

Oppdrag TB2025 -107

Prosjekt X

Statusrapport per 01.02.26

FORORD

Regjeringen har varslet arbeid med en helsereform som skal gi bedre sammenheng i helse- og omsorgstjenestene. En del av reformarbeidet skal bygge på erfaringer fra utprøvingsarbeid mellom kommuner og sykehus, der tjenestene prøver ut nye måter å samarbeide på. 14 utprøvingsprosjekt er løftet frem i Prosjekt X.

Helsedirektoratets oppdrag i forbindelse med Prosjekt X er todelt (TB2025-107):

- Del 1: Direktoratet skal følge med på utprøvingene, oppsummere erfaringer og identifisere læringspunkter.
- Del 2: Direktoratet skal bistå utprøvingene med avklaring/veiledning innenfor sine virkemidler, herunder forholdet til forsøksloven og identifisering av ev. behov for fritak eller regelverksendringer.

Denne rapporten er relatert til første del av oppdraget.

Oppdragets del 1 skal munne ut i en rapport som oppsummerer erfaringer og læringspunkter fra de 14 utprøvingsprosjektene. I henhold til konkretisering av oppdrag mottatt 15. januar, skal direktoratet fokusere på effekter av prosjekter der det er mulig. I tillegg skal direktoratet kartlegge og vurdere økonomiske, digitale, juridiske, organisatoriske og personellmessige barrierer knyttet til modeller i utprøvingene. Av utprøvingene som er kommet langt nok til å kunne hente ut effekter, skal det vurderes om modellene er egnet for skalering og nasjonal innføring, herunder barrierer og forutsetninger for innføring.

Som del av konkretisering av oppdragets første del, har Helse- og omsorgsdepartementet bedt om en statusrapport for utprøvingene i Prosjekt X. Denne rapporten svarer ut denne forespørselen, og inneholder følgende:

- Tiltak og målgruppe.
- Målsettinger for prosjektet og ønskede effekter.
- Orientering om prosjektet har planlagt egen evaluering.
- Status/ «løypemelding» for prosjektet som beskriver hvilken fase prosjektet er i. Dette bør i tillegg gi innsikt i hvilken informasjon som kan hentes ut av direktoratet og når (milepælsplan).

Departementet ber i tillegg om at Helsedirektoratet identifiserer hvilke prosjekter som har potensial for rask utprøving, og som samtidig må benytte Forsøksloven for å komme videre.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	4
2	STATUS PÅ PROSJEKTENE I PROSJEKT X	5
2.1	Overordnet status	5
2.2	Status per prosjekt	5
3	FORUTSETNINGER FOR STATUSRAPPORTEN	15
4	VURDERINGER AV BARRIERER OG EGNETHET FOR SKALERING	15
4.1	Barrierer	15
4.2	Vurdering av egnethet for skalering og nasjonal innføring	17
5	Prosjekter med raskt piloteringspotensial – mulige behov for unntak fra regelverk.....	18
5.1	Piloter vurdert som mest aktuelle.....	18
5.2	Kort anbefaling	19
6	ARBEIDET VIDERE	19
7	VEDLEGG	19
7.1	Informasjon om status sendt inn fra prosjektene i Prosjekt X	19

1 SAMMENDRAG

Overordnet status

Prosjektene rapporterer god aktivitet, men varierende modenhet. Flere tiltak er i aktiv pilot/implementering (bl.a. Østfold: Integrerte helsetjenester; Vestfold: Én vei inn; Lillehammer: Bo trygt hjemme), mens andre er i innsikt/konsept eller tidlig utprøving (f.eks. Lofoten: LofotENhelsetjeneste; Midt-Troms: Hvor er samhandlingsrommet; Voss: Samhandling og senter for kvinnehelse). Felles ambisjon er bedre samhandling, riktigere nivåplassering og mer sammenhengende pasientforløp, med nye team- og forløpsmodeller og utvikling av digitale støtteverktøy. Konklusjoner om effekt og skalerbarhet må avvente resultater fra utprøvingene og avklaringer av identifiserte barrierer.

Barrierer

Gjennomgående hindringer omfatter juridiske rammer (taushetsplikt/ansvar, rettighetsvurdering), digital infrastruktur (EPJ-integrasjoner, legemiddeloversikt, sanntidsdata), organisatoriske forhold (styringslinjer, ulik modenhet/kapasitet), finansiering/insentiver (ISF/takster, frikjøp, kostnads-/gevinstfordeling), personell (nøkkelkompetanse) og måling (kodeverk, KPR, NPR). Dette påvirker tempo og omfang i pilotene og kan kreve bruk av Forsøksloven for reell testing.

Prosjekter med høy modenhet

Fire prosjekter peker seg ut med tanke på modenhet. Dette gjelder Østfold: Integrerte helsetjenester, Ahus og kommuner; Integrerte helsetjenester, Lillehammer: Bo trygt hjemme og Vestfold: Én vei inn. Samtidig rapporterer disse prosjektene om konkrete juridiske hindringer som gjør det aktuelt å vurdere om det bør gis unntak fra gjeldende regelverk.

Forutsetninger

Vurderingene i denne rapporten bygger utelukkende på egenrapportert status fra prosjektene, mottatt i januar 2026.

Arbeidet videre

Helsedirektoratet skal i løpet av februar gjennomføre 1–1-møter med prosjektene for dypere innsikt og planlegge videre informasjonsinnhenting. Vurdering av egnethet for skalering og nasjonal innføring, inkludert barrierer og forutsetninger, gjøres sammen med de regionale helseforetakene og KS.

2 STATUS PÅ PROSJEKTENE I PROSJEKT X

2.1 Overordnet status

Basert på prosjektenes innsendte status per januar er det god aktivitet i alle regioner, men med betydelig variasjon i modenhet og fase. Flere tiltak er i aktiv pilotfase/implementeringsfase (bl.a. Østfold: Integrerte helsetjenester; Vestfold: Én vei inn; Lillehammer: Bo trygt hjemme), mens andre befinner seg i innsiktsfase/konseptfase eller tidlig utprøving (f.eks. Lofoten: LofotENhelsetjeneste; Midt-Troms: Hvor er samhandlingsrommet; Voss: Samhandling og senter for kvinnehelse). Felles ambisjon er bedre samhandling, riktigere nivåplassering og mer sammenhengende pasientforløp, ofte understøttet av nye team- og forløpsmodeller og utvikling av digitale støtteverktøy.

Samtidig rapporteres gjennomgående strukturelle hindringer som påvirker tempo og omfang: begrenset informasjonsdeling på tvers av nivåer (taushetsplikt/ansvarsforhold), fragmentert digital infrastruktur (EPJ-integrasjoner, legemiddeloversikt, PLO-meldinger, fravær av sanntidsdata), samt finansierungs- og insentivmodeller som i liten grad understøtter tverrgående team og felles mottak. Flere tiltak viser til at videre fremdrift kan kreve forsøksbestemmelser for å teste modellene i praksis.

Samlet peker innrapporteringen på godt faglig engasjement og lokal forankring, utviklingsorienterte piloter og planlagte egevalueringer, men også at konklusjoner om effekt og skalerbarhet må avvente resultater fra utprøvingene og avklaringer av de identifiserte barrierene.

2.2 Status per prosjekt

Helsedirektoratet har innhentet informasjon fra de 14 prosjektene om

- Tiltak og målgruppe.
- Målsettinger for prosjektet og ønskede effekter.
- Orientering om prosjektet har planlagt egen evaluering.
- Status for fremdrift og hvilken fase prosjektet er i, spesielt med tanke på innsikt i hvilken informasjon som kan hentes ut av Helsedirektoratet og når
- Hindringer for å nå ønsket mål og effekt

Basert på den informasjonen direktoratet har mottatt fra prosjektene i januar 2026, har vi gjort noen foreløpige vurderinger om hvilken informasjon som kan samles inn fra prosjektene, og når vi kan hente ut denne informasjonen. Dette bildet vil kompletteres underveis og etter hvert som direktoratet har dialog med utprøvingsprosjektene. Særlig 1:1 møtene med de 14 prosjektene som planlegges i februar-mars vil være nyttig i den forbindelse.

Oversikten nedenfor viser hvilken fase det enkelte prosjekt har rapportert at de befinner seg i per januar 2026. Oversikten gir også et samlet bilde av hvor prosjektene plasserer seg i faser fra idé og konsept til utprøving, utvidet utprøving og innføring.

Navn på prosjekter	Status faser				
	I oppstart	Konsept	Utpøving	Utvidet utpøving	Innføring
Agder: Eldre Agder			3		
Ahus og kommuner: Integrerte helsetjenester					5
Førde: Integrerte helsetjenester for barn og unge i Nordfjord		2			
Helgeland: Interkommunalt innsats- og vurderingsteam		2			
Kongsberg: Samhandlingsarena Kongsberg		2			
Lillehammer: Bo trygt hjemme med integrerte tjenester				4	
Lofoten: LofotENhelsetjeneste	1				
Midt-Troms: Hvor er samhandlingsrommet?	1				
Oslo: Bedre svangerskaps-, føde- og barseltjenester	1				
Tromsø/Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)		2			
Trøndelag: Etablering av sikkerhetsboliger for personer med sammensatte behov		2			
Vestfold: Én vei inn			3		
Voss: Samhandling og senter for kvinnehelse		2			
Østfold: Integrerte helsetjenester			3		

Direktoratet vurderer at alle de 14 prosjektene vil kunne si noe om barrierer for gjennomføring og måloppnåelse. Foreløpige barrierer er oppsummert i kapittel 4.

Om direktoratet kan si noe om effekter, herunder både positive (nyttevirkninger) og negative effekter (kostnadsvirkninger), vil variere og avhenger av hvor langt utpøvingssprosjektene har kommet i løpet av Q2 2026. Merk at i denne sammenheng, er kostnadsvirkninger virkninger som reduserer velferden for én eller flere grupper i samfunnet, og omfatter ikke kun de kostnadsvirkningene som kan anslås i kroner og øre. Det vil også kunne være enklere å gjøre gode vurderinger av effekter for de utpøvingene som gjennomfører egne målinger og evalueringer innen Q2 2026.

Nedenfor følger en **kort oppsummering per prosjekt**, samt en foreløpig vurdering av hvilken informasjon direktoratet kan innhente fra prosjektene og når. For detaljer vises til vedlegg 1.

Prosjektnavn: Agder: Eldre Agder

Eier (RHF)	HSØ/Sørlandet sykehus i samarbeid med 25 kommuner i Agder
Målgrupper	Eldre innbyggere 65+, personer i risiko for skrøpeligheit; kommunal og spesialisthelsetjeneste i Agder
Kort beskrivelse	Består av tre delprosjekter: • P0 Felles helsedata på tvers av kommuner og sykehus • P1 Videreutvikle, implementere og evaluere bruk av WHO-rammeverket ICOPE i kommuner, ved legekantor og spesialisthelsetjenesten • P2 Predikere fremtidig behov for helsetjenester og identifisere kommende storforbrukere for riktig innsats til rett tid.
Mål/effekter	Tidlig identifisering og håndtering begynnende skrøpeligheit, styrke iboende kapasitet, riktigere tjenestebrok og effektiv personellbruk, samt felles data- og prediksjonsverktøy som identifiserer grupper der prognose og evne til å klare seg hjemme kan forbedres.

