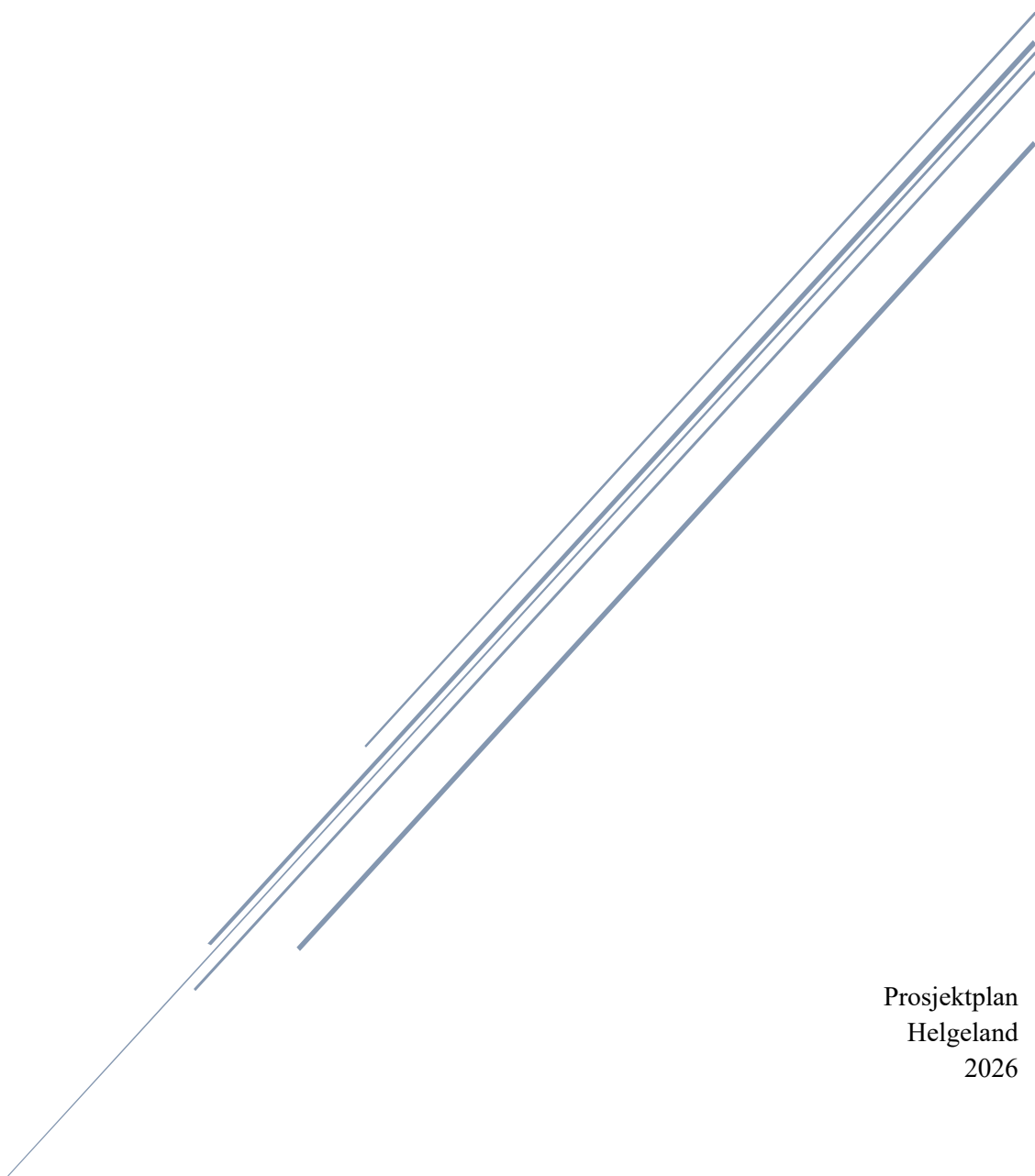


TRYGT HJEM – INTERKOMMUNALE KARTLEGGINGSTEAM HELGELAND

Trygg overgang fra sykehus til kommune for pasienter med behov for kommunale tjenester



Prosjektplan
Helgeland
2026

Innhold

1	Bakgrunn og begrunnelse for prosjektet.....	3
1.1	Forankring i nasjonale reformer og føringer	3
1.2	Nåværende situasjon.....	4
1.3	Situasjonen hvis prosjektet ikke gjennomføres	5
2	Mål	5
2.1	Målbeskrivelse.....	5
2.2	Overordnede mål for prosjektet.....	6
2.3	Virksomhetsmål.....	6
2.4	Effektmål	7
2.5	Resultatmål.....	8
3	Prosjektets innhold og hovedtiltak	9
3.1	Etablering av interkommunale kartleggingsteam	9
3.2	Samhandlingsrutiner mellom sykehus, kommuner og teamet.....	9
3.3	Rolle- og ansvarsavklaring	10
3.4	Digitale løsninger og arbeidsprosesser	10
3.5	Inklusjonskriterier og avgrensninger.....	10
4	Organisering, roller og ansvar	11
4.1	Prosjekteier	11
4.2	Styringsgruppe.....	11
4.3	Prosjektleder	12
4.4	Sekretariat – interkommunal samhandlingsleder	12
4.5	Prosjektgruppe.....	12
4.5.1	Begrunnelse for sammensetning.....	13
4.6	Arbeidsgrupper.....	14
4.6.1	Arbeidsgruppe 1: Kartleggingsverktøy.....	15
4.6.2	Arbeidsgruppe 2: Rutiner og inklusjonskriterier	15
4.6.3	Arbeidsgruppe 3: Praktisk organisering av kartleggingsteam	16
4.6.4	Arbeidsgruppe 4: Digitale løsninger.....	16
4.6.5	Arbeidsgruppe 5: Forankring, opplæring og implementering	17
4.7	Oppgaver som håndteres administrativt	17
4.8	Referansegrupper og involvering	17
4.9	Linjeorganisasjon og videre drift.....	18
5	Gevinstrealisering.....	18
5.1	Planlagte gevinster	18

5.2	Tiltak, ansvar og oppfølging av gevinster	19
5.3	Videre arbeid med gevinstrealisering	20
6	Rammebetingelser, avgrensninger og forutsetninger	20
6.1	Avgrensning av prosjektet ansvar og omfang	20
6.2	Forutsetninger for deltagelse og gjennomføring	21
6.3	Videre arbeid med kriterier og avklaringer	21
7	Omfang, hovedleveranser og milepæler	21
7.1	Hovedleveranser	21
7.2	Milepæler	22
7.3	Videre drift, organisering og finansiering	23
8	Risiko og usikkerhet	23
8.1	Overordnede risikoområder	23
8.2	Foreløpig oversikt over identifiserte risikoer	25
8.3	Videre arbeid med risiko og usikkerhet	26
9	Interessenter, involvering og kommunikasjon	26
9.1	Interessenter	26
9.1.1	Intern interessentoversikt	27
9.1.2	Ekstern interessentoversikt	28
9.2	Kommunikasjon og kommunikasjonsplan	28
9.3	Videre arbeid med interessentanalyse og kommunikasjonsplan	29
10	Budsjett og finansiering	30
10.1	Overordnede forutsetninger	30
10.3	Prosjektledelse	31
10.3	Egeninnsats og medfinansiering	31
10.4	Videre arbeid med budsjett	31
11	Avslutning og videre oppfølging	32

Prosjektet ble opprinnelig utviklet og omsøkt under navnet *Interkommunalt innsats- og vurderingsteam for Helgeland*. I oppstartsfasen har arbeidstittelen *Interkommunalt kartleggingsteam Helgeland* vært benyttet.

I styringsgruppen ble det senere vedtatt å benytte prosjektnavnet **Trygt hjem – Interkommunale kartleggingsteam Helgeland**, med undertittelen *Trygg overgang fra sykehus til kommune for pasienter med behov for kommunale tjenester*. Dette navnet benyttes videre i prosjektplanen.

1 Bakgrunn og begrunnelse for prosjektet

Helgeland står overfor betydelige demografiske, geografiske og kapasitetsmessige utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. En økende andel eldre med sammensatte og komplekse behov, kombinert med knapphet på helsepersonell og store avstander mellom kommuner og sykehus, stiller høye krav til samhandling, ressursutnyttelse og kvalitet i pasientforløpene. For å sikre bærekraftige og forsvarlige tjenester i årene som kommer, er det behov for nye og mer koordinerte arbeidsformer på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Overgangene mellom sykehus og kommunale tjenester er særlig sårbare. Mangelfull kartlegging, utilstrekkelig informasjonsflyt og begrenset kapasitet i kommunene kan føre til forsinkede utskrivinger, utrygge pasientoverganger og økt risiko for reinnleggelser. Dette medfører belastning både for pasientene, pårørende og tjenestene, og bidrar til ineffektiv bruk av knappe ressurser i både sykehus og kommuner.

Prosjektet **Trygt hjem – Interkommunale kartleggingsteam Helgeland**, som opprinnelig ble utviklet og omsøkt under navnet *Interkommunalt innsats- og vurderingsteam for Helgeland*, tar utgangspunkt i dokumenterte behov og bygger videre på eksisterende erfaringer og vellykkede modeller i regionen. Blant annet har innsatsteamet i Rana vist at tett kommunal tilstedeværelse i sykehuset, med systematisk kartlegging før utskriving, kan bidra til tryggere pasientforløp, færre overliggerdøgn og flere direkte hjemreiser. Tilsvarende har det interkommunale prosjektet innsats-, vurderings- og mestringssteamet i Grane, Vefsn og Hemnes utviklet gode modeller for kartlegging, mestrings og forebygging, med mål om at innbyggerne skal kunne bo hjemme lengst mulig.

Videre bygger prosjektet på erfaringer fra samhandlingsprosjektet *Gode pasientforløp*, der både kommuner og Helgelandssykehuset deltok. Dette prosjektet fokuserte på gevinster knyttet til bedre pasientoverganger, redusert press på sykehjemsplasser og styrket samarbeid mellom tjenestene. Erfaringene fra dette prosjektet viste et tydelig behov for en mer helhetlig og felles regional modell for kartlegging og oppfølging av pasienter i forkant av utskriving fra sykehus.

