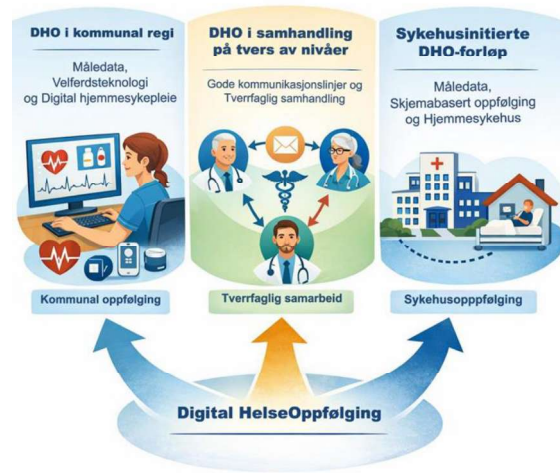


Fremtidens pasientforløp - enhet for samhandling og digitale helsetjenester



Deltagende kommune: Vefsn

Deltagende HF: Helgelandssykehuset

Mål og målgruppe

Prosjektet skal utvikle og forbedre pasientforløp for skrøpelige eldre, kronisk syke og pasienter i lange behandlingsløp. Målet er å sikre mer helhetlige tjenester gjennom styrket samhandling mellom **Vefsn kommune** og **Helgelandssykehuset**, samt økt bruk av digitale oppfølgings tjenester.

Prosjektet skal legge til rette for:

- riktig bruk av kompetanse og ressurser
- tjenester på riktig omsorgsnivå
- økt pasientsikkerhet og bedre pasientopplevelser

Hva skal gjennomføres. Det skal utvikles **digitale verktøy** og **tjenestemodeller** som **styrker samhandlingen** rundt kronisk syke, skrøpelige eldre og pasienter med langvarige behandlingsforløp. Målet er å sikre behandling på laveste effektive omsorgsnivå.

Tiltakene rettes i første omgang mot Vefsnregionen, med mulighet for regional utvidelse på sikt. Prosjektet vil omfatte oppfølgende og ambulerende tjenester, særlig for kronikere, skrøpelige eldre og pasienter med komplekse og langvarige behov.

Forventet effekt og nytte. Tiltakene forventes å redusere unødvendig bruk av akuttmedisinske tjenester både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, samt redusere behovet for kommunale omsorgstjenester.

Videre vil løsningene gi pasientene bedre forutsetninger for å mestre egen helsesituasjon. De vil bidra til å aktivere pasienten der det er mulig og øke tryggheten i hverdagen, spesielt for personer med kronisk sykdom og skrøpeligheit.

Prosjektet vil styrke samhandlingen mellom **pasient, fastlege, hjemmetjeneste og sykehus**, og legge til rette for **sømløse tverrfaglige pasientforløp** som er tilpasset den enkeltes behov.

Søkelys på endringer i:

- Antall hjemmebesøk og fysiske konsultasjoner hos fastlege.
- Tidsbruk i hjemmetjenesten
- Bruk av legevakt
- Bruk av pre-hospitale tjenester
- Innleggelses i spesialisthelsetjenesten
- samhandlingsavvik

Pasienttilfredshet og egenmestring

Det skal måles:

- Opplevelse av digital oppfølging
- Nytte og tilgjengelighet av digitale verktøy
- Opplevd mestring av egen helse

Finansiering:

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

Evt. endringer i budsjett- finansieringsplan:

- Total ramme: **3,9 millioner kroner** for 2026. Vi søkte om finansiering i 5 år, og fikk innvilget RS midler til en forprosjektfase i et år. Ved behov for å forlenge prosjektperioden har vi en plan for å søke om ytterligere finansiering for prosjektet.

Brukermedvirkning i prosjektet: Har forankret prosjektet i brukerutvalget til Helgelandssykehuset, og fått egen brukerrepresentant koblet på prosjektet. Han kobles på ulike arbeidsgrupper når den endelige strukturen for disse gruppene er satt, i løpet av juni 2026.

Milepælsplan:

Q1 2026: utarbeidelse av prosjektplan og forankringsarbeid på ledernivå

Q2 2026: Tverrfaglig tilnærming med fokus på utvikling av samarbeid mellom sykehus, hjemmesykepleie, innsatsteam og kommunalt fastlegekontor. Etablering av arbeidsgrupper i de ulike fagmiljøene.