Egenevaluering	P1: Evaluering basert på MRC-rammeverk, planlagt effektstudie (RCT). P2: Effektstudie (RCT) er planlagt
Status/fase	Prosjektet er i utprøving . Prosjektet har i 2026 planlagt å analysere data og oversette ICOPE-rammeverket, og teste i to kommuner. I 2027 planlegges utprøving/intervensjon.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	På nåværende tidspunkt vurderes prosjektet å være i en fase der det foreligger begrenset grunnlag for å rapportere effekter innen høsten 2026. Det vurderes imidlertid som realistisk å kunne hente ut erfaringsbasert kunnskap knyttet til gjennomføring, organisering og identifiserte barrierer frem mot sommeren 2026.

Prosjektnavn: Ahus og kommuner: Integrerte helsetjenester

Eier (RHF)	HSØ/ Helsefellesskapet Ahus og kommuner
Målgrupper	Eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester
Kort beskrivelse	Prosjektet etablerer tverrfaglig oppfølgingsteam på tvers av tjenestenivåer for pasienter med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester. Tjenestemodellen omfatter kartlegging av pasientens behov, mål og risikoområder, samt utarbeidelse av individuell plan. Prosjektet har utviklet og tatt i bruk digitale støtteverktøy for identifisering/forløp/resultat.
Mål/effekter	Bedre livskvalitet og helse- og mestringstjenester til pasienter med sammensatte behov; Bedre koordinering, involvering og trygghet for pasientene. Økt samarbeid og bedre pasientflyt mellom kommune, sykehus og fastlege. Mindre akuttbruk i helsetjenesten og mer effektiv ressursbruk for samfunnet.
Egenevaluering	Sluttrapport levert i 2025. Ingen flere evalueringer er planlagte.
Status/fase	Overført til drift 1.1.2025. Bredding av IHT-eldre til helsefellesskapet i 2026, Forsterket hjemreise i pilot 2025–2027, Arrangere og lede læringsnettverk 2025-2027, IHT til nye pasientgrupper/oppstart av pilotprosjektet IHT multibrukere 2025-2027
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når:	Da prosjektet er i drift og skal innføres i resterende kommuner i helsefellesskapsområdet, forventes det at det allerede kan hentes ut informasjon om resultater og effekter, barrierer og andre læringspunkter.

Prosjektnavn: Førde: Integrerte helsetjenester for barn og unge i Nordfjord

Eier (RHF)	HV/Helse Førde og kommunene Stryn, Stad, Gloppen og Kinn
Målgrupper	Hovedmålgruppen er barn og unge i barneskolealder med særskilt fokus på overgangen mellom barnehage og skole. I tillegg omfattes deres familier samt ansatte i helse- og oppvekstsektoren og spesialisthelsetjenesten.

Kort Beskrivelse	Prosjektet skal utvikle, prøve og evaluere integrerte samarbeidsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for barn og unge i barneskolealder.
Mål/effekter	Styrke det forebyggende og tidlig innsatsarbeidet for barn og unges psykiske helse, Ønskede effekter er bedre samordnet oppfølging, økt mestring og tilhørighet, bedre samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. På lengre sikt redusere behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten
Egenevaluering	Planlagt evaluering av pilot innen utgangen av 2027.
Status/fase	Arbeidet befinner seg nå i en innsiktsfase og utviklingsfase . Pilotering planlagt gjennomført i skoleåret 26/27.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Prosjektet vurderes å være i en tidlig fase, og det forventes ikke at de vil ha noen erfaring med effekter innen sommeren 2026. Resultater fra pilotprosjektet kan først hentes ut i 2027.

Prosjektnavn: Helgeland: Interkommunalt innsats og vurderingsteam

Eier (RHF)	HN/Helgelandssykehuset og kommuner (vertskommuner: Alstahaug og Rana)
Målgrupper	Inneliggende pasienter med forventet behov for kommunale tjenester
Kort beskrivelse	Prosjektet skal etablere to interkommunale kartleggingsteam; ett ved sykehuset i Rana og ett ved sykehuset i Sandnessjøen, som begge er bemannet med kommunalt ansatte for tidlig kartlegging av pasienter som forventes å ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning
Mål/effekter	Sikre trygge og helhetlige pasientforløp fra innleggelse til hjemreise redusere antall overliggerdøgn i sykehus. Øke andel pasienter som kan skrives ut direkte til hjemmet. Forebygge unødvendige reinnleggelser. Bidra til likeverdige tjenester på tvers av kommuner på Helgeland og legge grunnlag for mer bærekraftig ressursbruk.
Egenevaluering	Prosjektet planlegger evaluering (kvalitative og kvantitative måleindikatorer) i juni 2026 for å vurdere erfaringer fra pilotperioden.
Status/fase	Prosjektet er i oppstarts- og etableringsfase ; pilot i operativ drift planlagt fra april 2026. Deretter videre pilot 2027.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Basert på prosjektets fremdriftsplan vurderes det som mulig å hente ut noe informasjon/erfaringer fra prosjektets pilotperiode etter første evaluering i juni 2026. Dette vil fremdeles være relativt tidlig i piloten, så det tas forbehold om at erfaringsgrunnlaget er begrenset. Dette vil kunne påvirke i hvor stor grad det kan vurderes egnethet for skalering.

Prosjektnavn: Kongsberg: Samhandlingsarena Kongsberg

Eier (RHF)	HSØ/Vestre Viken og Kongsberg kommune (+ partnere)
Målgrupper	Alle pasientgrupper og samhandlingsaktører, inkl. innbyggere, ansatte, fastleger, næringsliv og akademia
Kort beskrivelse	Etablere, teste og skalere en samhandlingsmodell mellom kommune, spesialisthelsetjeneste, innbyggere og eksterne partnere
Mål/effekter	Sikre bedre tilgang og kvalitet gjennom økt pasientsikkerhet, høyere helserelatert livskvalitet, sømløse tjenester og mer behandling i innbyggerens hjem. Øke behandlet volum uten økning i årsverk ved å endre arbeidsdeling, forbedre prosess, teknologi- og datastøtte. Rett tjeneste, på rett nivå og til rett tid. Redusert kostnad pr pasientforløp og lavere reinnleggelse.
Egenevaluering	Delprosjekter med egne evalueringsplaner; samlet evaluering i forprosjekt; Universitet i Sørøst-Norge som partner.
Status/fase	Prosjektet er nå i slutten av en etableringsfase (fase 1 Q1-25–Q2-26), og skal høsten 2026 gjennomføre første bølge av piloter (fase 2 Q3-Q4-26). I 2027 går prosjektet inn i fase 3 konsolidering/skalering.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Prosjektet vurderes å være i en tidlig fase, og det forventes ikke at det vil foreligge erfaringer med effekter innen sommeren 2026. Det vil kunne være mulig å hente inn noe informasjon om barrierer og andre læringspunkter.

Prosjektnavn: Lillehammer: Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester

Eier (RHF)	HSØ/Sykehuset Innlandet og Lillehammer kommune, Helsefellesskapet og Helseregion Sør-Gudbrandsdal
Målgrupper	Hjemmeboende eldre og funksjonshemmede ; pasienter med behov for ø-hjelp i «gråsonen» mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten; kronikere/multimorbide pasienter med stort bistandsbehov og hyppige innleggelser
Kort beskrivelse	Prosjektet skal utvikle og prøve ut integrerte og sammenhengende tjenester for hjemmeboende eldre og funksjonshemmede, med særlig vekt på samhandling mellom hjemmetjeneste, legetjeneste, ambulanse, helsehus og sykehus. Prosjektet er organisert i ulike arbeidspakker: trygghetspatrulje, legevaktbil, VIP-pasienter, digitalisering, akuttkjede, kompetanse/samtrening og beredskap (ny arbeidspakke 2026).
Mål/effekter:	Hjemmeboende eldre og funksjonshemmede skal oppleve trygghet ved å kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker, med integrerte og sammenhengende tjenester fra hjemmetjeneste, legetjeneste (legevakt og fastlege), ambulanse, helsehus og sykehus. Flere pasienter/brukere får hjelp i eget hjem og unngår unødvendig transport og unødvendige innleggelser i sykehus.

Egenevaluering	Igangsatt følgeevaluering med bistand fra Universitetet i Innlandet. Egen evaluering av arbeidspakke Legevaktbil. Vil bli gjennomført minimetodevurdering for videre pilotering VIP. Alle arbeidspakkene har løpende evaluering med justeringer og tilpasninger underveis.
Status/fase	Prosjektet er i gjennomførings- og utprøvningsfase . Alle arbeidspakker er etablert og godt i gang. Ny arbeidspakke for beredskap er under etablering.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Prosjektet har kommet relativt langt i utprøving av flere tiltak, og det forventes at det er mulig å hente ut informasjon om foreløpige resultater og erfaringer knyttet til tjenesteforbruk og samhandling innen sommeren 2026.

Prosjektnavn: Lofoten: LofotENhelsetjeneste

Eier (RHF)	HN /Nordlandssykehuset og kommunene Moskenes, Flakstad, Vestvågøy og Vågan
Målgrupper	Innbyggere i Lofoten; særlig personer med sammensatte og langvarige behov
Kort beskrivelse	Utvikle en ny modell for helsetjenestesamordning i distrikts-Norge med overføringsverdi til andre regioner.
Mål/effekter	Sammenhengende pasientforløp; mer effektiv bruk av helsepersonell og kompetanse, redusere unødige overganger, ventetid og dobbeltarbeid mellom tjenestenivåene. Legge grunnlag for langsiktig, strukturert samarbeid mellom kommunene og sykehuset.
Egenevaluering	Evaluering planlagt i 2027
Status/fase	Svært tidlig fase ; prosjektorganisasjon etableres og utlysning prosjektleder klar. Ifølge fremdriftsplan skal kartlegging og modellutvikling gjøres i 2026.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Siden arbeidet er i en svært tidlig fase forventes det ikke at det kan hentes ut noe informasjon om effekter i 2026. Det vil kunne være mulig å hente inn informasjon om barrierer.

Prosjektnavn: Midt-Troms: Hvor er samhandlingsrommet?

Eier (RHF)	HN/Universitetssykehuset i Nord-Norge (DMS) og 7 kommuner i Midt-Troms
Målgrupper	Pasienter i prioriterte grupper med kroniske og komplekse tilstander som kan bo hjemme og motta behandling og oppfølging i kommunehelsetjenesten, med støtte fra spesialisthelsetjenesten og digitale løsninger.

Kort beskrivelse	Prosjektet skal utforske og tydeliggjøre samhandlingsrommet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, med utgangspunkt i konkrete pasientforløp og tjenesteområder der behandling og oppfølging kan skje i kommunen med faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten.
Mål/effekter	Identifisere helhetlige, sammenhengende og bærekraftige pasientforløp for prioriterte grupper, der pasienter i større grad kan få behandling og oppfølging i eget hjem, i kommunale tjenester, ved digital hjemmeoppfølging eller i kombinasjon med spesialisthelsetjenesten. Bedre ressursutnyttelse, tydeligere ansvarsdeling, og redusert risiko for at pasienter opplever brudd i forløp eller blir «kasteballer»
Egenevaluering	Forsknings- og evalueringsdesign skisseres i forprosjekt; effektevaluering i pilot.
Status/fase	Tidlig fase; etablert med konstituert styringsgruppe og arbeidsgruppe. Mandat, leveranser og metodisk tilnærming avklart. Prosjektet er forsinket sammenlignet med opprinnelig plan, men vurderes å ha fått en bedre forankring. Forprosjekt og konsept i 2026.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Siden arbeidet er i en tidlig fase, vil ikke informasjon om effekter på pasient- eller systemnivå i være tilgjengelig i 2026. Informasjon om barrierer vil kunne innhentes i 2026.