Prosjektet er også valgt ut som ett av tolv nasjonale pilotprosjekter med særskilt oppfølging fra Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Helsedirektoratet. Dette innebærer økt nasjonal oppmerksomhet, forventning om systematisk læring og et tydelig krav om overføringsverdi til videre utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Erfaringene fra prosjektet vil inngå som del av kunnskapsgrunnlaget i arbeidet med kommende helsereformer.

1.1 Forankring i nasjonale reformer og føringer

Prosjektet er forankret i sentrale statlige reformer og strategier som adresserer utfordringer knyttet til demografisk utvikling, personellmangel, behov for bedre samhandling og mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

Prosjektet er særlig relevant opp mot følgende nasjonale føringer:

- **Bo trygt hjemme**
Vektlegger at flere eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig, med trygge og

koordinerte tjenester. Reformen understreker behovet for tidlig kartlegging, helhetlige pasientforløp og bedre overganger mellom sykehus og kommune.

- **Leve hele livet**
Ses i sammenheng med *Bo trygt hjemme*, med fokus på kvalitet, mestring og forebygging i tjenestene til eldre, samt bedre samhandling mellom tjenestenivåene.
- **Samhandlingsreformen**
Har som mål å sikre rett behandling på rett sted til rett tid, og peker på overgangene mellom sykehus og kommune som et sentralt forbedringsområde.
- **Tid for handling** (NOU 2023:4 – Helsepersonellkommisjonen)
Beskriver behovet for rask omstilling i helse- og omsorgstjenestene, bedre utnyttelse av personellressurser og utvikling av nye samarbeids- og tjenestemodeller.
- **Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027**
Vektlegger sammenhengende pasientforløp, styrket kommunal rolle og tettere samarbeid mellom kommuner og helseforetak gjennom helsefellesskap.

1.2 Nåværende situasjon

De siste tre årene har det i gjennomsnitt vært om lag 11 500 innleggelser årlig ved Helgelandssykehuset. Av disse blir rundt 2 000 pasienter årlig meldt utskrivningsklare til kommunene, med behov for oppfølging av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Statistikk fra Helgelandssykehuset viser at det i samme periode er fakturert et gjennomsnitt på 1 700 overliggerdøgn per år, som følge av manglende kommunal kapasitet til å ta imot pasienter som er utskrivningsklare. Det rapporteres jevnlig om samhandlingsavvik knyttet til utskrivningsprosesser, både fra sykehuset og fra kommunene.

Fra sykehusets side meldes det avvik når kommunene ikke kan ta imot pasienter innen fristen for utskriving. Kommunene rapporterer på sin side avvik knyttet til mangelfull eller utilstrekkelig dokumentasjon, som gjør det utfordrende å sikre forsvarlig oppfølging av enkelte pasienter etter utskriving.

Hurtige pasientforløp uten tilstrekkelig kartlegging og planlegging kan føre til at pasienter ikke får et tilpasset og forsvarlig tjenestetilbud ved utskriving. Dette øker risikoen for utrygge overganger og hyppige reinnleggelser.

Rana kommune har etablert et innsatsteam lokalisert ved sykehuset i Rana, som kartlegger pasienter før utskriving. Målet er å sikre rett tjeneste til rett tid, slik at pasientene kan reise hjem innen fristen for utskriving. Vefsn kommune har hatt et tilsvarende team, som var operativt frem til nedleggelsen av sykehuset i Mosjøen i oktober 2025. Begge kommuner rapporterer om svært gode erfaringer, med tryggere pasientforløp og en reduksjon i antall overliggerdøgn.

Omkringliggende kommuner har ikke hatt samme mulighet til å gjennomføre tilsvarende kartlegging ved sykehusopphold, hovedsakelig på grunn av geografiske avstander. Hemnes og Grane har etablert lokale vurderingsteam med tilsvarende funksjon, men disse er primært

rettet mot utskriving fra korttidsavdeling og kartlegging etter at pasientene har kommet hjem fra sykehus.

For kommuner på Søndre Helgeland gjør manglende lokal tilstedeværelse ved sykehusene, kombinert med store geografiske avstander, kartlegging i forkant av utskriving særlig utfordrende. Ingen av kommunene på Søndre Helgeland har per i dag etablerte innsatsteam. Brønnøy, Vevelstad og Vega kommuner har fått innvilget prosjektmidler og er i gang med etablering av et interkommunalt innsats- og kartleggingsteam for tverrfaglig rehabilitering i hjemmet. Dette sees i sammenheng med det interkommunale kartleggingsteamet på Helgeland og vil bidra til å styrke Søndre Helgelands regionale deltakelse i prosjektet.

Vefsn kommune rapporterer også om redusert mulighet for kartlegging etter nedleggelsen av akuttfunksjon ved sykehuset i Mosjøen, og peker på et betydelig behov for å gjennomføre kartlegging allerede under sykehusopphold for å sikre mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp.

Sykehuset i Sandnessjøen har ikke et operativt innsatsteam på lik linje med sykehuset i Rana, og det er behov for å etablere modell tilpasset lokale forhold og utfordringsbilde.

1.3 Situasjonen hvis prosjektet ikke gjennomføres

Den demografiske utviklingen tilsier en betydelig økning i antall skrøpelige eldre i årene som kommer. Gode og helhetlige pasientforløp er derfor en kritisk forutsetning for å sikre forsvarlige helsetjenester i fremtiden.

Flere eldre vil måtte ivaretas i eget hjem, samtidig som det forventes et økt behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dersom prosjektet ikke gjennomføres, foreligger det en risiko for at flere pasienter vil få behov for lengre sykehusopphold, og at flere blir utskrevet til korttidsopphold fremfor å kunne reise direkte hjem, der dette ellers kunne vært et forsvarlig alternativ.

Mangelfull kartlegging og planlegging i forkant av utskriving øker risikoen for gjentatte reinnleggelser og pasientforløp preget av hyppige innleggelser. For den enkelte pasient kan dette medføre økt utrygghet i forbindelse med utskriving, med negative konsekvenser for både psykisk og fysisk helse.

2 Mål

2.1 Målbeskrivelse

Prosjektet skal bidra til trygge, helhetlige og likeverdige pasientforløp på Helgeland gjennom styrket samhandling mellom kommunene og Helgelandssykehuset.

Prosjektet retter seg særlig mot overgangene mellom sykehus og kommunale tjenester. Målet er å legge til rette for bedre planlegging og koordinering før utskriving fra sykehus, slik at pasienter som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester får et mer sammenhengende og forutsigbart pasientforløp ved overgang til hjem eller kommunal oppfølging.

En sentral forutsetning for dette er at pasientene opplever trygghet og sammenheng i overgangene mellom sykehus og kommune, med minst mulig fysisk og psykisk belastning. Når pasienter får god informasjon, tydelige avklaringer og opplever kontinuitet i oppfølgingen, reduseres risikoen for utrygge utskrivinger, unødvendige institusjonsopphold og reinnleggelser.

Gjennom tidlig og systematisk kartlegging, tydelig rolle- og ansvarsavklaring, tett samhandling mellom tjenestenivåene og bruk av digitale løsninger skal prosjektet bidra til bedre planlagte utskrivinger, redusert risiko for utrygge overganger, færre overliggerdøgn og bedre pasientflyt mellom sykehus og kommuner.

På denne måten knyttes pasientens opplevelse av kvalitet og trygghet direkte til prosjektets effektmål og ambisjonen om mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester.

2.2 Overordnede mål for prosjektet

- Bidra til trygge og sammenhengende overganger fra sykehus til kommunale tjenester.
- Bidra til likeverdige tjenester for innbyggerne på Helgeland, uavhengig av bosted og kommune*.
- Redusere antall overliggerdøgn og bidra til at flere pasienter kan reise trygt hjem direkte fra sykehus.
- Forebygge unødvendige institusjonsopphold i kommunene.
- Bedre pasientflyt gjennom tydelige og forpliktende samhandlingsrutiner mellom kommunene og sykehuset.
- Styrke kompetanse, oppgavedeling og tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenestenivåene.
- Ta i bruk og videreutvikle digitale arbeidsprosesser og løsninger som understøtter gode pasientforløp.
- Forebygge unødvendige reinnleggelser gjennom bedre kartlegging og planlegging før utskriving.
- Bidra til mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester gjennom effektiv ressursbruk og bedre koordinering.

* Likeverdige tjenester = samme kvalitet, trygghet og kontinuitet – ikke nødvendigvis samme tjenesteinnhold

2.3 Virksomhetsmål

Virksomhetsmålene beskriver prosjektets overordnede ambisjoner og er formulert for å dekke både kvalitet i pasientforløpene, pasientens opplevelse, likeverdige tjenester og bærekraftig ressursbruk. De fire virksomhetsmålene utfyller hverandre og belyser ulike, men sammenhengende perspektiver.

De to første retter seg mot henholdsvis struktur og pasientopplevelse i pasientforløpene, det tredje mot likeverdige tjenester på tvers av kommuner, og det fjerde mot effektiv og bærekraftig bruk av helse- og omsorgsressurser.

