 000
Geriatr	20 %	1 433 640	513 243	1 946 883	389 000
Sum lønnskostnader					2 027 000
Fagdager, seminarer, reiser ut til pasient etc					116 435
Total kostnad (Rekrutterings- og samhandlingstilskudd ved Diakonhjemmet sektor 2025)					2 143 435

13.0 Prosjektets gevinster og videreføring

13.1 Gevinstbilde

Prosjektet gir klare gevinster for alle involverte parter. For pasientene vil AGT bidra til økt trygghet gjennom planlagte aktiviteter, tydelige rammer og konkret oppfølging. Ved å faglig forsterke pasientovergangene vil både primær- og spesialisthelsetjenesten oppnå økt faglig

kompetanse gjennom kompetansedeling. Dette vil også komme pasienter utenfor AGTs målgruppe til gode.

Primærhelsetjenesten vil få tydelige, individuelt tilpassede behandlingsplaner og kontaktpersoner å forholde seg til, noe som legger til rette for bedre oppfølging av pasienter. Spesialisthelsetjenesten vil kunne realisere gevinster i form av redusert antall reinnleggelser. Samlet bidrar disse tiltakene til å styrke det helhetlige helsetilbudet for eldre pasienter med skrøpelighet.

13.2 Fleksibilitet og overføringsverdi

AGT vurderes som et prosjekt med stort potensial for overførbarhet til andre målgrupper og geografiske områder. Prosjektets struktur er fleksibel og kan tilpasses nye satsningsområder ved endring av målgruppe. Modellen kan videreføres innad i Oslo kommune og har samtidig overføringsverdi til andre kommuner, både regionalt og nasjonalt. I tillegg sammenfaller AGT godt med Ahus' «nettverk for integrerte helsetjenester», og det vurderes som hensiktsmessig å presentere prosjektet for dette nettverket i nær fremtid.

Ved avslutning av pilotprosjektet skal det foreligge en plan for videreføring, med utvidelse av antall pasienter og innbyggere som mottar tjenesten «ambulant geriatrik team». Prosjektet skal forankres og breddes i sektoren, samtidig som det samles inn statistikk og måledata som dokumenterer effekten. Disse dataene skal presenteres og deles via Kompetansebroen, og relevant informasjon skal formidles til LSU, SSU og Helsefellesskapet Oslo når datagrunnlaget er klart.

14.0 Referanser

Ahus. (2025). *Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester: Sluttrapport Integrerte helsetjenester*. Helsefellesskapet Ahus, AHUS.

Arkivreferanse P360: 19/10760, s. 1–26

Beck, S. H., Eilertsen, G., Andersen-Ranberg, K., Janssens, A., & Nielsen, D. S. (2024). In the footsteps of the old patient from hospital to home: A qualitative field observation study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 38(3), 745–755. <https://doi.org/10.1111/scs.13257>

Bøhler, H., Lafton, H., Ipsen, L., & Garmark, V. (2025). *Fra stillhet til samspill – bedre samhandling for den skrøpelige eldre* [Prosjektoppgave]. Handelshøyskolen BI, MAN 5170 Strategisk ledelse og organisering for samarbeid i helsetjenesten, BI Oslo.

Helsedirektoratet. (2018a). *Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov: NHSP-analyse 3. Rapport IS-2732*. Hentet 6. november 2025

fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientgrupper-med-omfattende-tjenestebehov/Rapport%20NHSP%203%20-%20Pasientgrupper%20med%20omfattende%20bruk%20-%20endelig.pdf>

Helsedirektoratet. (2018b) *Hva er helhetlige pasientforløp* [Nettdokument]. Oslo:

Helsedirektoratet. Hentet 1. november 2025

fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop/hva-er-helhetlige-pasientforlop>

Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2019). Frailty: Implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 394(10206), 1365–1375.

Lilleheie, I., Debesay, J., Bye, A., et al. (2020). A qualitative study of old patients' experiences of the quality of the health services in hospital and 30 days after hospitalization. *BMC Health Services Research*, 20, 446. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05303-5>

Oslo kommune. (n.d.). *Digital hjemmeoppfølging – kommunale satsinger på velferdsteknologi*. Hentet 6. november 2025 fra <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/tjenester-og-hjelpemidler-i-hjemmet/hjelpemidler-og-velferdsteknologi/kommunale-satsinger-pa-velferdsteknologi/digital-hjemmeoppfolging/>

Oslo kommune, & Helse Sør-Øst. (2017). *Overordnet avtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF*. Kompetansebroen. Hentet 24. oktober 2025 fra <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2017-Overordnet-avtale-om-Samhandling-pa-helse-og-omsorgsomradet.pdf>

Regjeringen.no. (2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste*. Hentet 27. oktober 2025 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonal-helse-og-samhandlingsplan-2024-2027-kortere-ventetider-og-en-felles-helsetjeneste/id3028011>