Prosjektnavn: Oslo: Bedre svangerskaps-, fødsels- og barseltjenester

Eier (RHF)	Oslo kommune v/Byrådsavd. Helse, i samarbeid med Oslo universitetssykehus og Ahus
Målgrupper	Gravide kvinner og familier samt helsepersonell i forløpet (jordmødre, leger med flere)
Kort beskrivelse	Prosjektet skal utrede, utvikle og utprøve en modell for helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels-, og barselstilbud i Oslo innen dagens rammer.
Mål/effekter	Sammenhengende tilbud i hele forløpet; sikre bedre/effektiv ressursbruk. Nasjonal læring/overføringsverdi skal også vurderes
Egenevaluering	Planlagt evaluering av piloten (evalueringsansvar avklares).
Status/fase	Oppstart 30.1.2026; innsikt jan–mars; modell/plan før sommer; pilot høst 2026; ev. oppskalering 2027
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Prosjektet er i oppstartsfase , og informasjon om effekter vil ikke være tilgjengelig i 2026. Det vil kunne være mulig å hente inn informasjon om identifiserte barrierer.

Prosjektnavn: Tromsø/UNN: Eldreløftet – «tjenesten fra samme hus»

Eier (RHF)	HN/ Universitetssykehuset i Nord-Norge og Tromsø kommune (med flere kommuner)
Målgrupper	Skrøpelige eldre (på sikt flere grupper)
Kort beskrivelse	Prosjektet utvikler en organisatorisk samhandlingsmodell der planlegging, drift og utvikling av helsetjenester samordnes i et felles "hus" med mål om å levere mer sammenhengende, bærekraftige og pasientsentrerte tjenester for skrøpelige eldre. Kjernen i prosjektet er å utforske deling av ressurser, kompetanse og pasientoppfølging på tvers av tjenestenivåer uavhengig av hvor pasienten fysisk befinner seg.
Mål/effekter	Ønskede effekter er mer helhetlige pasientforløp, bedre ressursutnyttelse, raskere vurdering av riktig behandlingsnivå, færre unødvendige innleggelser og redusert antall utskrivningsklare pasienter (overligger)
Egenevaluering	Planlagt sluttevaluering; detaljering i perioden.
Status/fase	Prosjektet er i kartleggings- og konseptfase , der nye samhandlingsmodeller, organisatoriske løsninger og bruk av felles kompetanse og ressurser utredes og konkretiseres. Pilotering planlagt fra høsten 2026
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Det forventes ikke at erfaringer om effekter er tilgjengelig innen sommeren 2026. Innen dette tidspunktet kan prosjektet imidlertid bidra med innsikt i utvikling av samhandlingsmodeller, organisatoriske forutsetninger og identifiserte barrierer av betydning for videre pilotering og evaluering.

Prosjektnavn: Trøndelag: Etablering av sikkerhetsboliger for personer med sammensatte behov

Eier (RHF)	HMN/ St. Olavs hospital og Trondheim kommune
Målgrupper	Voksne med alvorlig psykisk helse- og rusproblematikk og samtidig voldsproblematikk.
Kort beskrivelse	Et samarbeidsprosjekt for felles utvikling av sikkerhets- og overgangsboliger, samt tilknyttede ROP-boliger. Prosjektet skal utforske nye samarbeidsmodeller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og belyse juridiske rammer for tvang.
Mål/effekter	Bedre og mer sammenhengende overgang til kommunal bolig etter opphold i sikkerhetsavdelinger. Kommunen får bedre grunnlag for å vurdere egnet bolig, noe som reduserer feiltildeling og øker sannsynligheten for behandlingssuksess. Spesialisthelsetjenesten får bedre grunnlag for voldsrisikovurderinger. Målbare gevinster inkluderer reduserte kostnader og ressursbruk for kommunen, samt mulige reduserte personalkostnader ved samdrift

Egenevaluering	Under planlegging (forprosjekt).
Status/fase	Prosjektet er i oppstartsfasen , det jobbes med prosjektstruktur, styring og rammer for involvering av interessenter.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Prosjektet er i en så tidlig fase at det ikke vil kunne hentes ut erfaringer om effekter i 2026. Informasjon om identifiserte barrierer vil kunne innhentes.

Prosjektnavn: Vestfold: «Én vei inn»

Eier (RHF)	HSØ/Sykehuset i Vestfold og kommunene Sandefjord og Tønsberg
Målgrupper	Voksne pasienter med behov for psykisk helsehjelp i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten/DPS
Kort beskrivelse	Prosjektet skal etablere felles psykisk helsemottak i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og DPS slik at pasienter som søker hjelp og/eller henvises til DPS eller kommunal psykisk helsehjelp avklares der med tanke på videre helsehjelp.
Mål/effekter	En vei inn til psykiske helsetjenester for voksne pasienter, unngå kastballproblematikk/runddans og tilby riktig helsehjelp raskere. Bedre ressursutnyttelse og bedre brukeropplevelse. Effekter: Maks. 2 uker fra kontakt/henvisning til første vurdering i Felles psykisk helsemottak. Maks. 4 uker fra første kartlegging til pasienten starter opp i riktig tilbud. Kortere behandlingstid
Egenevaluering	Kvalitative intervjuer/brukerundersøkelse (Q1/2026), løpende monitorering, evaluering Q2/2026.
Status/fase	Prosjektet er i utprøving . Pilot i Sandefjord pågår; oppstart Tønsberg H1/2026, fullskala implementering/forbedring 2026. Videre innføring og bredding 2027.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Kan innhente informasjon om effekter basert på deres egne evalueringer og undersøkelser i løpet av våren/sommeren 2026. Vil også kunne vurdere barrierer

Prosjektnavn: Voss: Samhandling og senter for kvinnehelse

Eier (RHF)	HV/Helse Bergen / Voss sjukehus / Voss DPS NKS Bjørkeli og kommunene Voss, Vaksdal, Kvam, Ulvik og Eidfjord
Målgrupper	Skrøpelige eldre og pasienter/ kvinner innen fødsel og barselomsorg
Kort beskrivelse	Prosjektet skal utvikle ny samhandlingsmodell mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har to spor: Avklaring 360: tidlig avklaring av behov og rett tjenestenivå for skjøpelige eldre.

	Kvinnehelse 2.0: sikre tidlig avklaring av tilstander som kan være oversett innen målgruppen fødsel- og barselomsorg
Mål/effekter	Avklaring 360: Tidlig, tverrfaglig avklaring og oppfølging der ressurser fra begge nivåer koordineres, overganger forenkles, helsepersonells tidsbruk effektiviseres og innovative teknologiske løsninger tas i bruk. Kvinnehelse 2.0: Utvikle en ny samhandlingsmodell som fanger opp problemstillinger tidlig, sikrer god ressursbruk på tvers av nivåer, gir raskere og bedre helsehjelp og reduserer fravær fra arbeidslivet.
Egenevaluering	Måleindikatorer og evalueringsopplegg planlagt i følge fremdriftsplan.
Status/fase	Prosjektet er i oppstart ; Planlagt kartlegging/analyse og utvikling av modeller våren 2026; pilot høsten 2026.
Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når	Prosjektet er i en så tidlig fase at det ikke kan forventes å ha noen erfaringer med effekter innen sommeren 2026. Prosjektet kan sannsynligvis bidra med innsikt i utvikling av samhandlingsmodeller, organisatoriske forutsetninger og identifiserte barrierer av betydning for videre pilotering og evaluering.

Prosjektnavn: Østfold: Integrerte helsetjenester

Eier (RHF)	HSØ/Sykehuset Østfold og kommunene Sarpsborg og Fredrikstad
Målgrupper	Eldre med skrøpelighet og sammensatte behov
Kort beskrivelse	Prosjektet skal innføre en modell for integrerte helsetjenester for målgruppen. Dette skal gjøres gjennom tverrfaglig oppfølgingsteam, strukturert kartlegging, felles behandlings- og oppfølgingsplaner og nytt digitalt støtteverktøy. Prosjektet bygger på modellen fra Ahus og tilpasses lokale forhold
Mål/effekter	Sikre mer helhetlige og koordinerte helsetjenester for eldre med skrøpelighet og sammensatte behov; med én samlet oppfølging, faste kontaktpersoner, bedre involvering av pasient og pårørende, økt trygghet/forutsigbarhet gjennom færre akuttinnleggelser og reinnleggelser. For helsetjenesten; bedre samhandling mellom sykehus, kommuner og fastleger, færre akuttinnleggelser, mer effektiv ressursbruk, og enklere koordinering og resultatoppfølging på tvers av tjenestenivåer.
Egenevaluering	Pilot evalueres av prosjektet; implementering evalueres av følgeforskere (Høgskolen i Østfold). Evaluering og 0-punktsmålinger er under planlegging.
Status/fase	Prosjektet er nå i implementering før full drift; modellen er ferdigstilt, digitale løsninger er ikke ferdig utarbeidet og implementert. Modellen testes ut i to kommuner, og spredning til flere kommuner i helsefellesskapet planlegges.

Vurdering av hva som kan hentes ut av informasjon og når

Prosjektet er i utprøving, og det er sannsynlig at det vil kunne ha noen erfaringer med effekter innen sommer 2026. Prosjektet kan også bidra med innsikt i utvikling av samhandlingsmodeller, organisatoriske forutsetninger og identifiserte barrierer av betydning for videre pilotering og evaluering.

3 FORUTSETNINGER FOR STATUSRAPPORTEN

Helsedirektoratets vurderinger i denne statusrapporten bygger utelukkende på informasjon som prosjektene selv har meldt inn i januar 2026, slik dette kommer frem av de innsendte statuspresentasjonene og beskrivelsene per prosjekt. Det er ikke innhentet supplerende data eller gjort ekstern verifisering ut over det som forelå ved rapporteringstidspunktet. Vurderingene reflekterer dermed prosjektenes egenvurdering av fase, fremdrift, mål og plan for egnevaluering per januar.

Det er store variasjoner i detaljnivå og modenhet mellom prosjektene. Flere tiltak er i innsiktsfase/konseptfase eller tidlig pilot, og har derfor ingen eller begrenset dokumentasjon på effekt og uferdige måleopplegg. Andre er i aktiv pilot/implementering, men sluttresultater foreligger ikke ennå.

Videre fremdrift er for flere tiltak betinget av avklaringer av juridiske, digitale, organisatoriske og finansielle barrierer (se kapittel 4), og enkelte modeller kan kreve forsøksbestemmelser for å kunne testes it i praksis. Vurderingene oppdateres når prosjektene leverer nye milepælsrapporter og evalueringsdata.