Mål	Beskrivelse	Indikatorer
Bidra til trygge, helhetlige og sammenhengende pasientforløp	Sørge for at pasientene opplever kontinuitet og trygghet i hele forløpet	• Andel aktuelle pasienter med dokumentert kartlegging før utskriving • Andel pasienter med avtalt oppfølging ved hjemreise
Økt trygghet og forutsigbarhet for pasienter ved utskriving med mål om redusert fysisk og psykisk belastning.	Systematisk kartlegging, god informasjon og koordinert samhandling skal redusere utrygghet, stress og belastning for pasient og pårørende.	• Resultater-fra brukerundersøkelser (kvalitative/kvantitative) • Andel pasienter som opplever at de fikk tilstrekkelig informasjon før utskriving • Andel pasienter som vet hvem de skal kontakte etter hjemreise • Avvik/klager knyttet til utskriving og overgang til kommune
Sikre likeverdige tjenester på tvers av kommuner på Helgeland	Standardisere praksis for å sikre lik kvalitet	• Andel pasienter kartlagt etter felles metode/verktøy • Variasjon i utskrivningspraksis mellom kommuner
Bidra til mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester	Effektiv ressursbruk og redusert belastning	• Utvikling i overliggerdøgn • Andel pasienter utskrevet til hjem vs. institusjon

2.4 Effektmål

Effektmålene beskriver de forventede virkningene av prosjektet for pasienter og tjenester når tiltakene er gjennomført

Mål	Beskrivelse	Indikatorer
Økt opplevd trygghet og forutsigbarhet hos pasienter ved utskriving	Økt trygghet og forutsigbarhet ved utskriving skal bidra til mindre fysisk og psykisk belastning for pasientene og redusere risikoen for utrygge utskrivinger og reinnleggelser.	• Resultater fra brukerundersøkelser • Avvik/klager knyttet til utskriving og overgang til kommune
Redusere antall overliggerdøgn i sykehuset	Kortere liggetid for utskrivningsklare pasienter	• Antall overliggerdøgn per måned/år

	Sees i sammenheng med demografisk utvikling og antall meldt utskrivningsklar	Gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter
Forebygge unødvendige reinnleggelser	Bedre kartlegging og planlegging før utskriving skal bidra til færre reinnleggelser	- Andel reinnleggelser innen definerte tidsperioder (2,3,5 dager?) - Antall pasienter med gjentatte reinnleggelser
Øke andel pasienter som kan skrives ut direkte til hjem	Bedre kartlegging og planlegging kan bidra til at flere pasienter kan reise rett hjem og redusere unødvendige institusjonsopphold	- Andel utskrivinger til hjem - Reduksjon i bruk av korttidsplass etter sykehusopphold sett i sammenheng med demografi

Analysebistand:

Analyseavdelingen i Helse Nord vil bidra med tallgrunnlag, statistikk og analyser som understøtter måling av effektmål, indikatorer og resultatoppnåelse i prosjektet. Det vil i tillegg benyttes tall innhentet fra HSYK sammenligningsgrunnlag i etterkant av oppstart.

2.5 Resultatmål

Resultatmålene beskriver de konkrete leveransene og tiltakene som skal gjennomføres for å oppnå prosjektets effektmål.

Mål	Beskrivelse	Indikatorer
Etablere interkommunale kartleggingsteam ved sykehusene	Sikre kompetanse og kapasitet nær sykehuset	- Antall etablerte stillinger - Team i operativ drift innen planlagt tidspunkt
Gjennomføre systematisk kartlegging før utskriving	Standardisert vurdering av pasientbehov	- Andel aktuelle pasienter kartlagt før utskriving - Tidspunkt for kartlegging i pasientforløpet
Ta i bruk felles samhandlingsrutiner og digitale arbeidsprosesser	Effektiv og enhetlig kommunikasjon	- Antall implementerte rutiner - Bruk av digitale samhandlingsverktøy
Tydelig avklare ansvar og rollefordeling for kartlegging mellom sykehus, interkommunalt team og kommune	Skape felles forståelse og redusere avvik	- Skriftlig beskrevet rolle- og ansvarsmodell - Andel pasientforløp der ansvar er dokumentert og avklart - Felles forståelse bekreftet gjennom opplæring/møter - Samhandlingsavvik knyttet til utskriving

3 Prosjektets innhold og hovedtiltak

Dette kapittelet beskriver hva prosjektet konkret skal etablere og gjennomføre for å nå målsettingene og legge grunnlaget for gevinstrealisering. Tiltakene bygger på erfaringer fra eksisterende kommunale modeller, interkommunalt samarbeid og behov identifisert i samhandlingen mellom kommunene og Helgelandssykehuset.

3.1 Etablering av interkommunale kartleggingsteam

Prosjektet skal etablere interkommunale kartleggingsteam lokalisert ved sykehusene på Helgeland. Teamene skal arbeide tett på sykehusavdelingene og i samarbeid med kommunene, med ansvar for tidlig og helhetlig kartlegging av pasienter som forventes å ha behov for kommunale tjenester ved utskriving.

Vertskommunemodellen er avklart som følger:

- Alstahaug kommune er vertskommune for kartleggingsteamet ved sykehuset i Sandnessjøen
- Rana kommune er vertskommune for kartleggingsteamet ved sykehuset i Rana

Vertskommunene har arbeidsgiveransvar for de interkommunale stillingene, inkludert personaloppfølging og administrasjon. Teamene skal være kommunalt forankret, men operativt utøvende i sykehuset, og arbeide på vegne av alle deltakerkommunene.

Etableringen omfatter:

- rekruttering og tilsetting av interkommunale stillinger
- avklaring av finansiering og fordelingsnøkler mellom kommunene
- praktisk tilrettelegging i sykehusene (arbeidsplass, systemtilgang og rutiner)
- samarbeid og samordning med eksisterende kommunale kartleggings- og innsatsteam

Prosjektet skal utvikle og ta i bruk en felles, strukturert kartleggingsmodell som gjennomføres før pasienten meldes utskrivningsklar. Kartleggingen skal gi kommunene et bedre og mer presist grunnlag for planlegging av tjenester og oppfølging etter hjemreise.

Kartleggingsteamene skal ikke erstatte kommunale tjenester, men bidra til bedre forberedelse og planlegging før utskriving.

3.2 Samhandlingsrutiner mellom sykehus, kommuner og teamet

Prosjektet skal utvikle og implementere tydelige og forpliktende samhandlingsrutiner mellom sykehuset, det interkommunale kartleggingsteamet og kommunene. Rutinene skal bidra til bedre informasjonsflyt, redusert risiko for avvik og mer effektiv pasientflyt.

Dette inkluderer:

- standardiserte arbeidsprosesser for informasjonsutveksling
- tydelige kontaktpunkter og tidsfrister
- rutiner for håndtering av avvik og uklarheter i pasientforløpet
- faste samhandlingsarenaer og møtepunkt mellom sykehus og kommuner

Rutinene skal forankres hos ledere og fagpersonell i både kommuner og sykehus

3.3 Rolle- og ansvarsavklaring

Prosjektet skal sikre en tydelig og felles forståelse av roller og ansvar i pasientforløpet. Dette er en forutsetning for at kartleggingen skal gi ønsket effekt og for at pasientene skal oppleve trygge overganger.

Rolle- og ansvarsdelingen innebærer:

- sykehusets ansvar for medisinsk vurdering, behandling og melding om utskrivningsklar pasient
- kartleggingsteamets ansvar for helhetlig kartlegging av funksjon, mestring og behov før utskriving
- kommunenes ansvar for vurdering, tildeling og oppfølging av tjenester etter hjemkomst

Ansvarsdelingen skal dokumenteres skriftlig og understøttes gjennom opplæring og felles møteplasser.

3.4 Digitale løsninger og arbeidsprosesser

Prosjektet skal ta i bruk og videreutvikle digitale løsninger som understøtter samhandling, informasjonsdeling og pasientsikkerhet.

Dette omfatter:

- bruk av PLO-meldinger og relevante journalsystemer
- digitale verktøy for kartlegging og dokumentasjon
- løsninger som gir pasienter bedre informasjon og oversikt ved utskriving
- digitale plattformer for samhandling og kommunikasjon mellom kommune, kartleggingsteam og pasient/pårørende

Digitale arbeidsprosesser skal bidra til mer effektiv ressursbruk og redusert dobbeltarbeid.

3.5 Inklusjonskriterier og avgrensninger

Prosjektet skal definere tydelige kriterier for:

- hvilke pasientgrupper som omfattes av kartleggingen
- hvilke kommuner som kan delta i prosjektet og på hvilke vilkår
- hvilke forutsetninger som må være på plass i kommunene for å kunne nyttiggjøre seg kartleggingen
- tydelig definisjon av roller og ansvar: sykehus, kartleggingsteam og bostedskommune

Prosjektet skal også tydelig avgrense hva som ikke inngår i prosjektet, for å sikre realistisk omfang, tydelig ansvar og god gjennomførbarhet

4 Organisering, roller og ansvar

Prosjektorganiseringen skal sikre tydelig styring, effektiv gjennomføring og bred forankring i kommunene på Helgeland og ved Helgelandssykehuset. Organiseringen er tilpasset prosjektets omfang og kompleksitet, og bygger på eksisterende samarbeidsstrukturer innen samhandling.

4.1 Prosjekteier

I styringsgruppemøte 13.01.2026 ble det vedtatt at SSU i Helsefellesskap Helgeland var ønsket i rollen som prosjekteier på vegne av deltakerkommunene og Helgelandssykehuset. Dette ble behandlet og vedtatt i SSU Helsefellesskap Helgeland 25.02.26.

SSU ivaretar prosjekteierrollen på vegne av deltakerkommunene og Helgelandssykehuset, og sikrer regional forankring, strategisk styring og beslutningsmyndighet gjennom hele prosjektperioden.

Prosjekteier har ansvar for:

- godkjenning av vesentlige endringer i prosjektet
- sikre at prosjektet er i tråd med regionale og nasjonale føringer
- sikre nødvendig forankring i egne organisasjoner
- være eier av prosjektets gevinster og legge til rette for videreføring etter prosjektperioden

Prosjekteierrollen og styringsgruppen er delvis sammenfallende, noe som bidrar til korte beslutningslinjer og tett kobling mellom strategisk ledelse og prosjektets innretning.

4.2 Styringsgruppe

Styringsgruppen fungerer som prosjektets øverste beslutningsorgan og består av representanter fra:

- Helseledernetverket på Helgeland
- Klinikksjef medisinsk klinikk, Helgelandssykehuset
- Klinikksjef kirurgisk klinikk, Helgelandssykehuset
- Avdelingsleder felles medisin Eirik Fagerli, Helgelandssykehuset
- Avdelingsleder felles kirurgi Rose Rølvåg, Helgelandssykehuset

Styringsgruppen har ansvar for å:

- godkjenne prosjektplan og eventuelle vesentlige endringer
- følge opp prosjektets fremdrift, økonomi og risiko
- beslutte overordnede prioriteringer og avklaringer
- godkjenne milepæler og sentrale leveranser
- sikre samhandling og involvering på tvers av kommuner og sykehus

Styringsgruppemøtene benyttes også som arena for involvering og informasjonsdeling, slik at både store og små kommuner på Helgeland gis innsikt og mulighet til å komme med innspill.