Rockwood, K., Rostoft, S., Engstad, T. T., Sjøbø, B., & Flaatten, H. (2021). *Clinical Frailty Scale – norsk versjon* [PDF]. Legeforeningen. https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/cfs_norsk_horiso

Rytter, L., Jakobsen, H. N., Rønholt, F., Hammer, A. V., Andreassen, A. H., Nissen, A., & Kjellberg, J. (2010). Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(3), 146–153. <https://doi.org/10.3109/02813431003764466>

Sekretariatet Helsefellesskap Oslo. (2024). *Porteføljeplan 2024–2025/2025*. Helsefellesskap Oslo. Hentet 24. oktober 2025 fra <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/Portefoljeplan-Helsefellesskap-Oslo-oppdaterseptember-2024.pdf>

Thomas, M. J. (2024). *Vi blir flere, men også eldre*. Statistisk Sentralbyrå. Hentet 26. oktober 2024 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/vi-blir-flere-men-ogsaa-eldre>

Tømmerås, A. M., & Thomas, M. J. (2024). *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2024*. Statistisk Sentralbyrå. Hentet 26. oktober 2024 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nasjonale-befolkningsframskrivninger-2024>

World Health Organization. (2021). *Decade of healthy ageing 2021–2030*. World Health Organization. Hentet 12. november 2025 fra <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Wågsås, S. (2023). *Helsefellesskap Oslo*. Helsekonferansen. Hentet 22. oktober 2025 fra <https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/060923-Helsekonferanse-Helsefellesskap-Oslo-Stine-Wagsas-.pdf>

14.0 Vedlegg

Vedlegg 1 – Clinical Frailty Scale (Rockwood et al. 2021)

CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN		
	1	VELDIG SPREK Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.
	2	SPREK Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer , men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.
	3	KLARER SEG BRA Personer med velkontrollerte medisinske problemer , selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.
	4	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpent. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet . De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte ila dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET Disse er mer tydelig langsomme , og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stille hjemmet . Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).
	7	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).
	8	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.
	9	TERMINALT SYK Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit . (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved **mild demens** inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved **moderat demens** er kortidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved **alvorlig demens** må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved **svært alvorlig demens** er de ofte sengeliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine-research.ca

Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Vedlegg 2 – Skjema for forslag til tiltak for fordeling av rekrutterings- og samhandlingsmidler

Skjema for forslag til tiltak for tildeling av rekrutterings- og samhandlingsmidler	
1. Prosjektnavn/ tiltaksnavn	Ambulant geriatrisk team
2. Involverte virksomheter, samt kontaktperson	<u>Involverte virksomheter:</u> Sektorbydelene Frogner, Ullern, Vestre Aker og Sykehjemsetaten ved Ullern helsehus, samt Klinikk for medisin, ved Diakonhjemmet sykehus. <u>Kontaktpersoner:</u> Diakonhjemmet Sykehus: Mette Garvoll, klinikkleder, Klinikk for medisin, og Veslemøy C. Garmark, avdelingsleder medisinske leger. Det vil i tillegg bli utpekt en koordineringsgruppe, med representanter fra samtlige involverte virksomheter, med ansvar for å sørge for fremdrift i prosjektet samt rapportere jevnlig til Lokalt samarbeidsutvalg, Diakonhjemmet sektor (LSU-DS)
3. Målgruppe	Målgruppen er i henhold til innsatsområde 4, eldre med skrøpelighet, jfr. Porteføljeplan for Helsefellesskap Oslo. Gjelder pasienter som grunnet sin helsetilstand har behov for hjelp og koordinering for å sikre trygge overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer: - Pasienter med betydelige og sammensatte helsetjenester fra ulike aktører over tid med behov for hjelp til grunnleggende daglige livsfunksjoner - Pasienter som følges opp av somatisk helsevesen
4. Periode	Fra: Mars 2026 – Mars 2027, med mulighet for forlengelse.