Q3 2026: utarbeide tjenestemodeller for digitale tjenester på fastlegekontor, i hjemmetjeneste og DHO sykehus, koble disse sammen

Q4 2026: pilotere, evaluere og justere.

Status pr. 22.5.2026:

- **Forankret prosjektet på ulike ledernivå i sykehus og kommunehelsetjenesten**
- **Opprettet tverrfaglig arbeidsgruppe i kommunen** med e-helse- ressurs, avdelingsledere fra legetjenesten og hjemmetjenesten og ressurs på kartlegging. Fast møtepunkt hver 3. uke
- **Opprettet arbeidsgruppe for DHO legekantor**

oppstart mai 2026.

arbeidsoppgaver: ressurssetting og utarbeidelse av tjenestemodell for DHO på fastlegkontor, lage egne pasientporteføljer for sykepleier på fastlegkontor med fokus på kronisk syke, skrøpelige eldre og pasienter i lange behandlingsforløp.

- **Opprettet arbeidsgruppe for DHO hjemmetjeneste**

oppstart mai 2026

arbeidsoppgaver: ressurssetting og utarbeidelse av tjenestemodell for DHO hjemmetjeneste og behov for verktøy.

- **Opprette arbeidsgrupper i sykehus:** DHO hjertesvikt sykehus, DHO lungesyke sykehus, DHO Diabetes sykehus, DHO sårbehandling sykehus, DHO Parkinson sykehus, DHO palliasjon.
Forankringsarbeid på ledernivå pågår.

arbeidsoppgaver: ressurssetting og utarbeidelse av tjenestemodeller og behov for verktøy

Parallelt med arbeidsgruppe-arbeidet jobber vi med kunnskapsgrunnlag og innhenting av erfaringer fra andre prosjekter/ lignende driftsmodeller i Norge, her er de ulike arbeidsgruppene koblet på det som er aktuelt for dem.

Hvordan kan prosjektet bidra til bærekraft

Forventet nytteverdi: bedre pasienttilfredshet, redusert tid til behandling på legekantor, bedre kvalitet i pasientbehandlingen og økt pasientsikkerhet. Justering av eksisterende pasientforløp forventes å gi bedre ressursutnyttelse og dermed bedre kapasitet i kommuner og sykehus.

Hva er de 3 viktigste erfaringene å dele med andre?

- **Tidlig og bred forankring er avgjørende for fremdrift**

Prosjektet har prioritert forankring både på ledernivå og i fagmiljøene fra start, samt etablert flere tverrfaglige arbeidsgrupper tidlig.

👉 Læringspunkt:

Å involvere ledelse, fagpersoner og brukerrepresentanter tidlig gir eierskap, bedre koordinering og mindre motstand senere i prosjektet. Dette er spesielt viktig i prosjekter som går på tvers av kommune og sykehus. Opparbeide tillit fremstår som et nøkkelpunkt.

- **Tverrfaglig struktur med tydelig arbeidsdeling gir bedre utvikling av tjenester**

Prosjektet har delt arbeidet inn i egne arbeidsgrupper (DHO fastlegkontor, DHO hjemmetjeneste, DHO sykehus) med klare mandat knyttet til ressursbruk og tjenestemodeller.

👉 Læringspunkt:

Å organisere utviklingsarbeid i dedikerte, fagspesifikke grupper gir mer treffsikre løsninger, samtidig som koordinering på tvers sikrer helhetlige pasientforløp.

- **Kontinuerlig evaluering og pilotering reduserer risiko og øker kvalitet**

Planen legger opp til å teste (pilote), evaluere og justere før full implementering, med tydelige måleparametere (ressursbruk, pasientopplevelse og tjenesteforbruk).

👉 Læringspunkt:

Småskala utprøving kombinert med systematisk måling gjør det mulig å justere tidlig, dokumentere effekt og bygge et solid grunnlag for videre drift og finansiering.

Plan for evaluering og overgang til ordinær drift

Vi evaluerer og justerer underveis, holder arbeidsgruppene oppdatert på fremdrift i andre aktuelle grupper siden alt henger sammen. Når vi har pilotert, evaluert og justert, utarbeider vi en rapport for anbefaling av hvordan vi kan sette denne tjenesten ut i drift.

Prosjektets kontaktpersoner:

Eva.bjorhusdal@helgelandssykehuset.no

Marit.osima@vefsn.kommune.no