4.3 Prosjektleder

Prosjektleder har det operative ansvaret for planlegging, gjennomføring og koordinering av prosjektet. Prosjektleder har ansvar for å utarbeide forslag til prosjektmandat, prosjektplan, milepælsplan og øvrige styringsdokumenter basert på tilgjengelige innspill og føringer. Forslagene legges frem for styringsgruppen til behandling og godkjenning.

Prosjektleder skal:

- lede prosjektgruppen og koordinere arbeidsgrupper
- sikre fremdrift i tråd med prosjektplan og vedtatte milepæler
- følge opp budsjett, leveranser og risiko
- rapportere status, avvik og behov for beslutninger til styringsgruppen
- legge til rette for involvering av prosjektgruppen i videre utvikling og gjennomføring av prosjektet
- bidra til god overgang fra prosjekt til drift og gevinstrealisering

4.4 Sekretariat – interkommunal samhandlingsleder

Interkommunal samhandlingsleder og representant fra samhandlingsavdelingen ved HSYK bistår prosjektet som sekretariat.

Sekretariatsfunksjonen omfatter blant annet:

- praktisk tilrettelegging og koordinering av møter
- saksforberedelse og dokumentasjon
- støtte til prosjektleder og styringsgruppe
- bidrag i samhandling mellom kommuner og sykehus
- bindeledd til andre pågående prosjekt med i regi av helsefelleskapet

Sekretariatsfunksjonen bidrar til kontinuitet, effektiv fremdrift og god forankring i eksisterende samhandlingsstrukturer.

4.5 Prosjektgruppe

Prosjektgruppen er prosjektets operative arbeidsgruppe og skal være sammensatt slik at den har nødvendig faglig kompetanse og beslutningsnærhet.

Prosjektgruppen består av:

- 3 representanter fra Helgelandssykehuset
 - Gerd Mona Nilsen
 - Ann Iren Melstein
 - Hege Mørk: samhandlingsavdelingen HSYK
- 6 representanter fra kommunene
 - Rana: Julia Gruben og Tonje Grimsø
 - Alstahaug: Nicole Weling og Turid Aaker

- Vefsn: Veronica Pettersen
- Brønnøysund: Hanne Solberg
- Prosjektleder: Hege Torghatten
- Sekretariatsfunksjon: Eline Monsen sammen med representant fra samhandlingsavdelingen ved Helgelandssykehuset

Prosjektgruppen har ansvar for å:

- utvikle og ferdigstille rutiner, prosedyrer og flytskjema
- bidra i utvikling av kartleggingsmodell og samhandlingsrutiner
- avklare praktiske og faglige forutsetninger i kommuner og sykehus
- bidra i arbeidet med digitale løsninger
- forberede overgang til drift og gevinstrealisering

4.5.1 Begrunnelse for sammensetning

Sammensetningen av prosjektgruppen er bevisst valgt for å sikre en stram, operativ og handlekraftig prosjektorganisering, samtidig som prosjektet har nødvendig faglig bredde og regional forankring.

Vertskommunene Alstahaug og Rana er representert i prosjektgruppen fordi de har arbeidsgiveransvar for de interkommunale kartleggingsressursene og en sentral rolle i etablering, pilotering og videre drift. Disse kommunene har ulike utgangspunkt og modenhet, noe som gir prosjektgruppen verdifull bredde i erfaringer og perspektiver.

Vefsn og Brønnøy kommune er inkludert i prosjektgruppen på bakgrunn av at de representerer større kommuner med betydelig pasientvolum og sentrale funksjoner i regionen, herunder pågående etablering av intermediære- og DMS-senger. Deres deltakelse bidrar til at prosjektet utvikles med løsninger som er relevante og robuste også for kommuner med komplekse pasientforløp og høyt tjenestebehov.

Helgelandssykehuset er bredt representert i prosjektgruppen for å sikre tett kobling mellom prosjektets utviklingsarbeid og sykehusets praksis, ansvar og rammebetingelser. Dette er avgjørende for å få til gode pasientforløp, realistiske rutiner og tydelig rolleavklaring mellom sykehus og kommuner.

Øvrige kommuner på Helgeland ivaretas gjennom:

- styringsgruppen, der alle kommuner er representert
- referansegrupper og involveringsarenaer
- deltagelse i arbeidsgrupper
- løpende informasjonsdeling og høringer

Denne modellen sikrer at alle kommuner har reell mulighet til medvirkning og påvirkning, samtidig som prosjektgruppen kan arbeide målrettet og effektivt.

4.6 Arbeidsgrupper

Prosjektet omfatter flere komplekse leveranser som krever spesialisert fagkompetanse og tett samarbeid mellom kommuner, Helgelandssykehuset og relevante fag- og støttemiljøer. For å sikre fremdrift, kvalitet i leveransene og bred involvering er det etablert egne arbeidsgrupper.

Arbeidsgruppene skal bidra til å utvikle og konkretisere sentrale deler av prosjektets leveranser, særlig knyttet til utvikling av kartleggingsverktøy, samhandlingsrutiner, digitale løsninger, inklusjonskriterier samt tiltak for forankring, opplæring og implementering.

Den enkelte gruppe arbeider innenfor et definert mandat og rapporterer til prosjektgruppen. Prosjektgruppen har ansvar for overordnet koordinering, prioritering og kvalitetssikring av arbeidet, samt for å legge frem forslag til beslutninger for styringsgruppen der dette er nødvendig.

Leveransene til arbeidsgruppene skal understøtte prosjektets hovedleveranser og milepæler, slik disse er beskrevet i kapittel 7. Fremdrift og eventuelle leveringsfrister følges opp av prosjektleder og prosjektgruppen som del av prosjektets ordinære fremdriftsstyring.

Arbeidsgruppene skal bidra til å:

- utvikle konkrete løsninger og leveranser innenfor sitt fagområde
- sikre nødvendig involvering av relevante fagmiljøer
- legge til rette for felles praksis på tvers av kommuner og sykehus
- identifisere praktiske og faglige utfordringer i gjennomføringen
- gi anbefalinger til prosjektgruppen før endelige beslutninger tas

Arbeidsgruppene settes sammen av representanter fra kommuner, Helgelandssykehuset, vertskommuner og relevante fag- og støttemiljøer. Sammensetningen skal sikre nødvendig fagkompetanse og samtidig ivareta perspektiver fra både små og større kommuner samt brukerperspektivet.

Arbeidsgruppene kan ved behov involvere relevante referansegrupper og fagmiljøer i sitt arbeid. Dette kan omfatte representanter fra kommuner som ikke er direkte representert i prosjektgruppen, faglige nettverk, digitale fagmiljøer samt brukerrepresentanter.

Brukerperspektivet ivaretas blant annet gjennom dialog med eldreråd og brukerutvalg i kommunene og ved Helgelandssykehuset. Referansegrupper kan involveres ved behov gjennom møter, høringer eller innspill i utviklingen av prosjektets løsninger.

Oversikt over prosjektets arbeidsgrupper

Tabellen nedenfor gir en samlet oversikt over prosjektets arbeidsgrupper og deres hovedoppgaver. Nærmere beskrivelse av mandat, leveranser og sammensetning fremgår i avsnittene nedenfor.

Arbeidsgruppe	Hovedtema	Hovedbidrag til prosjektet
Kartleggingsverktøy	Felles kartleggingsmodell	Utvikle felles kartleggingsverktøy for kartleggingsteamene
Rutiner og inklusjonskriterier	Avgrensning og deltakelse	Definere pasientgrupper, deltakerkommuner og rammer for prosjektet
Praktisk organisering av kartleggingsteam	Praktiske løsninger og behov for rom/utstyr	Avklare praktiske forhold knyttet til etablering og drift av kartleggingsteamene ved sykehusene
Digitale løsninger	Digital samhandling	Avklare journalsystemer, digitale verktøy og sikker informasjonsutveksling
Forankring, opplæring og implementering	Implementering i tjenestene	Plan for opplæring, forankring og implementering i kommuner og sykehus

4.6.1 Arbeidsgruppe 1: Kartleggingsverktøy

Formål:

Utarbeide et felles kartleggingsverktøy som skal benyttes av det interkommunale kartleggingsteamet ved sykehusene. Verktøyet skal bidra til en strukturert og helhetlig vurdering av pasientens funksjon, mestring og behov for kommunale tjenester før utskriving.

Leveranser:

- videreutvikle og sammenfatte eksisterende kartleggingsverktøy fra Rana, Vefsn og Hemnes til ett felles verktøy
- sikre at verktøyet gir relevant oversikt over pasientens funksjon, tjenester og oppfølgingsbehov
- avklare sammenheng mellom kartleggingsverktøyet og kommunenes innleggesrapport
- bidra til at verktøyet kan benyttes på en lik måte på tvers av kommuner og sykehus

Sammensetning: Representanter fra kommunale kartleggings- og innsatsteam, vertskommuner og relevante fagpersoner fra deltakerkommuner.

4.6.2 Arbeidsgruppe 2: Rutiner og inklusjonskriterier

Formål:

Utarbeide og avklare inklusjonskriterier for deltakelse i prosjektet, knyttet til både deltakerkommuner og aktuelle pasientgrupper.

Leveranser:

- utarbeide kriterier for hvilke pasientgrupper som omfattes av kartleggingen
- utarbeide kriterier for hvilke kommuner som kan delta i prosjektet og på hvilke vilkår
- kartlegge og utforme kriterier for hvilke forutsetninger som må være på plass i kommunene for å kunne nyttiggjøre seg kartleggingen
- utforme tydelig definisjon av roller og ansvar: sykehus, kartleggingsteam og bostedskommune
- avgrense hva som ikke inngår i prosjektet for å sikre realistisk omfang og gjennomførbarhet

Sammensetning: Representanter fra kommuner i prosjektgruppen, inkludert vertskommuner, samt representant fra mindre kommune.

4.6.3 Arbeidsgruppe 3: Praktisk organisering av kartleggingsteam

Formål:

Avklare praktiske og organisatoriske forhold for etablering og drift av de interkommunale kartleggingsteamene ved sykehusene.