4 VURDERINGER AV BARRIERER OG EGNETHET FOR SKALERING

4.1 Barrierer

Prosjektene rapporterer om stor gjennomføringsvilje og god faglig progresjon, men fremdriften hemmes av gjentakende strukturelle hindringer. Disse faller i hovedsak innenfor seks kategorier:

4.1.1 Juridiske rammer (taushetsplikt, deling av pasientinformasjon, ansvarsforhold)

- **Taushetsplikt og GDPR** skaper praktiske hindre for nødvendig informasjonsdeling mellom tjenestenivåene. Prosjekter som Helgeland: Interkommunal innsats og vurderingsteam; Vestfold: Én vei inn og Østfold: Integrerte helsetjenester beskriver at uklar eller uensartet fortolkning stopper samhandling i praksis, selv når formelt grunnlag kan foreligge.
- **Uavklarte ansvarsforhold ved oppgavedeling** gjør felles dokumentasjonspraksis og rettighetsvurderinger krevende; dette fremheves særlig i Østfold og Vestfold-pilotene.
- **Behov for forsøksbestemmelser** er eksplisitt nevnt i Oslo: Bedre svangerskaps-, føde- og barseltjenester der dagens organisering og finansiering ikke gir tilstrekkelig hjemmel for ønsket modell.

4.1.2 Digitalisering og teknisk infrastruktur

- **Fragmenterte EPJ-systemer og manglende integrasjoner** fører til informasjonsbrudd, dobbeltføring og forsinket informasjonsflyt. Kritiske flaskehalser er PLO-meldinger og fravær av felles legemiddeloversikt.
- **Sanntidsdata og beslutningsstøtte:** Enkelte melder behov for løpende tilgang til NPR/KPR-data og tilgjengeliggjøring av verktøy i både sykehus og kommuner for operativ, datadrevet oppfølging. Sagens periodiske/anonymiserte datasett dekker ikke styringsbehovet.
- **Nasjonal funksjon for direkte timebestilling** mangler, noe som skaper lokale «workarounds», melder Vestfold: En vei inn.

4.1.3 Organisatorisk modenhet og styring

- **Ulike styringslinjer og beslutningsprosesser** mellom kommuner og helseforetak hemmer etablering av felles arbeidsprosesser.
- **Variasjon i kapasitet og modenhet** mellom kommuner påvirker tempo og kvalitet i implementering.
- **Prosjekt ved siden av drift:** risiko for at utviklingsarbeid ikke forankres godt nok i linjen.

4.1.4 Økonomiske og finansielle rammer

- **Frikjøp til endringsarbeid til prosjekt:** Kongsberg: Hvor er handlingsrommet? anslår betydelige midler som ikke er innvilget, med direkte konsekvens for progresjon.
- **Varig finansiering:** Prosjekter som Helgeland: Interkommunal innsats- og vurderingsteam og Tromsø: Eldreløftet – tjenesten fra samme hus rapporterer begrenset forutsigbarhet som hemmer rekruttering og langsiktig drift.
- **ISF/takstsystemer som ikke understøtter samhandling:** Østfold: Integrerte helsetjenester og Vestfold: En vei inn beskriver svake insentiver for tverrfaglige team og felles mottak; bortfall av egenandelsinntekter ved egenbooking i Vestfold er særskilt kritisk.

4.1.5 Personell og kompetanse

- **Tilgang til nøkkelkompetanse** er begrenset og sårbar og kan påvirke driften ved sykehuset; Østfold: Integrerte helsetjenester og Oslo: Bedre svangerskaps-, føde- og barseltjenester belyser dette (f.eks. geriatrikere, jordmødre). Noen prosjekter peker også på at kombinasjonsstillinger gir fragmentert prosjektkapasitet for det aktuelle prosjekt.

4.1.6 Måling, kodeverk og datakobling

- **Kodeverk og rapporteringsstrukturer** er lite tilpasset tverrfaglige modeller.
- **Behov for KPR–NPR-kobling** for pålitelig effektmåling på tvers av nivåer.

Kort oppsummert: Juridisk, digital infrastruktur, økonomiske rammer og organisatoriske forhold utgjør de største barrierene for fremdrift i prosjektene.

4.2 Vurdering av egnethet for skalering og nasjonal innføring

På nåværende tidspunkt vurderer Helsedirektoratet det som for tidlig å konkludere om hvilke av prosjektene som er egnet for nasjonal innføring eller bred skalering. En vurdering av egnethet for skalering og nasjonal innføring bør baseres på en sammenstilling av positive effekter (nyttevirkninger) og negative effekter (kostnadsvirkninger), herunder om tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt, og om det er forhold som tilsier at nytte eller kostnader ville vært vesentlig annerledes andre steder i landet. Merk at i denne sammenheng er kostnadsvirkninger virkninger som reduserer velferden for én eller flere grupper i samfunnet, og omfatter ikke kun kostnader som kan prissettes i kroner og øre. Prosjektene befinner seg i ulike faser, fra innsikt og konseptutforming til utprøving og tidlig implementering, og det foreligger ennå ikke tilstrekkelig dokumentasjon på effekt, overføringsverdi og bærekraft til å gi en helhetlig anbefaling.

Direktoratets rolle er å gjøre faglige vurderinger basert på foreliggende innsikt, identifisere forutsetninger og barrierer. Flere prosjekter har tydelig potensial, men videre vurderinger av egnethet for skalering vil avhenge av at planlagt utprøving og evaluering gjennomføres av utprøvningsprosjektene, slik at vi får tilstrekkelig informasjon om positive og negative effekter til å gjøre vurderinger om tiltaket er samfunnsøkonomisk lønnsomt eller ikke.

Enkelte modeller kan kreve betydelige investeringer (f.eks. frikjøp, digital infrastruktur, bemanning på tvers), uten at forventet nytte tas ut på kort sikt eller fordeles på samme nivå som kostnaden. Prosjektene har selv pekt på slike forhold, og dette må inngå i den samlede vurderingen før eventuell skalering anbefales.

Videre vil det kunne være en forutsetning at hindringer identifisert av prosjektene fjernes før en eventuell skalering eller nasjonal innføring. Dette vil innebære kostnader som bør inkluderes i vurderingen av egnethet for skalering. Eksempler på slike forutsetninger er at:

- **Juridiske og organisatoriske hindringer** (taushetsplikt, ansvarslinjer, oppgaveglidning) håndteres på en måte som muliggjør reell samhandling i praksis.
- **Digital samhandling og datadeling** (EPJ-integrasjoner, legemiddeloversikt, sanntidsstyringsdata) etableres i tråd med behovene som prosjektene har konkretisert.
- **Finansierings og insentivmodeller** tilpasses slik at tverrfaglig teamarbeid og felles mottak ikke straffes økonomisk

Det er sannsynlig at noen prosjekter vil gi tilstrekkelig informasjon for vurdering av modenhet og skalerbarhet i løpet av planlagte pilotperioder, gitt at ovennevnte forutsetning innfris. Samtidig kan det være forhold som gjør at noen løsninger fungerer godt lokalt, men ikke nødvendigvis er egnet for nasjonal innføring, enten fordi det er forhold som er sterkt kontekstbundne (organisering, geografi, kapasitetsprofil) eller fordi det forutsetter lokale særordninger som ikke lar seg generalisere.

5 Prosjekter med raskt piloteringspotensial – mulige behov for unntak fra regelverk

Helsedirektoratet vurderer at fire prosjekter har **operativ modenhet** for rask utprøving. Samtidig rapporterer disse prosjektene om **konkrete juridiske hindringer** som gjør det aktuelt å vurdere om det bør gis unntak fra gjeldende regelverk. Det er behov for nærmere vurderinger fra prosjektene om de konkrete behovene for endringer i regelverk.

5.1 Piloter vurdert som mest aktuelle

5.1.1 Østfold: Integrerte helsetjenester

- **Hvorfor aktuelle nå:** Prosjektet er i aktiv implementering og pilot med IHT-team, godkjent felles forløp og identifiseringsapp. Planlagt overgang til drift i 2027.
- **Hvorfor behov for unntak fra regelverk:** Prosjektet rapporterer om praktiske juridiske hindre (taushetsplikt/ansvarsavklaringer) og manglende felles dokumentasjon/EPJ-integrasjoner som hindrer samhandling i sanntid og felles pasientplan.

5.1.2 Ahus og kommuner: Integrerte helsetjenester

- **Hvorfor aktuelle nå:** Modellen er overført til drift (1.1.2025) og har verktøy og etablert praksis; bredding er påbegynt.
- **Hvorfor behov for unntak fra regelverk:** Prosjektet rapporterer at rask og sikker bredding forutsetter løpende tilgang til styringsdata (NPR/KPR) og felles pasientplan/funksjonalitet på tvers. Dagens regelverk og tolkninger stopper operativ datadeling og beslutningsstøtte.

5.1.3 Lillehammer: Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester

- **Hvorfor aktuelle nå:** Flere arbeidspakker er i drift/pilot (trygghetspatrulje, legevaktbil, VIP-pasienter, digitalisering m.fl.).
- **Hvorfor behov for unntak fra regelverk:** Prosjektet rapporterer at deling av kritisk sikkerhets-/risikoinformasjon og etablering av felles digitale løsninger hemmes av lovverk og ulike forvaltnings-/finansieringsmodeller.

5.1.4 Vestfold: Én vei inn – Felles psykisk helsemottak

- **Hvorfor aktuelle nå:** Aktiv pilot i Sandefjord, oppstart i Tønsberg og planlagt fullskala implementering/bredding i 2026–2027.
- **Hvorfor behov for unntak fra regelverk:** Prosjektet rapporterer at dagens henvisningskrav ved egenbooking gir bortfall av egenandelsinntekter (poliklinikkforskriften §2), og uensartet taushetspliktfortolkning hindrer informasjonsflyt; rettighetsvurdering i møte kolliderer med formalkrav. Prosjektet mener at endringer i regelverk er relevant for å sikre nødvendig juridisk ramme for felles mottak og rask sporing til riktig tilbud.

I tillegg har prosjekt Oslo: Bedre svangerskaps-, fødsels- og barselstjenester nevnt i rapporteringen at forsøksloven kan være nødvendig for å realisere målbildet. Helsedirektoratet vurderer at de ikke har kommet langt nok til at vi kan gjøre en vurdering om forsøksloven kan være nødvendig.

5.2 Kort anbefaling

Prosjektene bør gjøre nærmere vurderinger av behovet for unntak fra regelverk. Rapporteringen fra prosjektene kan indikere behov for å gjøre unntak, men kan også indikere utfordringer i organisatoriske forhold, tekniske løsninger mv. som ikke vil løses med regelverksendringer. Hvis det etter en nærmere vurdering viser seg at det er behov for unntak fra regelverk må det vurderes hva som vil være den beste måten å gi aktuelle unntak på. Det kan være aktuelt å bruke forsøksloven eller forsøksbestemmelser i andre lover, for eksempel i folketrygdloven § 25-13. Flere av prosjektene rapporterer om utfordringer knyttet til taushetsplikt og deling av informasjon, og for disse kan det også være aktuelt å vurdere om dispensasjon fra taushetsplikten etter helsepersonelloven § 29 kan være en mulig løsning.

6 ARBEIDET VIDERE

Etter fellesmøtet 28. januar 2026 tar Helsedirektoratet kontakt med prosjektene for å avtale 1:1-møter. Informasjonen fra 1:1-møtene skal brukes til å få dypere innsikt i prosjektene i Prosjekt X og til å planlegge Helsedirektoratets videre informasjonsinnhenting, som må tilpasses til hvor i forløpet prosjektene er. Videre innhenting kan omfatte samtaler/intervjuer og spørreundersøkelser. I denne fasen vil det legges vekt på å forstå barrierer slik at løsninger kan foreslås, samt vurdering av evaluering slik at direktoratet får kartlagt om planlagt evaluering av det enkelte prosjekt kan suppleres med aktivitet fra direktoratet. Når direktoratet skal vurdere egnethet for skalering og nasjonal innføring, herunder barrierer og forutsetninger for innføring skjer det i felles vurderinger med de regionale helseforetakene og KS.