5. Tilskuddsbeløp	Samhandlingsmidler i Diakonhjemmet sektor for 2025: <table border="1"> <tr> <td>Kompetansebroen</td><td align="right">207 565</td></tr> <tr> <td>Digital hjemmeoppfølging og deling av måledata</td><td align="right">400 000</td></tr> <tr> <td>Aktuelle midler for prioritering av tiltak</td><td align="right">2 143 435</td></tr> <tr> <td>Totalbeløp</td><td align="right">2 751 000</td></tr> </table>	Kompetansebroen	207 565	Digital hjemmeoppfølging og deling av måledata	400 000	Aktuelle midler for prioritering av tiltak	2 143 435	Totalbeløp	2 751 000
Kompetansebroen	207 565								
Digital hjemmeoppfølging og deling av måledata	400 000								
Aktuelle midler for prioritering av tiltak	2 143 435								
Totalbeløp	2 751 000								
6. Forankring på ledernivå	<u>Forankret hos (tittel/stilling ved sykehus):</u> Lokalt samarbeidsutvalg, Diakonhjemmet sektor (LSU-DS). Se vedlagte referat fra møte den 8.9.25. <u>Forankret hos (tittel/stilling i etat/bydel(er)):</u> LSU-DS. Se vedlagte referat fra møte den 8.9.25.								
7. Beskrivelse Utfyllende beskrivelse av tiltaket bør legges ved	a) <u>Formål:</u> Styrke samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i sektor ved å sikre forsterket utskriving fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, styrke kompetansebygging på tvers og forhindre unødvendige reinnleggelser på sykehus. b) <u>Mål:</u> i) Pasientmål: styrke pasientens informasjonsgrunnlag, egne ressurser og forutsetninger, forhindre unødvendige reinnleggelser, bedre tilheling ved iverksettelse av nødvendige tiltak tidligere ii) Faglige mål: tverrfaglig kompetansebygging og kompetanseheving iii) Arbeidstakermål: hindre dobbeltarbeid og forenkle overganger, bedret tverrfaglig kommunikasjon iv) Samhandlingsmål: forbedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, pasientoverganger, og bidra til sømløs informasjonsutveksling. Drive aktiv kompetansedeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, ved å bringe kunnskap, erfaring og faglig støtte ut i kommunene, og samtidig hente verdifull innsikt tilbake til sykehuset, skaper teamet en ny organisering som bygger bro mellom nivåene og legger grunnlaget for en mer enhetlig helsetjeneste c) <u>Porteføljeområde:</u> Eldre med skrøpelighet d) <u>Organisering:</u> Prosjektet organiseres i regi av LSU-DS.								

	e) <u>Tiltak/metode</u>: Innføring av tverrfaglig, helhetlig ambulant geriatrik team med tredelt funksjon (her: kompetansebygging, forsterke utskrivelse fra sykehus og forhindre unødvendige reinnleggelser), inkluderer medlemmer fra primær- og spesialisthelsetjenesten i sektor.
	f) <u>Gjennomføring og fremdriftsplan</u>: Samarbeidsforum somatikk i vår sektor vil nedsette en arbeidsgruppe, med representanter fra kommune og sykehus, for å planlegge og utarbeide en detaljert prosjektbeskrivelse for Ambulant geriatrik team, inkludert budsjett for planlagt bruk av tilskuddsmidlene. Prosjektbeskrivelsen må ha en systemtilnærming og et grensesnitt opp mot allerede pågående prosjekter for tjenesteutvikling i sektor, herunder digital hjemmeoppfølging og «Trygt Hjem – rehabilitering etter hoftebrudd». Prosjektbeskrivelsen forutsettes fremlagt for LSU-DS på neste møte den 18.11.25. Oppstart pilotprosjekt senest mars 2026.
	g) <u>Gevinster og måling</u>: Gevinster i form av bedre kommunikasjon og informasjonsflyt mellom tjenestenivåene, styrke tverrfaglig kompetanse i sektor, redusere silotekning, redusere antall reinnleggelser. Måling av tall på reinnleggelser og andre måledata, evaluering av funksjonsnivå hos pasient, og evaluering av tilfredshet blant pasient- og pårørendes etter tjenestebruk. Evalueringsskjema med målt kompetansenivå av ansatte og tilfredshet blant ansatte etter pilot. Evaluering av eventuelle kostnadsbesparende gevinster. Det planlegges evaluering både gjennom pasient- og pårørendetilfredshet, og ved hjelp av målbare endepunkter som for eksempel reinnleggelser og bruk av førstelinjetjenester. Å måle kompetanse er utfordrende, men man kan evaluere om helsepersonell opplever seg sikrere etter bruk.
	h) <u>Skalerbarhet og relevans for andre</u>: Ja. Skalerbart innad i Oslo Kommune, samt overførbart til andre kommuner regionalt og nasjonalt.
	i) <u>Brukerinvolvering</u>: Brukerrepresentant fra sykehusets Brukerutvalg vil delta i arbeidsgruppen som skal utarbeide prosjektbeskrivelse. Involvere pasient- og pårørendes perspektiver gjennom måledata med mulighet for innspill etter pilot.

8 Budsjett	Økonomiske ressurser vil gå hovedsakelig til lønn av tverrfaglig team En del av ressursene vil gå til kompetansebygging med fagdag og utarbeidelse av felles prosedyre for tjenesten.
9. Risikofaktorer og kontrolltiltak	<u>Risikofaktorer</u>: Taushetsplikt og konfidensialitet relatert til informasjonsutveksling på tvers, tilgang til dokumentasjon. <u>Tiltak</u>: Inkludere kompetanseheving om informasjonsutveksling og juridiske aspekter på fagdag. Tilegne prosjektnummer for kvalitetshåndtering, regnskap og måldata.
10. Plan for videreføring og erfaringsdeling	Plan for videreføring av prosjekt med oppskalering av antall pasienter som mottar tjenesten «ambulant geriatrik team», forankre prosjekt og bredding utover i sektor. Hente statistikk og måldata fra prosjektnummer. Fremlegge data og dele erfaring via Kompetansebroen og informere helsefellesskapet når data foreligger.