Leveranser:

- ferdig plan for praktisk gjennomføring av kartleggingsteamets arbeid
- avklare møtetider og samhandlingsarenaer mellom team og sykehus
- avklare behov for fysisk arbeidsrom ved sykehusene
- utarbeide rutiner/retningslinjer for samarbeid mellom team og sykehus
- bidra til praktisk tilrettelegging før oppstart av pilot

Sammensetning: Representanter fra de ulike avdelinger på sykehus, ansatte i kartleggingsteam, samt representant fra sekretariat. Organiseres i to undergrupper – en gruppe for hver lokasjon for lokale løsninger.

4.6.4 Arbeidsgruppe 4: Digitale løsninger

Formål:

Avklare og utvikle pasientsikre løsninger for digital samhandling mellom kartleggingsteam, kommunene og sykehus, innenfor eksisterende journalsystemer og samhandlingsverktøy.

Leveranser:

- bidra til utvikling av hensiktsmessige digitale arbeidsprosesser
- avklare tilgang til relevante journalsystemer for kartleggingsteamet
- vurdere og avklare bruk av digitale samhandlingsverktøy som Teams i dialog mellom kommuner og eventuelt med pasient og pårørende
- avklare løsninger for digital kartlegging og deling av informasjon mellom kartleggingsteam og kommunene, og mellom kartleggingsteam og sykehus
- sikre at løsningene ivaretar krav til personvern og sikker informasjonsutveksling
- avklare og arbeide med nye samhandlingsmetoder i samarbeid med andre aktører

Sammensetning: Representanter fra kommuner og Helgelandssykehuset med kompetanse innen IKT, journalsystemer og digital samhandling, samt relevante fag- og støttemiljøer.

4.6.5 Arbeidsgruppe 5: Forankring, opplæring og implementering

Formål:

Utarbeide plan for forankring, opplæring og implementering av prosjektets løsninger i kommuner og sykehus.

Leveranser:

- utarbeide plan for forankring i kommuner og sykehus
- utvikle opplæringsplan for kartleggingsteam og samarbeidende tjenester
- utarbeide informasjonsmateriell til kommuner, sykehus og relevante råd og utvalg
- bidra til å legge til rette for implementering av prosjektets løsninger i drift
- utarbeide kommunikasjonsplan til interessenter, innbyggere og brukere

Sammensetning: Representanter fra kommuner, vertskommuner og Helgelandssykehuset, samt ressurser med kompetanse innen samhandling, opplæring og kommunikasjon.

4.7 Oppgaver som håndteres administrativt

Enkelte oppgaver som tidligere var vurdert organisert som egne arbeidsgrupper håndteres i stedet administrativt av prosjektleder og sekretariat i tett dialog med prosjektgruppen og relevante fagmiljøer. Dette er gjort for å sikre effektiv fremdrift og bedre koordinering med øvrige deler av prosjektet.

Dette gjelder:

a) Samhandlingsrutiner og pasientforløp

Utvikling av flytskjema og rutiner for informasjonsutveksling mellom sykehus, kartleggingsteam og kommuner koordineres administrativt av prosjektleder og sekretariat. Arbeidet gjennomføres i dialog med relevante fagressurser fra kommuner og Helgelandssykehuset.

b) Analyse, evaluering og måling

Utvikling av indikatorer, datagrunnlag og opplegg for evaluering av pilotfasen håndteres av prosjektleder og sekretariat i samarbeid med analysefaglige ressurser og aktuelle fagmiljøer. Dette inkluderer arbeid med måleparametere, datainnsamling og eventuelle brukerundersøkelser.

4.8 Referansegrupper og involvering

For å sikre bred involvering og erfaringsdeling etableres referansegrupper med rådgivende funksjon. Dette kan omfatte:

- Representanter fra tidligere prosjektgruppe for innsats-, vurderings- og mestringsteam Vefsn- Hemnes-Grane
- FSU digitale heletjenester og e-helseløsninger

- Brukerrepresentanter gjennom Brukerutvalget ved Helgelandssykehuset og kommuner
- Tillitsvalgtforum i vertskommunene og Helgelandssykehuset

Referansegruppene involveres ved behov gjennom møter og høringer. Prosjektleder har ansvar for å opprette kontakt og tilrettelegge for involvering. Oversikten over referansegrupper er ikke uttømmende, og ytterligere aktører kan involveres ved behov i løpet av prosjektperioden.

Analyseavdelingen i Helse Nord bidrar med datagrunnlag, statistikk og analyser som beslutningsstøtte i prosjektet og inngår som faglig ressurs ved behov i prosjektets arbeidsprosesser.

4.9 Linjeorganisasjon og videre drift

Vertskommunene Alstahaug og Rana har arbeidsgiveransvar for de interkommunale kartleggingsstillingene. Etter prosjektperioden skal ansvar for drift, oppfølging og gevinstrealisering forankres i linjeorganisasjonen i kommunene, i samarbeid med Helgelandssykehuset.

Den beskrevne organiseringen og forankringen i linjeorganisasjonen legger grunnlaget for realisering av prosjektets gevinster. I neste kapittel beskrives hvilke gevinster prosjektet skal gi, hvordan disse skal følges opp, og hvem som har ansvar for gevinstrealiseringen.

5 Gevinstrealisering

Formålet med gevinstrealisering er å sikre at prosjektets mål og forventede effekter faktisk gir ønsket verdi for pasienter, kommuner og Helgelandssykehuset. Gevinstrealisering handler både om forbedret kvalitet i pasientforløpene og mer effektiv bruk av tilgjengelige ressurser.

Gevinstplanen skal bidra til å synliggjøre sammenhengen mellom prosjektets mål, tiltak og forventede effekter. Planen er et overordnet rammeverk og skal videreutvikles og konkretiseres i prosjektgruppen i løpet av prosjektperioden, i tett dialog med styringsgruppen og linjeorganisasjonen.

5.1 Planlagte gevinster

Gevinst	Beskrivelse	Tilknytning til mål	Indikator	Ansvar
Tryggere pasientoverganger	Pasienter opplever økt trygghet og forutsigbarhet ved utskriving	Virksomhets- og effektmål	Brukerundersøkelser, avvik/klager	Kommune / sykehus
Redusert fysisk og psykisk belastning	Mindre stress og utrygghet knyttet til	Virksomhetsmål	Brukerundersøkelser eller kvalitative tilbakemeldinger	Kommune

Gevinst	Beskrivelse	Tilknytning til mål	Indikator	Ansvar
for pasienter og pårørende	utskriving og overgang til hjem			
Færre overliggerdøgn	Kortere liggetid for utskrivningsklare pasienter	Effektmål	Antall overliggerdøgn	Kommune / sykehus
Forebygge reinnleggelser	Færre unødvendige reinnleggelser etter utskriving	Effektmål	Reinnleggelser innen definerte tidsperioder	Kommune / sykehus
Flere direkte hjemreiser	Økt andel pasienter som kan skrives ut direkte til hjem	Effektmål	Andel utskrivinger til hjem	Kommune
Mer likeverdige tjenester	Mer ensartet praksis på tvers av kommuner	Virksomhetsmål	Andel pasienter kartlagt etter felles metode	Kommune
Bedre ressursutnyttelse kommuner og sykehus	Mer målrettet bruk av kommunale og spesialisthelsetjenester	Virksomhetsmål	Antall overliggerdøgn Bruk av institusjonsplasser	Kommune / sykehus
Bedre samhandling mellom tjenestenivåene	Tydeligere roller, bedre informasjonsflyt og mer forutsigbare samarbeidsrutiner	Virksomhetsmål	Opplevd forbedring i samhandling / færre samhandlingsavvik	Kommune / sykehus

5.2 Tiltak, ansvar og oppfølging av gevinster

Realisering av prosjektets gevinster forutsetter at de planlagte tiltakene gjennomføres i tråd med prosjektets mål og føringer. Sentrale tiltak som etablering av interkommunale kartleggingsteam, systematisk kartlegging før utskriving, tydelige samhandlingsrutiner, klar rolle- og ansvarsdeling samt bruk av digitale løsninger, utgjør grunnlaget for gevinstuttak.

Prosjekteier og styringsgruppe har ansvar for overordnet oppfølging av gevinstrealisering i prosjektperioden, herunder å sikre at prosjektets mål og gevinster følges opp i samarbeid mellom kommunene og Helgelandssykehuset. Prosjektleder har ansvar for å følge opp gevinstarbeidet i prosjektet og legge til rette for at gevinstene kan realiseres i drift.

Etter prosjektets avslutning overføres ansvar for videre oppfølging av gevinster til linjeorganisasjonen i kommunene og ved Helgelandssykehuset, i tråd med ordinære styrings- og oppfølgingslinjer.

Manglende eller forsinket gjennomføring av tiltakene vil kunne påvirke tidspunkt og omfang for realisering av gevinstene.

5.3 Videre arbeid med gevinstrealisering

Gevinstplanen i denne prosjektplanen er utarbeidet på et overordnet nivå og skal videreutvikles som en del av prosjektets gjennomføring.

I prosjektperioden skal prosjektgruppen, i samarbeid med prosjektleder og styringsgruppe, arbeide systematisk med å konkretisere sammenhengen mellom mål, tiltak og gevinster, samt følge opp utviklingen i indikatorene.

Det videre arbeidet skal blant annet omfatte:

- presisering av gevinster og tydelig sammenheng mellom mål, tiltak og forventede effekter
- konkretisering av indikatorer, målemetoder og datagrunnlag
- avklaring av tidspunkt for uttak av gevinster og eventuelle avhengigheter
- tydeliggjøring av ansvar for oppfølging av gevinster i prosjekt- og driftsfase
- vurdering av behov for justeringer basert på erfaringer underveis i prosjektet

Gevinstrealisering skal være et fast tema i prosjektets styrings- og rapporteringsrutiner. Status for gevinster, herunder fremdrift, avvik og risiko, skal rapporteres til styringsgruppen ved behov.

Ved avslutning av prosjektet skal gevinstplanen oppdateres og danne grunnlag for videre oppfølging i linjeorganisasjonen i kommunene og ved Helgelandssykehuset.