Helsedirektoratet vil samtidig ha jevnlig dialog med departementet og gi nødvendige oppdateringer frem til endelig rapport leveres i oktober.

7 VEDLEGG

7.1 [Informasjon om status sendt inn fra prosjektene i Prosjekt X](#)

Prosjekt X

Vedlegg til statusrapport januar 2026

Statusrapport fra prosjektene levert til Hdir per 22. januar 2026.

Grunnlag for Hdirs statusrapport til HOD innen 1. februar 2026



Navn på utprøvinger	RHF	Målgrupper
Agder: Eldre Agder	HSØ	Eldre
Ahus og kommuner: Integrerte helsetjenester	HSØ	Eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av ht
Førde: Integrerte helsetjenester for barn og unge i Nordfjord	HV	Barn og unge i utsatte faser i livet
Helgeland: Interkommunalt innsats- og vurderingsteam	HN	Utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale ht
Kongsberg: Samhandlingsarena Kongsberg	HSØ	Skrøpelige eldre
Lillehammer: Bo trygt hjemme med integrerte tjenester	HSØ	Sårbare pasienter som bor hjemme
Lofoten: LofotENhelsetjeneste	HN	Innbyggere og besøkende i Lofoten
Midt-Troms: Hvor er samhandlingsrommet?	HN	Alle pasienter
Oslo: Bedre svangerskaps-, føde- og barseltjenester	HSØ	Alle brukere av svangerskaps, føde- og bareseltjenester
Tromsø/Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)	HN	Utskrivningsklare pasienter og kronikere
Trøndelag: Etablering av sikkerhetsboliger for personer med sammensatte behov	HM	Pasienter av sammensatte behov
Vestfold: Én vei inn	HSØ	Pasienter med behov for psykisk helsehjelp
Voss: Samhandling og senter for kvinnehelse	HV	Kvinner, særlig sårbare pasientgrupper
Østfold: Integrerte helsetjenester	HSØ	Skrøpelige eldre med sammensatte behov

Prosjekt Eldre Agder X

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026 – mottatt 20.1



Om prosjektet

Prosjektnavn:
Eldre Agder X

RHF og deltakende HF/kommuner:
HSØ, Sørlandet sykehus og alle 25 kommuner i Agder

Prosjektets kontaktperson:
Susanne Hernes
(susanne.sorensen.hernes@sshf.no)

Kort prosjektbeskrivelse

Eldre Agder X prosjektet består av 3 delprosjekter:

Prosjekt 0: Opprettelse av en felles datasjø med kommunale og sykehusbaserte helsedata muliggjør målrettet intervensjon, fremtidsrettet styring og analyser, og mer effektiv drift for kommuner og sykehus. Vi kombinerer tradisjonelle metoder, data process mining og kunstig intelligens.

Prosjekt 1: Videreutvikle, implementere og evaluere bruk av WHO-rammeverket ICOPE i kommunene på Agder, legekantor og spesialisthelsetjenesten. .

Prosjekt 2: Predikere fremtidig behov for helsetjenester og identifisere kommende storforbrukere av helsetjenester basert på mønstergjenkjenning i helsedata for å gi riktig innsats til rett tid.

Mål og ønsket effekt

P0-Mål: Opprettelse av en felles datasjø i Agder. Fremtidens verktøy for prediksjon og drift på tvers av hele helsetjenesten.

P1-Mål: Med bruk av ICOPE ønsker vi å tidligere identifisere og håndtere begynnende skrøpeligheit og styrke iboende kapasitet ved å optimalisere bruk av eksisterende lav-terskels tjenester. For pasienter ønsker vi å sterke iboende kapasitet, helse og livskvalitet. For helse system ønsker vi å oppnå utsatte og riktigere bruk av helsetjenester og mer effektiv personellbruk.

P2- Mål: Vi klarer tidlig å identifisere grupper som vi kan forbedre prognose og evne til å klare seg hjemme. Vi utvikler verktøy for forebygging, pasientbehandling, styring og planlegging for kommuner og sykehus i fellesskap.

Målgrupper

Befolkningen over 65 år.
Personer i risiko for skrøpeligheitsutvikling.
Kommune- og spesialisthelsetjenesten i Agder.
Sørlandet sykehus HF

Status per januar 2026

Gjennomført samlet analyse av helsedata fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.
ICOPE screening er oversatt til norsk og prøves nå ut i to kommuner.
ICOPE screening av innbyggere over 65 år i Fylkeshelseundersøkelsen gjennomført.
Modell for P2 videreutvikles

Evaluering

P1:Evaluering basert på anbefalt rammeverk for utvikling og evaluering av komplekse intervensjoner fra Medical Research Council. Pågående utprøving av ICOPE inngår i dette. Effektstudie (RCT) er planlagt.
P2: RCT

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn:
Eldre Agder X

RHF og deltakende HF/kommuner:
HSØ, Sørlandet sykehus og alle 25 kommuner i Agder

Prosjektets kontaktperson: Susanne
Hernes
(susanne.sorensen.hernes@sshf.no)

Milepælsplan for 2026 og 2027

	Milepæler 2026	Milepæler 2027
P0	Oppstart arbeid med datasjø Juridiske avklaringer Igangsette høsting av data for noen kommuner	Igangsette høsting av data for flere kommuner. Øke digital modenhet i Helsefellesskapet – data alene er ikke nok.
P1	Publisering av ICOPE validering Oversette hele ICOPE rammeverket til norsk språk og kontekst Analyse av data fra Fylkeshelseundersøkelsen Gjennomføre pilot/forprosjekt	Igangsette intervensjon prosjekt 1 i Agder Datainnsamling for evaluering Publikasjoner
P2	Videreutvikle og teste algoritme Ferdigstille intervensjon	Igangsette intervensjon prosjekt 2 Agder

	2025	2026	2027	2028	2029	2030
P0: oppstart						
P0: utvikling av datasenter						
P0: prediksjonsverktøy						
P0: analyser						
P1: Forprosjekt						
P1: Oversettelser rammeverk						
P1: Intervensjon						
P1: Analyser						
P2: Forprosjekt						
P2: Intervensjon						
P2: Analyser						

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid? Prosjektperioden pågår i fem år. Prosjektet er planlagt som en målrettet intervensjon med medfølgende forskning. Ved effekt regner vi med at vi bredding utenfor Agder.

Viktigste hindringer

Prosjektnavn:
Eldre Agder X

RHF og deltakende HF/kommuner:
HSØ, Sørlandet sykehus og alle 25 kommuner i Agder

Prosjektets kontaktperson:
Susanne Hernes
(susanne.sorensen.hernes@sshf.no)

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

- Det er behov for juridiske avklaringer knyttet til personvern og å samle data fra ulike tjenester i en felles datasjø -pågå
- Behov for forskningsetisk godkjenning av aktiviteter der dette ikke allerede er godkjent – *flere av aktivitetene i P0 vil falle inn i kvalitetssikring. P1 og P2 må forskningsetisk godkjennes.*
- Ulike fagsystemer med ulik praksis for innsending av data til nasjonale helseregistre
- Innkjøp av felles EPJ i kommunene på Agder vil medføre muligheter og utfordringer.
- Ulik modenhet mellom sykehus og kommuner, og mellom kommuner i bruk av levende data for styring og prediksjon
- Videre deltakelse av kommunene og legekantorene i prosjekt 1
- Prosjektet krever forutsigbar finansiering over flere år for å støtte administrasjon, implementering, og forskning

Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester

- Ahus og kommuner

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn: Integrerte helsetjenester til eldre

RHF og deltakende HF/kommuner: HSØ, Helsefellesskapet Ahus og kommuner

Prosjektets kontaktperson: Anette Melsnes Skogvold

Kort prosjektbeskrivelse

Integrerte helsetjenester (IHT eldre) er et tverrfaglig samarbeid mellom Ahus, kommuner og fastleger. Prosjektet etablerer et oppfølgingsteam på tvers av fag og tjenestenivå, kartlegger pasientens behov, mål og risikoområder og oppretter individuell behandlingsplan. Prosjektet har også utviklet og tatt i bruk digitale verktøy som støtter det tverrfaglige teamet i å jobbe smidig og mer effektivt, i form av applikasjoner i QlikView. Det er utviklet en applikasjon for å identifisere aktuelle pasienter, en forløpsapplikasjon for å følge opp pasientforløpene, et automatisk e-postvarsel ved ny aktivitet i sykehuset for IHT-pasientene og en resultatapplikasjon som viser forbruk av helsetjenester for IHT-pasientene før- og etter inklusjon i tjenesten. De digitale støtteverktøyene har vært viktig for å identifisere pasienter med høyt forbruk av sykehustjenester basert på aidentifiserte data, for å holde orden i tjenesteforløpet og vite om tjenestemodellen fører et riktigere forbruk av helsetjenester.

Mål og ønsket effekt

Formålet med integrerte helsetjenester er å bedre livskvalitet og helse- og mestringstjenester til pasienter med sammensatte behov.

Det har blitt utviklet en tjenestemodell med fokus på helhetlig oppfølging og koordinering på tvers av nivåer og fagmiljøer.

- Bedre koordinering, involvering og trygghet for pasientene,
- Økt samarbeid og bedre pasientflyt mellom kommune, sykehus og fastlege
- Mindre akuttbruk i helsetjenesten og mer effektiv ressursbruk for samfunnet.

Målgrupper

Det er utviklet en samarbeidsmodell som skal ivareta pasienter med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester. I arbeidet som vises til her er det jobbet med **eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester**, men det er nå også startet et arbeid for å se om modellen kan egne seg til pasienter med høyt forbruk av helsetjenester innen rus, psykiatri og somatikk.

Status per januar 2026

Prosjektet startet i januar 2020 og kan vise til solide resultater både med tanke på pasientrapportert tilfredshet, samarbeid mellom helsepersonellet og endringer i forbruk av helsetjenester. IHT ble overført til drift 1. januar 2025 på Ahus og i de 6 prosjektkommunene.

Evaluerings

Har prosjektet planlagt en egen evaluering? Hvis ja, beskriv kort hva og når.

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn: Integrerte helsetjenester til eldre

RHF og deltakende HF/kommuner: HSØ, Helsefellesskapet Ahus og kommuner

Prosjektets kontaktperson: Anette Melsnes Skogvold

Milepælsplan for 2026 og 2027

Hva er de viktigste milepælene og leveransene, og når?

- Bredding av IHT eldre til alle kommuner i Helsefellesskapet Ahus og kommuner
 - innen utgangen av 2026
- Pilotering av tjenestemodell 2 – Forsterket hjemreise (tverrfaglig oppfølging i en tidsavgrenset periode til pasienter med komplekse behov som skrives ut fra sykehus til eget hjem, for å sikre trygghet, mestring og forebygging av reinnleggelse.)
 - August 2025 – juni 2027
- Arrangere og lede læringsnettverk for Integrerte helsetjenester i helse regionen sør-øst
 - August 2025 – juni 2027
- IHT til nye pasientgrupper – Oppstart av pilotprosjektet IHT multibrukere (pasienter med høyt forbruk innen rus, psykiatri og somatikk)
 - August 2025 – august 2027

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid?