6 Rammebetingelser, avgrensninger og forutsetninger

Dette kapitlet beskriver overordnede rammebetingelser, avgrensninger og forutsetninger for prosjektet. Formålet er å tydeliggjøre prosjektets innretning og hovedansvarslinjer, samt å angi hvilke premisser som må være på plass for at prosjektet skal kunne gjennomføres etter hensikten. Kapitlet har ikke til formål å beskrive detaljerte roller, grenseoppgaver eller arbeidsprosesser, da dette skal utvikles videre i prosjektet gjennom rutiner, prosedyrer og flytskjema.

6.1 Avgrensing av prosjektet ansvar og omfang

Prosjektet omfatter etablering og utvikling av et interkommunale kartleggingsteam knyttet til pasientforløp ved innleggelse i Helgelandssykehuset og i forkant av utskriving til kommunale tjenester. Kartleggingsteamets funksjon er å bidra med helhetlig kartlegging og vurdering av pasienters funksjon, mestring og behov for kommunale tjenester, som grunnlag for trygge og sammenhengende overganger mellom sykehus og kommune.

Prosjektet bygger på eksisterende ansvars- og myndighetsforhold mellom tjenestenivåene. Helgelandssykehuset har ansvar for medisinsk vurdering og behandling under innleggelse. Kommunene har ansvar for vedtak, tjenestetildeling og oppfølging etter utskriving. Det interkommunale kartleggingsteamet skal fungere som et tverrfaglig støtte- og samhandlingsledd, og har ikke beslutningsmyndighet knyttet til medisinsk behandling eller kommunale vedtak.

6.2 Forutsetninger for deltagelse og gjennomføring

Gjennomføring av prosjektet forutsetter at både Helgelandssykehuset og deltakerkommunene legger til rette for samhandling med det interkommunale kartleggingsteamet. Dette innebærer blant annet at nødvendige kontaktpunkter er etablert, og at relevant informasjon kan deles på en hensiktsmessig måte innenfor gjeldende rammer.

Videre forutsettes det at kommunene har forankring for deltagelse i prosjektet på administrativt nivå, og at det er kapasitet til å følge opp kartleggingsresultater og videre planlegging av tjenester etter utskriving. Tilsvarende forutsettes det at sykehuset har rutiner som understøtter samarbeid med kommunene og kartleggingsteamet i forkant av utskriving.

For vertskommunene forutsettes det i tillegg at arbeidsgiveransvar, administrative støttefunksjoner og nødvendig forankring i organisasjonen er avklart. Vertskommunene må legge til rette for at de interkommunale kartleggingsressursene kan inngå i ordinær drift og samhandling, herunder tilgang til relevante systemer, støttefunksjoner og arenaer for samarbeid med Helgelandssykehuset og deltakerkommunene.

6.3 Videre arbeid med kriterier og avklaringer

Det skal i prosjektperioden utarbeides tydelige kriterier for deltagelse og inklusjon i ordningen, herunder avklaringer knyttet til hvilke kommuner og pasientforløp som omfattes av prosjektet. Videre skal det utvikles nærmere avklaringer av roller, samhandlingsrutiner og arbeidsprosesser mellom sykehus, kommuner og kartleggingsteam.

Dette arbeidet skal gjennomføres som en del av prosjektets videre utvikling, i prosjektgruppen og eventuelle underarbeidsgrupper, og vil bygge på erfaringer fra prosjektets gjennomføringsfase og dialog med berørte aktører.

7 Omfang, hovedleveranser og milepæler

Dette kapitlet beskriver prosjektets hovedleveranser og sentrale milepæler. Formålet er å tydeliggjøre hva prosjektet skal levere innenfor prosjektperioden, og hvilke styringspunkter som markerer fremdrift og overgang mellom prosjektfaser. Kapitlet gir et overordnet bilde av prosjektets omfang og progresjon, uten å gå inn i detaljerte aktivitets- eller fremdriftsplaner.

7.1 Hovedleveranser

Prosjektet skal levere følgende hovedleveranser:

- **Etablert interkommunale kartleggingsteam**
Etablering av interkommunale kartleggingsteam ved sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen, inkludert avklarte vertskommuneløsninger, bemanning og organisatorisk forankring.
- **Avklarte rammer for kartleggingsteamets funksjon**
Overordnede avklaringer av kartleggingsteamets rolle, ansvar og samhandling med sykehus og kommuner, i tråd med prosjektets mål og forutsetninger.

- **Utviklede samhandlingsrutiner mellom sykehus og kommuner**
Utarbeidede og testede rutiner for samarbeid, informasjonsflyt og involvering av kartleggingsteamet i pasientforløpene.
- **Avklarte inklusjonskriterier**
Tydelige kriterier for hvilke kommuner og pasientforløp som omfattes av ordningen, utarbeidet i prosjektgruppen og forankret i styringsgruppen.
- **Prosessbeskrivelser og flytskjema**
Overordnede prosessbeskrivelser som synliggjør pasientflyt, roller og samhandling mellom sykehus, kommune og kartleggingsteam.
- **Grunnlag for videre drift og gevinstrealisering**
Dokumentasjon og anbefalinger som danner grunnlag for beslutning om videreføring, drift og oppfølging etter prosjektperioden.

7.2 Milepæler

Prosjektets milepæler markerer sentrale leveranser og beslutningspunkter i prosjektperioden. Milepælene er knyttet til prosjektets hovedfaser: etablering, utvikling, pilotering og evaluering.

Milepælene danner grunnlag for styring og oppfølging i prosjektet, og benyttes som referansepunkter for rapportering til styringsgruppen. Nærmere aktiviteter og delmilepæler fremgår av prosjektets fremdrifts- og aktivitetsplan (Gantt-skjema).

I dialog med vertskommunene er det avklart at foreløpig tidspunkt for oppstart av de interkommunale kartleggingsteamene er 15. april. Oppstartstidspunktet forutsetter at nødvendige avklaringer knyttet til organisering, bemanning og praktisk tilrettelegging gjennomføres i tråd med milepælsplanen.

Pilotfasen vil danne grunnlag for videre vurdering av organisering, finansiering og eventuell videreføring av modellen etter prosjektperioden.

Milepæl	Beskrivelse
M1	Prosjektplan og mandat godkjent
M2	Overordnet prosesskart ferdigstilt (inkl. kartlegging av risiko, gevinster og interessenter)
M3	Rutiner, inklusjonskriterier og samhandlingsrutiner ferdigstilt
M4	Oppstart operativ drift – pilotfase
M5	Første evaluering av pilot – erfaringer og justeringsbehov
M6	Andre evaluering av pilot – foreløpig vurdering av effekter

Milepæl	Beskrivelse
M7	Styringsgruppen avklarer videre søknad / videreføring av prosjektet
M8	Evaluering av pilot – sluttrapport med vurdering av måloppnåelse og gevinster

7.3 Videre drift, organisering og finansiering

Videre organisering og drift av de interkommunale kartleggingsteamene er ikke endelig avklart ved oppstart av prosjektet. I prosjektperioden skal det vurderes ulike modeller for varig drift, herunder videreføring gjennom vertskommunemodell eller andre former for interkommunalt samarbeid.

Prosjektet skal bidra til et kunnskapsgrunnlag for beslutning om varig organisering. I dette arbeidet skal det blant annet vurderes egnet organisasjonsmodell for videre drift, ansvar og rollefordeling mellom kommuner og vertskommuner, samt behov for og forutsetninger for finansiering over tid.

Implementering i varig drift og avklaring av langsiktig finansiering forutsetter egne beslutninger i kommunene og i samarbeid med Helgelandssykehuset.

Det tas sikte på å søke om utvidet prosjektperiode og videre finansiering gjennom rekrutterings- og samhandlingstilskudd, i tråd med den opprinnelige treårige prosjektperioden som ble lagt til grunn i søknaden. Videreføring forutsetter ny vurdering og eventuell tildeling av midler etter første prosjektår.

Erfaringene fra pilotfasen og evalueringen av prosjektet vil danne grunnlag for videre beslutninger om organisering, finansiering og eventuell permanent etablering av interkommunale kartleggingsteam på Helgeland.

8 Risiko og usikkerhet

Dette kapitlet beskriver sentrale risikoer og usikkerhetsfaktorer knyttet til gjennomføring av prosjektet. Formålet er å gi styringsgruppen og prosjektgruppen et felles bilde av forhold som kan påvirke måloppnåelse, fremdrift og gevinstrealisering.

Risikovurderingen er på et overordnet nivå og bygger på innspill fra prosjektgruppen og gruppearbeid gjennomført i prosjektets tidlige fase. Vurderingen skal videreutvikles og følges opp som en del av prosjektets styring og rapportering.

8.1 Overordnede risikoområder

Risikoer er identifisert gjennom innspill fra forberedende møter, gruppearbeid og dialog med vertskommuner. Flere av risikoene vurderes som særlig kritiske i oppstartsfasen og i perioden frem mot pilotering, der flere grunnleggende forutsetninger må være på plass for å sikre fremdrift og måloppnåelse.

- **Samhandling mellom kommunene og Helgelandssykehuset**
Manglende eller ulik praksis mellom sykehus og kommuner kan føre til utydelige

overganger, svikt i informasjonsflyt og uavklarte forventninger til kartleggingsteamets rolle. Samhandling mellom tjenestenivåene er løftet frem som en av de mest kritiske faktorene for prosjektets oppstart og videre gjennomføring.

- **Felles forståelse og rolleavklaringer**

Ulik forståelse av ansvar mellom sykehus, kartleggingsteam og kommuner kan føre til grenseflateproblemer, avvik og ineffektiv ressursbruk. Behovet for felles begrepsforståelse og tydelige rammer er gjennomgående løftet i innspillene.

- **Forankring og prioritering i kommunene**

Manglende forankring i kommunal ledelse og tjenesteområder kan medføre at prosjektet ikke prioriteres i en presset driftshverdag, særlig opp mot lovpålagte oppgaver.

- **Forankring og prioritering i sykehus**

Manglende forankring i sykehus kan medføre at prosjektet ikke prioriteres i en presset driftshverdag, herunder risiko for at rutiner ikke blir gjort kjent og tatt i bruk i alle avdelinger. Dette gjelder også forankring hos leger med ansvar for utskriving. Dersom epikriser ikke ferdigstilles i tide før utskriving, kan kommunene mangle nødvendig informasjon for å planlegge forsvarlig oppfølging, noe som kan føre til forsinkelser i utskriving og økt risiko for utrygge pasientoverganger

- **Kapasitet og sårbarhet i vertskommuner**

Begrenset personellkapasitet og eventuelle utfordringer med rekruttering av kvalifisert personell kan påvirke oppstart og pilotering av kartleggingsteamene.

- **Ulik modenhet mellom kommuner**

Store forskjeller i størrelse, organisering og kapasitet kan gjøre det krevende å etablere felles løsninger og tempo i prosjektet, særlig i pilotfasen.

- **Pasientens opplevelse og forventninger til tjenestene**

Endringer i praksis og organisering av tjenester kan føre til et gap mellom pasienters og pårørendes forventninger og det tjenestetilbudet som gis etter utskriving. Manglende eller sen forventningsavklaring kan skape utrygghet og redusert opplevd kvalitet i pasientforløpet. Dette kan påvirke pasientens trygghet ved hjemreise og i noen tilfeller bidra til økt belastning, motstand mot utskriving eller behov for ytterligere oppfølging. Dette kan igjen påvirke måloppnåelse knyttet til trygg hjemreise, redusert institusjonsbruk og forebygging av reinnleggelser.

- **Digitale løsninger og informasjonsutveksling**

Ulike journalsystemer (EPJ) og digitale løsninger i kommunene kan gjøre informasjonsutveksling og samhandling krevende. Manglende felles systemstøtte eller hensiktsmessige rutiner kan føre til forsinkelser, dobbeltarbeid og risiko for ufullstendig eller forsinket informasjon i overgangene mellom sykehus, kartleggingsteam og

kommuner. Dette kan igjen påvirke pasientsikkerhet, kvalitet i pasientforløpene og etterlevelse av krav til personvern og GDPR.

- **Usikkerhet knyttet til videre drift og finansiering**

Manglende avklaring av varig organisering og langsiktig finansiering kan påvirke forutsigbarhet, motivasjon og planlegging, både i prosjektperioden og ved eventuell videreføring.

8.2 Foreløpig oversikt over identifiserte risikoer

Oversikten nedenfor gir en vurdering av sentrale risikoer på overordnet nivå.

Risikovurderingen er basert på innspill fra styringsgruppen, prosjektgruppen og forberedende gruppearbeid gjennomført i prosjektets tidlige fase. Risikoene følges opp i prosjektgruppen og oppdateres ved behov i løpet av prosjektperioden.

Risiko	Beskrivelse	Mulig konsekvens	Risikoreduserende tiltak
Mangelfull samhandling mellom kommuner og sykehus	Uklare rutiner og forventninger mellom sykehus og kommuner	Utrygge pasientoverganger, forsinkelser	Tett involvering av sykehuset i prosjektgruppe, felles møteplasser
Ulik rolleforståelse	Uklare grenser mellom team, kommuner og sykehus	Avvik, ineffektiv ressursbruk	Utvikle felles forståelse gjennom rutiner og opplæring
Svak forankring i kommuner og sykehus	Prosjektet nedprioriteres i presset drift	Lav måloppnåelse	Aktiv forankring via styringsgruppe og ledelse
Manglende forankring hos leger med ansvar for utskriving	Epikriser ferdigstilles ikke i tide før utskriving	Forsinket utskriving og mangelfull informasjon til kommunen	Informasjon og forankring i sykehusavdelinger, tydeliggjøre rutiner for epikrise og planlagt utskriving
Kapasitetsutfordringer	Begrensede ressurser eller forsinket bemanning	Forsinket oppstart og pilot	Tidlig avklaring av bemanning og realistisk pilot
Ulik kommunal modenhet	Enkelte kommuner ikke klare for deltakelse	Ujevn kvalitet og fremdrift Feil bruk av kartleggingsteamet	Tilpasse implementeringstakt og tilby felles opplæring og støtte Tydelige inklusjonskriterier og rutiner for henvisning
Forventningsgap ved endret praksis	Ulik forståelse av tjenestetilbud og ansvar etter utskriving	Utrygghet, motstand mot hjemreise, klager	Tidlig dialog, god informasjon og forventningsavklaring
Digitale utfordringer	Ulike EPJ-systemer Manglende samhandling mellom	Forsinket eller mangelfull informasjonsflyt, økt	Kartlegge eksisterende løsninger, etablere midlertidige

Risiko	Beskrivelse	Mulig konsekvens	Risikoreduserende tiltak
	journalsystemer i kommunene	risiko i pasientoverganger	rutiner og vurdere felles arbeidsprosesser
Uavklart videreføring	Usikkerhet rundt drift og finansiering	Redusert forutsigbarhet	Utredning av driftsmodeller og søknad om videre finansiering

8.3 Videre arbeid med risiko og usikkerhet

Risiko og usikkerhet skal være et fast tema i prosjektets styring og rapportering. Prosjektleder har ansvar for å følge opp risikobildet i prosjektgruppen og løfte vesentlige risikoer til styringsgruppen ved behov.

I det videre prosjektarbeidet skal:

- risikovurderingen konkretiseres med vurdering av sannsynlighet og konsekvens
- risikoreduserende tiltak prioriteres og følges opp
- risiko knyttes tettere til milepæler og prosjektets faser
- nye risikoer identifiseres fortløpende, særlig i overgang til pilot og eventuell videre drift

Som et særskilt risikoområde skal digitale løsninger for samhandling og dialog kartlegges nærmere. Det skal vurderes hvordan informasjonsutveksling kan sikres på en hensiktsmessig måte innenfor gjeldende systemer, samt hvilke rutiner som må etableres for å ivareta sikker informasjonsdeling, personvern og etterlevelse av GDPR i mangel av felles journalsystemer.

Håndtering av risiko knyttet til pasientopplevelse og forventningsgap skal ses i sammenheng med interessentanalyse og kommunikasjonsplan, som utarbeides som del av prosjektets videre arbeid.

9 Interessenter, involvering og kommunikasjon

Dette kapitlet beskriver prosjektets interessenter og overordnede prinsipper for involvering og kommunikasjon. Formålet er å sikre god forankring, felles forståelse og hensiktsmessig informasjonsflyt mellom aktører som er involvert i eller påvirkes av prosjektet.

Interessentanalysen danner grunnlag for utarbeidelse av kommunikasjonsplan og skal videreutvikles i prosjektgruppen.

Interessentene deles i **interne og eksterne**, basert på om de inngår i prosjektets styring, gjennomføring eller formelle rådgivning, eller om de står utenfor prosjektorganisasjonen, men har interesse i eller påvirkes av prosjektet.

9.1 Interessenter

Interne interessenter er aktører som er direkte involvert i prosjektets styring, gjennomføring eller formelle rådgivning. Eksterne interessenter er aktører som ikke inngår i

prosjektorganisasjonen, men som påvirkes av prosjektet eller har interesser knyttet til resultatene.

Interessentoversikten er ikke uttømmende og skal videreutvikles i prosjektgruppen. Nye interessenter kan identifiseres underveis i prosjektet, og analysen vil bli oppdatert ved behov. Det legges særlig vekt på tidlig involvering av kommuner og sykehusavdelinger som ikke er direkte representert i prosjektgruppen, for å sikre god forankring og felles forståelse i oppstarts- og pilotfasen.

9.1.1 Intern interessentoversikt

Intern interessent	Rolle / interesse i prosjektet	Påvirkningskraft	Behov for involvering / kommunikasjon	Ansvar
Prosjekteier	Overordnet ansvar og forankring	Høy	Styring, beslutninger og oppfølging	Sekretariat/ Prosjektleder
Styringsgruppe	Strategisk styring og prioritering	Høy	Regelmessig rapportering og beslutningsgrunnlag	Prosjektleder
Deltakerkommuner	Likeverdige tjenester og samhandling	Høy	Forankring, dialog og involvering	Prosjektleder
Vertskommuner (Alstahaug og Rana)	Arbeidsgiver- og driftsansvar	Høy	Tett dialog og koordinering	Prosjektleder
Prosjektgruppe	Utvikling og gjennomføring	Middels–høy	Arbeidsmøter og løpende dialog	Prosjektleder
Interkommunale kartleggingsteam	Operativ gjennomføring	Middels	Tett faglig samhandling	Prosjektleder
Helgelandssykehuset	Medisinsk ansvar og samhandling	Høy	Felles møteplasser og avklaringer	Prosjektleder
Helsefellesskapet Helgeland	Strategisk samhandling	Middels	Informasjon og forankring	Prosjekteier
DigiHelgeland	Digital samhandling og rådgivning	Middels	Dialog og rådgivning	Prosjektleder
Brukerutvalg (referansegruppe)	Pasientperspektiv	Middels	Medvirkning og rådgivning	Prosjektleder
Andre referansegrupper	Faglige og erfaringsbaserte innspill	Lav–middels	Dialog ved behov	Prosjektleder

9.1.2 Ekstern interessentoversikt

Ekstern interessent	Interesse i prosjektet	Påvirkningskraft	Behov for kommunikasjon / dialog	Ansvar
Pasienter og pårørende	Trygg og forutsigbar pasientreise	Middels	Informasjon og forventningsavklaring	Kommune
Bruker- og interesseorganisasjoner	Pasient- og brukerperspektiv	Lav–middels	Informasjon ved behov	Prosjektleder
Politiske beslutningstakere	Overordnet ansvar og prioritering	Middels	Informasjon og beslutningsgrunnlag	Prosjekteier
Helse Nord RHF	Tilskudd og oppfølging	Middels	Rapportering og dialog	Prosjektleder
Analyseavdelingen Helse Nord	Leverer tall, statistikk og analyser til bruk i beslutningsgrunnlag	Middels	Involveres ved behov for datagrunnlag	Prosjektleder/ sekretariat
Helsedirektoratet	Nasjonale føringer og læring	Lav	Informasjon ved behov	Prosjektleder
Helse- og omsorgs departementet	Et av 14 prosjekt x, med nasjonal interesse for utvikling av ny helsereform	Middels	Informasjon i dialogmøter og på forespørsel	Prosjektleder/ sekretariat
KS	Interesseorganisasjon	Lav	Informasjon og deling av erfaring	Prosjektleder
Statsforvalteren	Regelverk, tilsyn og dialog	Lav–middels	Dialog ved behov	Prosjekteier

9.2 Kommunikasjon og kommunikasjonsplan

Kommunikasjonsplanen skal være et aktivt arbeidsverktøy i prosjektgruppen og bidra til god forankring, felles forståelse og tydelig forventningsavklaring gjennom prosjektperioden. Planen skal understøtte både intern og ekstern kommunikasjon, herunder dialog med samarbeidspartnere og håndtering av mediehenvelser ved behov.