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: Integrerte helsetjenester til eldre

RHF og deltakende HF/kommuner: HSØ, Helsefellesskapet Ahus og kommuner

Prosjektets kontaktperson: Anette Melsnes Skogvold

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- Det behov for å utvikle Helsefellesskapets evne til å lede og forvalte tjenester som går på tvers av nivå, for eksempel. IHT, FACT m.fl.
- Løsninger for digital samhandling mellom sykehus, kommune, fastlege og pasient
 - Pasientens behandlingsplan som er tilgjengelig, redigerbart og som kan deles mellom behandlere i IHT, og i øvrig helsetjeneste.
 - Løsning for skriftlig dialog mellom behandlere som ikke er journalverdig informasjon, (tilsvarende funksjon som «gule lapper» i DIPS)
- For å ha best mulig nytte av applikasjonene er det behov for følgende:
 - Løpende tilgang til styringsdata fra NPR og KPR for å prosess og resultatoppfølging tjenesten
 - Tilgjengeliggjøring av applikasjonene for IHT-teamene i kommune og sykehus.
 - Spredning av styringsverktøyene utviklet ved Ahus til andre helseforetak/helsefellesskap i HSØ, og eventuelt andre regioner.

HT har utviklet digitale verktøy som identifiserer pasienter med høyt forbruk, følger forløp, gir varsler om ny aktivitet og viser endringer i tjenestebruk. Dette gir grunnlag for mer proaktiv, datadrevet oppfølging. Likevel hindrer uklart regelverk, ulike tolkninger, lang saksbehandlingstid og mangelfulle kommunale systemer at data kan brukes taktisk og operativt. Dagens NPR- og KPR-data er kun tilgjengelige periodisk og anonymisert, noe som ikke dekker behovet for kontinuerlig styring. For at ledere og helsepersonell skal kunne bruke helsedata i praksis, må identifiserbare data kunne deles sikkert og nærmere pasienten.

Integrerte tenester for barn og unge i Nordfjord

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn: Integrerte tenester for barn og unge i Nordfjord

RHF og deltakende HF/kommuner: Helse Førde, Nordfjord BUP, Stryn kommune, Stad kommune, Gloppen kommune og Kinn kommune

Prosjektets kontaktperson:
Ane Bergset Mandal
ane.bergset.mandal@helse-forde.no

Kort prosjektbeskrivelse

Hva går tiltaket (prosjektet) ut på?

Prosjektet skal utvikle, prøve ut og evaluere integrerte samarbeidsmodellar mellom spesialisthelsetenesta og kommunane i Nordfjord for barn og unge i barneskulealder. Målet er å styrke tidleg og samordna innsats innan psykisk helse gjennom betre samhandling mellom helse- og oppvekstsektoren.

Prosjektet legg vekt på systematisk innsiktsarbeid, konseptutvikling og pilottesting, samt kompetanseheving for tilsette i kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Erfaringane frå piloteringa skal danne grunnlag for anbefalingar om vidare implementering og eventuell skalering.

Mål og ønsket effekt

Hovudmål:

Å styrke det førebyggjande og tidleg innsats-arbeidet for barn og unge si psykiske helse gjennom meir heilskaplege og samanhengande tenester.

Ønska effekt:

Barn og unge skal oppleve betre samordna oppfølging, auka meistring og tilhørslse, uavhengig av bustad og føresetnader. Betre samhandling mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta skal bidra til tidlegare hjelp, meir treffsikre tiltak og på sikt redusert behov for henvisning til spesialisthelsetenesta.

Målgrupper

Hovudmålgruppene for prosjektet er barn og unge i barneskulealder med særskilt fokus på overgangen mellom barnehage og skule, deira familiar, samt tilsette i helse- og oppvekstsektoren og spesialisthelsetenesta.

Status per januar 2026

Etter eit omfattande arbeid med mobilisering og forankring, spesielt inn mot oppvekstsektoren i kommunane, er vi no godt i gang med innsiktsfasen. Vårsemester blir brukt til å kokretisere piloten og sjølve piloteringa skal gjennomførast skuleåret 26/27.

Evaluering

Har prosjektet planlagt en egen evaluering? Hvis ja, beskriv kort hva og når.

Prosjektet vil gjennomføre ei evaluering av gjennomført pilot innan utgangen av 2027. Her vil effekter vurderast opp mot definerte målsettingar.

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn: Integrerte tjenester for barn og unge i Nordfjord

RHF og deltakende HF/kommuner: Helse Førde, Nordfjord BUP, Stryn kommune, Stad kommune, Gloppen kommune og Kinn kommune

Prosjektets kontaktperson:
Ane Bergset Mandal
ane.bergset.mandal@helse-forde.no

Milepælsplan for 2026 og 2027

Hva er de viktigste milepælene og leveransene, og når?



Viktigste hindringer

Prosjektnavn: Integrerte tenester for barn og unge i Nordfjord

RHF og deltakende HF/kommuner: Helse Førde, Nordfjord BUP, Stryn kommune, Stad kommune, Gloppen kommune og Kinn kommune

Prosjektets kontaktperson:
Ane Bergset Mandal
ane.bergset.mandal@helse-forde.no

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- **Personell-/ressursmessige:** Prosjektet er svært omfattende og krevande, med stort potensial. Det er krevjande å tilpasse utviklinga i prosjektet til prosjektet sine rammer.
- **Digitalisering:** Prosjektet har behov for å utvikle og ta i bruk digitale løysingar som kan støtte samhandling på tvers av sektorar og nivå, men til no har vi ikkje hatt kapasitet til å prioritere dette arbeidet. Manglande tid og kompetanse til å utforske og implementere eigna digitale verktøy kan forsinke utvikling av nye arbeidsmåtar. Det er komplisert å finne gode digitale løysingar mellom spesialisthelsetenesta og kommune, og mellom ulike sektorar i kommunen.
- **Juridiske hindringer:** Moglege juridiske hindringar knytt til deling av informasjon og samhandling på tvers av tenestenivå er identifiserte som eit tema, men er ikkje tilstrekkeleg utgreidde enno. Vi vil komme tilbake med nærare beskriving av eventuelle juridiske barrierar når innsiktsfasen er ferdig og behov for eventuelle avklaringar er betre kartlagt.
- **Organisatoriske hindringer:** Prosjektet krev tett samhandling på tvers av sektorar (oppvekst og helse) og nivå (førstelinje og andrelinje), og dagens organisering av tenestene er i stor grad bygd rundt tydelege skilje mellom kommune og spesialisthelseteneste. Dette gjer det krevjande å utvikle og implementere modellar som faktisk «viskar ut» desse skila og sikrar sømlause og tidlege tenester til barn og unge. For å lukkast med varig endring treng prosjektet tettare involvering også frå kunnskapssektoren. Vår vurdering er at og Kunnskapsdepartementet og Utdanningsdirektoratet med fordel burde vere kopla på i prosjekt som omhandlar born og unge, sidan skulane og barnehagane er sentrale arenaer for tidleg innsats
- **Økonomiske/finansielle forhold:** Dagens finansieringsmodell for spesialisthelsetenesta stimulerer i avgrensa grad til førebygging og tett samarbeid med kommunale tenester tidleg i forløpet, då det ikkje gir ISF finansiering for tverrfagleg samarbeid og rettleiing utan at det er knytt til einiske born eller ungdom. Dette kan motverke prosjektets mål om å redusere henvisningar til spesialisthelsetenesta ved at tenestene i for stor grad blir innretta mot behandling av pasientar framfor tidleg innsats og samhandling.
- **Andre:** Prosjektet er del av eit nasjonalt satsingsområde og representerer ei unik moglegheit til å utvikle nye modellar for integrerte tenester for barn og unge, men ambisjonsnivået gjer òg at det vil krevje omfattande og langvarig innsats. Det er ein risiko for manglande eller varierende forankring over tid på tvers av leiarnivå og verksemdersom ikkje strukturane for styring, medverknad og kommunikasjon blir halde oppe gjennom heile prosjektperioden og at vi sikrar vidareføring etter prosjektperioden..

Prosjekt: Interkommunalt innsats- og vurderingsteam for Helgeland

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn:

Interkommunalt innsats- og vurderingsteam for Helgeland

RHF og deltakende HF/kommuner:

Helse Nord RHF
Helgelandssykehuset (HF) i samarbeid med kommunene på Helgeland
Vertskommuner: Alstahaug og Rana

Prosjektets kontaktperson:

Hege Torghatten (Prosjektleder)

Kort prosjektbeskrivelse

Prosjektet skal etablere to interkommunale kartleggingsteam på Helgeland – ett ved sykehuset i Rana og ett ved sykehuset i Sandnessjøen – bemannet med kommunalt ansatte medarbeidere i vertskommunemodell (Rana og Alstahaug).

Teamene skal gjennomføre tidlig og systematisk kartlegging av pasienter som forventes å ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter sykehusopphold, i forkant av utskriving.

Ordningen omfatter pasienter fra alle kommunene på Helgeland, og gir likeverdig tilgang til kartlegging uavhengig av bostedskommune.

Formålet er å sikre trygge, helhetlige og sammenhengende pasientforløp, styrke samhandlingen mellom kommuner og sykehus, forebygge reinnleggelser, redusere overliggerdøgn og institusjonsopphold.

Mål og ønsket effekt

Prosjektet skal bidra til tryggere og mer forutsigbare pasientoverganger fra sykehus til kommune.

Gjennom bedre kartlegging og samhandling mellom kommune og sykehus før utskriving skal prosjektet:

- sikre trygge og helhetlige pasientforløp fra innleggelse til hjemreise
- redusere antall overliggerdøgn i sykehus
- øke andel pasienter som kan skrives ut direkte til hjem
- forebygge unødvendige reinnleggelser
- bidra til likeverdige tjenester på tvers av kommuner på Helgeland
- legge grunnlag for mer bærekraftig ressursbruk i helse- og omsorgstjenestene

Målgrupper

Tiltakets målgruppe er innlagte pasienter ved Helgelandssykehuset med forventet behov for kommunale helse- og omsorgstjenester ved utskriving til bostedskommune.

Status per januar 2026

Per januar 2026 er prosjektet i oppstarts- og etableringsfase. Prosjektplan og organisering er på plass, og vertskommunemodell er avklart med kommunene Alstahaug (Sandnessjøen) og Rana (Rana). Rekruttering forberedes, og arbeid med prosesser, roller og samhandlingsrutiner er igangsatt. Pilot med kartleggingsteam i operativ drift er planlagt fra april 2026..

Evaluerings

Prosjektet planlegger egen evaluering basert på både kvantitative og kvalitative måleindikatorer. Første evaluering gjennomføres i juni 2026, med formål å vurdere erfaringer fra pilotfasen og danne grunnlag for beslutning om videre søknad og videreføring av prosjektet.

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn: Interkommunalt innsats- og vurderingsteam for Helgeland

RHF og deltakende HF/kommuner: Helse Nord RHF
Helgelandssykehuset (HF) i samarbeid med kommunene på Helgeland
Vertskommuner: Alstahaug og Rana

Prosjektets kontaktperson: Hege Torghatten (Prosjektleder)

Milepælsplan for 2026 og 2027

2026

- Godkjent prosjektplan (Q1)
- Avklart vertskommunemodell og organisering (Q1)
- Bemanning av interkommunale kartleggingsteam (Q1–Q2)
- Utarbeidelse av overordnede prosessbeskrivelser, rutiner og rolleavklaringer (Q2)
- Oppstart pilot – kartleggingsteam i operativ drift (april 2026)
- Evaluering og justering av pilot (Q3–Q4)

2027

- Videre pilotering og konsolidering av modell
- Utvidet evaluering av effekter og gevinster
- Utredning av varig organisering og finansiering
- Beslutningsgrunnlag for videre drift

Lengre sikt

Prosjektet er planlagt som et flerårig utviklingsprosjekt med en samlet varighet på inntil tre år, med pilotfase i 2026. Erfaringer fra piloteringen skal brukes til å videreutvikle og justere modellen, og danne grunnlag for søknad om videre finansiering. På lengre sikt er målsettingen å etablere en varig interkommunal løsning for kartlegging før utskriving, integrert i ordinær drift i kommunene og i samarbeid med Helgelandssykehuset.

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: : Interkommunalt innsats- og vurderingsteam for Helgeland

RHF og deltakende HF/kommuner: Helse Nord RHF
Helgelandssykehuset (HF) i samarbeid med kommunene på Helgeland
Vertskommuner: Alstahaug og Rana

Prosjektets kontaktperson: Hege Torghatten (Prosjektleder)

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

- Personell-/ressursmessige
 - ✓ Sårbarhet knyttet til bemanning i vertskommuner og kartleggingsteam.
- Digitalisering
 - ✓ Ulike EPJ-systemer og digitale plattformer kan utfordre informasjonsflyt og samhandling
- Juridiske hindringer
 - ✓ Personvern hensyn og lovverk rundt GDPR kan vanskeliggjøre informasjonsoverføring mellom sykehus, kartleggingsteam og kommuner
- Organisatoriske hindringer
 - ✓ Ulik modenhet og kapasitet mellom kommuner kan påvirke tempo og implementering
 - ✓ Innovativ samhandlingsmodell som krever omstilling i både kommune og sykehus. Komplekst med involvering av 17 kommuner og 2 sykehus
- Økonomiske/finansielle forhold
 - ✓ Usikkerhet knyttet til langsiktig finansiering og varig drift etter prosjektperioden
 - ✓ Krevende økonomi både i sykehus og kommuner kan utfordre å finne varig finansiering og samhandlingsløsninger
- Samhandling
 - ✓ Risiko for ulik rolleforståelse og praksis mellom kommune, sykehus og kartleggingsteam

Prosjekt: Samhandlingsarena Kongsberg

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn: Samhandlingsarena Kongsberg

RHF og deltakende HF/kommuner: HSØ/VVHF/Kongsberg kommune

Prosjektets kontaktperson: Lukas Månsson
Klinikkdirektør Kongsberg Sykehus VVHF

Kort prosjektbeskrivelse

Etablere, teste og skalere en samhandlingsmodell mellom kommune, spesialisthelsetjeneste, innbyggere og eksterne partnere som gir målbart bedre kvalitet, kapasitet og ressursutnyttelse i helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsmodellen skal ha en ambisjon om rask radikal transformasjon av verdiskapning.

Mål og ønsket effekt

- Samhandlingsarenaen skal bidra til å avhjelpe ressursmangel og utvikle helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten gjennom radikal innovasjon – Langsiktige mål er:
- **Bedre tilgang og kvalitet:** Sikre bedre tilgang og kvalitet gjennom økt pasientsikkerhet, høyere helserelatert livskvalitet, sømløse tjenester og mer behandling i innbyggerens hjem.
- **Økt kapasitet:** Øke behandlet volum uten økning i årsverk ved å endre arbeidsdeling, forbedre prosess, teknologi- og datastøtte. Rett tjeneste, på rett nivå og til rett tid.
- **Bærekraftig drift:** Redusert kostnad pr pasientforløp og lavere reinnleggelse.

Målgrupper

Alle pasientgrupper, pårørende, innbyggere, ansatte i foretaket og kommunen, fastleger og andre aktører i helsesektoren, teknologiindustri og akademia.

Status per januar 2026

Prosjektet har pågående arbeid på tvers av forvaltningsnivåer: Felles innbyggerpanel, felles tjenestemodell for hjemmedød. Utvidet medisinsk faglig ansvar 72 t etter utskrivning, felles Klinisk Etikk-komite, felles type digitalt natt-tilsyn som i kommunen innføres på sykehus. Pågår forarbeid for etablering av økosystem for samhandling og utarbeidelse av prosessflytbeskrivelser og plattform for prosjektdeling.

Evaluerings

Delprosjekter har egne evalueringplaner. Samlet evaluering er i forprosjektet. USN skal følge med tre fakulteter (systemengineering, helse og sosial og handelshøyskolen).

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn: Samhandlingsarena Kongsberg

RHF og deltakende HF/kommuner: HSØ/VVHF/Kongsberg kommune

Prosjektets kontaktperson: Lukas Månsson
Klinikkdirektør Kongsberg Sykehus VVHF

Milepælsplan for 2026 og 2027

- **Fase 1: Etablere, forankre og akselerere arbeidet (Q1 2025 – Q2 2026)**
 - M0: Videreføre eksisterende arbeid i Samhandlingsarenaen
 - M1: Mandat etablert og kommunisert
 - M2: Samhandlingsaktører kartlagt og partnerliste prioritert
 - M3: Muligheter og barrierer kartlagt
 - M4: Mål og overordnet strategi ferdig
 - M5: Konsept for samhandlingsmodell etablert
 - M6: Avtaler med kritisk masse partnere inngått
 - M7: Kickoff for samhandlingsarenaen
- **Fase 2: Bygge og gjennomføre prosjekter (Q3 2026 - Q4 2026)**
 - M8: Første bølge piloter i drift med rapportering hver 6. uke.
 - M9: Gevinstrealisering i minimum X piloter dokumentert.
 - M10: Skaleringsbeslutninger tatt for X løsninger.
- **Fase 3: Konsolidere, teste og etablere ny modell og skalere (2027-2028)**
 - M11: Beslutning om varig modell (go/no-go).
 - M12: Nasjonal spredningsplan og kunnskapsgrunnlag publisert.
 - M13: Programavslutning med gevinstregnskap og etterbruk.

Lengre sikt

Prosjektet har pågående prosjekter (se status jan 26) og jobber samtidig med å utvikle et økosystem for samhandling og samhandlingsmodell på tvers av forvaltningsnivåer, i tett samhandling også med næringsliv, frivillige, akademia++. For varig forankring er prosjektslutt satt til 2028.

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: Samhandlingsarena Kongsberg

RHF og deltakende HF/kommuner: HSØ/VVHF/Kongsberg kommune

Prosjektets kontaktperson: Lukas Månsson
Klinikkdirektør Kongsberg Sykehus VVHF

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- Personell-/ressursmessige- tilgang på ressurser og frikjøp uten tilstrekkelige midler til frikjøp.
- Kompetanse på prosjektledelse og prosessledelse
- Teknologiske hindringer/ Digitalisering
 - Datadeling, ulike systembruk
- Juridiske hindringer
- Organisatoriske hindringer
 - Ansettelsesforhold
- Økonomiske/finansielle forhold
 - Sektorbasert statsbudsjett, separat plan, budsjett og oppfølging, ulike regnskapsprinsipper

Per nå er dette hovedhindringen å nå prosjektets ambisiøse mål. Et forsiktig estimat var at vi trenger å bruke 40 MNOK per år på å frigjøre ansatte som i ulike perioder kan bidra med transformativ tjeneste og virksomhetsutvikling. Dette estimatet er basert på anbefalinger fra kompetansemiljøer innen system engineering. Disse midlene ble ikke innvilget og preger progresjon og handlingsrom.

- Viser til samtale, dette korte svaret er langt fra uttømmende. Se notat til HOD.

Prosjekt Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn: Bo trygt hjemme med integrerte tjenester

RHF og deltakende HF/kommuner: Lillehammer kommune, Sykehuset Innlandet, Helseregion Sør-Gudbrandsdal

Prosjektets kontaktperson: Håkon Kolden, prosjektleder Lillehammer kommune

Kort prosjektbeskrivelse

Prosjektet Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester er et samarbeidsprosjekt mellom Lillehammer kommune, Sykehuset Innlandet, Helsefelleskapet for Innlandet og Helseregion Sør-Gudbrandsdal (HSG) initiert av Lillehammer kommune.

Mål og ønsket effekt

Prosjektet har som målsetting å bidra til at hjemmeboende eldre og funksjonshemmede skal oppleve trygghet ved å kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker, med integrerte og sammenhengende tjenester fra hjemmetjeneste, legetjeneste (legevakt og fastlege), ambulanse, helsehus og sykehus. Det å sikre sammenhengende tjenester som vektlegger samarbeid og samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivå, der flere pasienter/brukere får hjelp i eget hjem og unngår unødvendig transport og unødvendige innleggelser i sykehus er en sentral suksessfaktor.

Målgrupper

Hjemmeboende eldre og funksjonshemmede

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp i gråsonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Kroniske/multimorbide pasienter med stort bistanndsbehov og hyppige sykehusinnleggelser.

Status per januar 2026

Prosjektet er delt inn i arbeidspakker som alle er kommet godt i gang, herunder arbeidspakker for Trygghetspatrulje, Legevaktbil, VIP pasienter, Digitalisering, Den akuttmedisinske kjede samt Kompetanse og samtrening. Ny arbeidspakke for beredskap er under etablering

Evaluerings

Det er igangsatt følgeevaluering med bistand fra Universitetet i Innlandet. Det er også gjennomført en egen evaluering av arbeidspakke Legevaktbil. I forbindelse med videre pilotering VIP, vil det bli gjennomført minimetodevurdering. Alle arbeidspakkene praktiserer løpende evaluering og det er foretatt justeringer og tilpasninger i flere arbeidspakker.

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Bo trygt hjemme med integrerte tjenester

RHF og deltakende HF/kommuner: HSØ, Lillehammer kommune, Sykehuset Innlandet, Helseregion Sør-Gudbrandsdal

Prosjektets kontaktperson: Håkon Kolden, prosjektleder Lillehammer kommune

Milepælsplan for 2026 og 2027

Etablere arbeidspakke beredskap (under arbeid)

Invitere flere kommuner til å delta i prosjektet (under arbeid)

Økt fokus på arbeidspakke Digitalisering og Kompetanse og samtrening

Videreutvikling av arbeidspakke VIP – utvidelse til flere kommuner

Invitere inn psykisk helse og rus i kommunen og klinikk psykisk helsevern i sykehuset i prosjektet. Vurdere egen arbeidspakke for denne pasientgruppen, eventuelt ett eget VIP-prosjekt

Økt fokus på å ta ut merverdien av samarbeid på tvers av arbeidspakkene

Gjennomføre følgeforskning med jevnlig statusrapportering til styringsgruppen

Styringsgruppen har til vurdering henvendelse fra Helsefellesskapet om evt etablering av arbeidspakke for Forebygging

Styrke samhandlingen med Helsefellesskapet

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid?