Kommunikasjonsplanen bygger på interessentanalysen og skal videreutvikles og oppdateres fortløpende i prosjektgruppen. Tabellen nedenfor vil konkretiseres med tiltak, budskap og ansvar underveis i prosjektet.

Kommunikasjonen skal være tydelig, regelmessig og tilpasset prosjektets ulike faser. Informasjonen bør utformes slik at den kan videreformidles gjennom lederlinjer og interne kanaler i kommuner og sykehus, slik at også ansatte som ikke er direkte involvert i prosjektet

får nødvendig informasjon om prosjektets mål, arbeidsform og forventede endringer i samhandlingen.

Kommunikasjonen skal også bidra til tydelig forventningsavklaring overfor pasienter og pårørende, særlig knyttet til målsettingen om trygge overganger mellom sykehus og kommune og at flest mulig pasienter kan reise direkte hjem etter sykehusopphold.

Målgruppe	Hovedbudskap	Kanal / arena	Tidspunkt / hyppighet	Ansvar
Styringsgruppe	Status, risiko og beslutningsbehov	Møter / rapporter	Jevnlig	Prosjektleder
Prosjektgruppe	Fremdrift, avklaringer og oppgaver	Arbeidsmøter	Jevnlig	Prosjektleder
Deltakerkommuner	Mål, fremdrift og konsekvenser	Møter / nettverk	Ved behov	Prosjektleder
Helgelandssykehuset	Samhandling og rolleforståelse	Felles møteplasser	Jevnlig	Prosjektleder
Kartleggingsteam	Operativ informasjon og samhandling	Møter / dialog	Løpende	Prosjektleder
DigiHelgeland	Digitale løsninger og samhandling	Møter / dialog	Ved behov	Prosjektleder
Pasienter og pårørende	Informasjon og forventningsavklaring	Kommunale kanaler	Ved utskriving	Kommune
Brukerutvalg	Pasientperspektiv og trygghet	Møter / dialog	Ved milepæler	Prosjektleder
Andre referansegrupper	Innspill til utvikling	Dialog	Ved behov	Prosjektleder
Media / offentlighet	Overordnet informasjon om prosjektet	Pressehenvendelser / nettsider	Ved behov	Prosjektleder / prosjekteier
Helse Nord RHF	Fremdrift og bruk av midler	Rapportering	I tråd med krav	Prosjektleder

9.3 Videre arbeid med interessentanalyse og kommunikasjonsplan

Interessentoversikten og kommunikasjonsplanen skal videreutvikles og brukes aktivt i prosjektgruppen gjennom hele prosjektperioden. Arbeidet skal bidra til god forankring, tydelig rolleforståelse og hensiktsmessig involvering av relevante aktører.

Kommunikasjonsplanen skal konkretisere målgrupper, budskap, kanaler og ansvar, og skal benyttes som et verktøy for forventningsavklaring og dialog, særlig i forbindelse med endrede

pasientforløp, samhandlingspraksis og ekstern kommunikasjon. Oversikten er ikke uttømmende og vil bli oppdatert ved behov, blant annet ved endringer i prosjektets omfang, organisering eller fase.

10 Budsjett og finansiering

Dette kapitlet beskriver prosjektets budsjettrammer og forutsetninger for finansiering. Budsjettet er utarbeidet med utgangspunkt i tildelte midler gjennom rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Helse Nord, og er tilpasset pilotering av interkommunale kartleggingsteam med oppstart april 2026.

Prosjektet er tildelt 4,6 mill. kroner i rekrutterings- og samhandlingsmidler. Finansieringen er lagt til rette for om lag ett års drift, med mulighet for å søke om forlengelse. Budsjettet er utarbeidet på et overordnet nivå og vil videreutvikles og justeres i prosjektgruppen i takt med konkretisering av prosjektets aktiviteter, organisering og valg av modell for prosjektledelse.

Budsjettet i prosjektplanen bygger på rammen som ble lagt til grunn i søknaden om rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Søknadsbudsjettet var utarbeidet for en flerårig prosjektperiode og på et overordnet nivå. I prosjektplanen er budsjettet konkretisert for pilotfasen og tilpasset faktisk oppstart, organisering og omfang i første prosjektår. Eventuelle justeringer i fordeling mellom budsjettposter er gjort innenfor tildelt ramme og endrer ikke prosjektets økonomiske hovedforutsetninger.

10.1 Overordnede forutsetninger

Budsjettet bygger på følgende forutsetninger:

- Etablering av fire interkommunale kartleggingsstillinger, to ved hver sykehuslokasjon (Rana og Sandnessjøen)
- Årslønn per stilling på ca. 900 000 kroner, med pilotperiode på ca. 11 måneder
- Prosjektledelse med høyere ressursbruk i oppstarts- og tidlig pilotfase, og redusert behov utover året
- Egen budsjettpost for reise, møter og samhandling
- Midler til etablering av operativt samhandlingsrom ved sykehuslokalasjonene
- Avsetning til administrative og uforutsette kostnader for å sikre nødvendig fleksibilitet i pilotfasen

Budsjettpost	Estimert kostnad	Forklaring
Lønn – interkommunale kartleggingsstillinger (4 stk)	3 300 000	Årslønn ca. 900 000 kr, pilotperiode ca. 11 mnd
Prosjektledelse	600 000	Samlet ramme for prosjektledelse. Intern løsning des.–feb. Fra mars leveres prosjektledelse som ekstern tjeneste, med samme prosjektleder leid inn via konsultentselskap for å sikre kontinuitet

Budsjettpost	Estimert kostnad	Forklaring
Reise, møter og samhandling	350 000	Reise for prosjektgruppe inkludert prosjektleder, kostnader tilknyttet fysiske møter og samhandling
Utstyr og etablering av samhandlingsrom	200 000	Teknisk utstyr og tilrettelegging ved sykehus
Administrative kostnader og uforutsett	150 000	Buffer for justeringer og uforutsette behov
Sum	4 600 000	

10.3 Prosjektledelse

Prosjektledelsen ivaretas i oppstartsfasen som en intern løsning i perioden desember–februar, gjennom frikjøp av prosjektleder fra deltakerkommune. Fra og med mars organiseres prosjektledelsen gjennom innleie fra konsultentselskap etter gjennomført anskaffelsesprosess. Samme prosjektleder videreføres i rollen gjennom innleie, noe som sikrer kontinuitet i prosjektets gjennomføring.

Det legges til grunn en dagsats på om lag 7 500 kroner ekskl. merverdiavgift (mva. refunderes og inngår derfor ikke i prosjektets reelle kostnadsramme).

Det er lagt til grunn:

- ca. 8 dager per måned (≈40 %) i perioden mars–juni
- ca. 6 dager per måned (≈30 %) fra august og ut året

Behov og organisering av prosjektledelse skal vurderes på nytt i mai/juni 2026, basert på erfaringer fra oppstarts- og tidlig pilotfase.

10.3 Egeninnsats og medfinansiering

I tillegg til tilskuddsmidlene bidrar deltakerkommuner, vertskommuner og Helgelandssykehuset med betydelig egeninnsats. Egeninnsatsen består hovedsakelig av arbeidstid og ressurser som stilles til disposisjon innenfor eksisterende rammer, herunder deltakelse i styringsgruppe, prosjektgruppe og faglige arbeidsprosesser, samt tilrettelegging av lokaler og infrastruktur.

Egeninnsatsen er ikke tallfestet i prosjektets tilskuddsbudsjett, men utgjør et vesentlig bidrag til prosjektets gjennomføring og forankring.

10.4 Videre arbeid med budsjett

Et mer detaljert budsjett, herunder fordeling av prosjektlederkostnader basert på valgt modell, skal utarbeides i samarbeid med prosjektgruppen og legges frem for styringsgruppen. Budsjettet vil deretter benyttes som styringsverktøy i prosjektets gjennomføringsfase og oppdateres ved behov.

Prosjektleder har ansvar for løpende budsjettoppfølging og rapportering i tråd med krav fra prosjekteier og styringsgruppe.

11 Avslutning og videre oppfølging

Denne prosjektplanen beskriver bakgrunn, mål, organisering, innhold og rammer for prosjektet *Trygt hjem- Interkommunale kartleggingsteam for Helgeland*. Planen er utarbeidet for å gi et helhetlig og forpliktende grunnlag for etablering og pilotering av en interkommunal modell som skal bidra til tryggere, mer sammenhengende og mer likeverdige pasientforløp i regionen.

Prosjektet tar utgangspunkt i kjente utfordringer knyttet til overganger mellom sykehus og kommuner, og bygger på erfaringer fra eksisterende modeller og tidligere samhandlingsprosjekter. Gjennom tydelig rolle- og ansvarsavklaring, systematisk kartlegging før utskriving og styrket samhandling, skal prosjektet legge til rette for bedre pasientopplevelse, redusert belastning på tjenester og mer effektiv ressursbruk.

Prosjektplanen er et styringsdokument på overordnet nivå. Flere elementer, herunder detaljerte rutiner, prosessbeskrivelser, risikoreduserende tiltak, kommunikasjonsplan og aktivitets- og fremdriftsplan, skal videreutvikles i prosjektgruppen i løpet av prosjektperioden og forankres i styringsgruppen.

Ved godkjenning av prosjektplanen går prosjektet over i gjennomføringsfase. Prosjektleder har ansvar for å operasjonalisere planen i samarbeid med prosjektgruppen, og for å rapportere status, fremdrift, risiko og avvik til styringsgruppen i tråd med prosjektets styringsstruktur.

Prosjektet skal gi et solid kunnskapsgrunnlag for vurdering av videre drift, organisering og finansiering av det interkommunale kartleggingsteamet etter prosjektperioden. Eventuell videreføring forutsetter egne beslutninger i kommunene og i samarbeid med Helgelandssykehuset, basert på erfaringer, evaluering og dokumenterte effekter fra prosjektet.