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester

RHF og deltakende HF/kommuner: HSØ, Sykehuset Innlandet, Lillehammer kommune

Prosjektets kontaktperson:
Prosjektleder Håkon Kolden,
Lillehammer kommune

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

Det vises til brev sendt inn til Helse- og omsorgsdepartementet 4.november 2025. Det ble der beskrevet både juridiske, organisatoriske og finansielle hindringer pr nå. Blant annet:

- Deling av pasientinformasjon på tvers av kommune og sykehus som hindres av bestemmelser om taushetsplikt og personvern mv. Dette er spesielt utfordrende for oppfølging av pasienter som trenger ett godt, koordinert og samordnet tjenestetilbud.
- Manglende informasjonsdeling med kritisk informasjon om sikkerhets- og risikovurderinger rundt pasienter som har potensiale til å utøve vold overfor helsepersonell eller andre.
- Sentrale juridiske rammer begrenser eller hindrer utprøving av felles digitale løsninger og god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste.
- Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven gjør det organisatorisk vanskelig å etablere felles digitale løsninger.
- Disse to lovene skiller mellom to ulike forvaltningsnivåer og finansieringsmodeller som gjør det vanskelig å etablere felles tjenestemodeller.
- Finansiering av legevaktsbil blir fra kommunen sett på som en hindring for etablering og drift.
- Bruk av takster for f. eks trygghetspatruljen når denne bistår/avlaster fastleger med f eks blodprøver, observasjoner mv.

Punktene er nærmere utdypet i nevnte brev til HOD.

Prosjekt LofotENhelsetjeneste

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn: Tekst

RHF og deltakende HF/kommuner: Tekst

Prosjektets kontaktperson: Tekst

Kort prosjektbeskrivelse

Prosjektet går ut på å:

❖ Bruke

Ambisjonen og utgangspunktet for søknaden om samhandlingsmidler er at prosjektet kan bidra til en ny modell for helsetjenestesamordning i distrikts-Norge, med overføringsverdi til andre regioner.

Da vi er tatt inn i Prosjekt X er ambisjon og utgangspunktet utvidet prosjektet kan bidra til en ny modell for helsetjenestesamordning i distrikts-Norge, med overføringsverdi til andre regioner.

Mål og ønsket effekt

- ❖ Sikre bedre og mer sammenhengende pasientforløp
- ❖ Bruke helsepersonell og kompetanse mer effektivt
- ❖ Styrke bærekraften i helsetjenestene i en region med rekrutteringsutfordringer
- ❖ Redusere unødige overganger, ventetid og dobbeltarbeid mellom tjenestenivåene
- ❖ Legge grunnlag for langsiktig, strukturert samarbeid mellom kommunene og sykehuset.

Målgrupper

Hva er tiltakets målgrupper?

- **innbyggere i Lofoten** med behov for helse- og omsorgstjenester, særlig personer med sammensatte og langvarige behov,
- **helsepersonell og ledere** i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten,

Status per januar 2026

Hvor langt er vi kommet i arbeidet, hvilken fase?
Svært tidlig fase. Vi etablerer prosjektorganisasjonen. Utlysningstekst prosjektleder er utarbeidet

Evaluering

Har prosjektet planlagt en egen evaluering? Hvis ja, beskriv kort hva og når.

Ja prosjektet skal ha systematisk evaluering – liste opp fasene og evalueringspunktene her



- indirekte også **pårørende**, som vil kunne oppleve bedre koordinering og

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn: Tekst

RHF og deltakende HF/kommuner: Tekst

Prosjektets kontaktperson: Tekst

Milepælsplan for 2026 og 2027

H

va er de viktigste milepælene og leveransene, og når?

- **Nov 2025:** Midler tildelt
- **Vår 2026:** Prosjektleder på plass og reell oppstart
- **2026:** Kartlegging og modellutvikling
- **Vår 2027:** Anbefaling, evaluering og beslutning

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid?

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: Tekst

RHF og deltakende HF/kommuner: Tekst

Prosjektets kontaktperson: Tekst

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel
(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- Personell-/ressursmessige
- Digitalisering
- Juridiske hindringer
- Organisatoriske hindringer
- Økonomiske/finansielle forhold
- Andre : Det er utfordringer med samarbeid – fordi samarbeid blir komplekst, da vi er 5 ulike organisasjoner hvorav to store og to små kommuner, og et sykehus: Ulike samfunnsoppdrag, ulike styringslogikker. Derfor er metodikken så viktig

HVOR ER SAMHANDLINGSROMMET

Universitetssykehuset Nord Norge og 7 Midt
Troms kommuner.

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn:

Hvor er samhandlingsrommet

RHF og deltagende HF/kommuner:

Helse Nord v/ Universitetssykehuset Nord Norge (DMS) og 7 kommuner Midt-Troms (Salangen, Lavangen, Bardu, Målselv, Dyrøy, Sørreisa og Senja)

Prosjektets kontaktperson:

Kommunalsjef Senja,
Turid Amundsen

Kort prosjektbeskrivelse

Hva går tiltaket (prosjektet) ut på?

Identifisere pasientforløp i prioriterte grupper og stormottakersatsninger

- Prosjektet har som formål å utforske og tydeliggjøre samhandlingsrommet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, med utgangspunkt i konkrete pasientforløp og tjenesteområder der behandling og oppfølging kan skje i kommunene, med faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten.
- Gjennom et strukturert forprosjekt skal det i første fase identifiseres prioriterte pasientforløp, organisatoriske og faglige grenseflater, samt barrierer og muligheter for oppgaveglidning, samhandling og nye tjenestemodeller og konsepter. Arbeidet skal i andre fase prøve ut konseptene, pilotere og evaluere disse.

Mål og ønsket effekt

Hva ønsker vi å oppnå med tiltaket?

Optimaliserte og effektiviserte helhetlige pasientforløp som kan behandles i hjemmet og/eller i kommunehelsetjenesten, med støtte fra spesialisthelsetjenesten.

- Målet med prosjektet er i første fase å identifisere konkrete områder som skal piloteres. Målet er å identifisere helhetlige, sammenhengende og bærekraftige pasientforløp for prioriterte grupper, der pasienter i større grad kan få behandling og oppfølging i eget hjem, i kommunale tjenester, ved DHO (Hjemmesykehus) eller i kombinasjon med spesialisthelsetjenesten.
- Områdene som identifiseres skal i andre fase bidra til bedre ressursutnyttelse, tydeligere ansvarsdeling, og redusert risiko for at pasienter opplever brudd i forløp eller blir «kasteballer» mellom tjenestenivåene.

Målgrupper

Hva er tiltakets målgrupper?

Kroniske komplekse tilstander i prioriterte grupper som kan bo og få behandling hjemme, med støtte fra både nye digitale og allerede etablerte løsninger

Status per januar 2026

Hvor langt er vi kommet i arbeidet, hvilken fase?

- Prosjektet er etablert. Styringsgruppe er konstituert og arbeidsgruppe etablert med representasjon fra kommuner og spesialisthelsetjenesten. Mandat, prosjektleveranser og metodisk tilnærming er avklart.
- Prosjektet er forsinket sammenlignet med opprinnelig plan som følge av pågående strukturelle omstillinger både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Forsinkelsen vurderes samtidig å ha bidratt til bedre forankring, økt relevans og tydeligere kobling til parallelle utviklings- og innovasjonsprosjekter i regionen.

Evaluering

Har prosjektet planlagt en egen evaluering? Hvis ja, beskriv kort hva og når.

Prosjektet utvikles med mål om forskning og evaluering, for å danne et grunnlag for evidensbasert overføringsverdi. Metodikk for evaluering vil avklares i forprosjektperioden

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn:
Hvor er samhandlingsrommet

RHF og deltakende HF/kommuner:
Helse Nord v/ Universitetssykehuset Nord Norge (DMS) og 7 kommuner Midt-Troms (Salangen, Lavangen, Bardu, Målselv, Dyrøy, Sørreisa og Senja)

Prosjektets kontaktperson:
Kommunalsjef Senja,
Turid Amundsen

Milepælsplan for 2026 og 2027

Hva er de viktigste milepælene og leveransene, og når?

Fase en:

2026: Forprosjekt og konseptutvikling

- Etablering av styring og organisering
- Kartlegging av pasientforløp og identifisering av samhandlingsutfordringer
- Utvikling av idéer og tjenestekonseppter
- Skisse til forsknings- og evalueringsdesign

Fase to:

2027–2028: Pilotering og utprøving

- Testing av utvalgte tjenestemodeller
- Samhandling mellom kommuner og UNN i praksis
- Justering og videreutvikling basert på erfaringer og tidlig evaluering

Evaluering og overføringsverdi

- Effektevaluering og forskning
- Vurdering av skalering og overføring til øvrige tjenester og regioner

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid?

Forprosjekt 2026 -> Pilot 2027/2028 med overføring til øvrige tjenester -> Evaluering 2026/2028 – Ny tjenestemodell Troms 2028

Viktigste hindringer

Prosjektnavn:
Hvor er samhandlingsrommet

RHF og deltagende HF/kommuner:
Helse Nord v/ Universitetssykehuset Nord Norge (DMS) og 7 kommuner Midt-Troms (Salangen, Lavangen, Bardu, Målselv, Dyrøy, Sørreisa og Senja)

Prosjektets kontaktperson:
Kommunalsjef Senja,
Turid Amundsen

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- **Personell-/ressurstilgjengelighet**
 - Reduksjon av personer i arbeidsfør alder, vil kreve metodikk for gevinst- og bærekraftvurdering i identifiserte konsepter
- **Digitalisering**
 - Digital støtte i pasientforløp
 - Verktøy, kapasitet og infrastruktur
 - Informasjonsflyt i sekvensierte pasientforløp er en utfordring for å få til helhetlige pasientforløp
- **Juridiske hindringer**
 - Det er allerede flere velkjente juridiske hindringer f.eks pasientinformasjon, bruk av personell på tvers av forvaltningsnivå (allerede gjort oss gode erfaringer ved DMS)
 - Prosjektet ønsker å identifisere og adressere ytterlige hindringer som kan sikre bærekraftig bruk av personell og helhetlige pasientforløp
 - Prosjektet søker å rapportere disse hindringene og finne støtte til utprøving av nye modeller gjennom forsøksordninger
- **Organisatoriske hindringer**
 - Ulike styringslinjer og beslutningsprosesser i kommune og helseforetak
- **Økonomiske/finansielle forhold**
 - Noe adresseres ved bruk av rekrutterings- og samhandlingstilskudd
 - Det er derimot økonomiske utfordringer i både kommune- og spesialisthelsetjenesten f.eks utskrivningsklare pasienter, som må adresseres.
 - Oppgaveoverføring til kommunene uten økonomiske tilslutninger eller avtaler som fullfinansierer / Finansiering følger ikke behandlingsansvar
- **Andre**
 - Helsereformutvalg vil legge mulige føringer på både pilotering, evaluering og forskning.
 - Prosjektet vil også kunne ta inn andre hindringer som adresseres av andre pågående prosjekter og fremtidig rapport fra helsereformutvalg

Prosjekt svangerskaps-, fødsels- og barselmsorgen i Oslo (Prosjekt SFB)

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn:

Prosjekt SFB: sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Oslo

RHF og deltakende HF/kommuner: Oslo kommune ved byrådsavdeling for helse og Helseetaten, Oslo Universitetssykehus, Akershus Universitetssykehus, Helsedirektoratet, Jordmorforeningene.

Prosjektets kontaktperson:

Tine Ravlo

Kort prosjektbeskrivelse

- Å utrede en helhetlig modell for et sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud i Oslo, innenfor dagens økonomiske og personellmessige rammer. Modellen skal ta utgangspunkt i tilbudet rundt den gravide, slik at kvinnen og familien gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden. Utprøvingen skal også ha som mål å sikre bedre bruk av de samlede ressursene og å gi kunnskap og erfaringsgrunnlag med nasjonal overføringsverdi.

Mål og ønsket effekt

- Oslo kommune, Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, som har sørge-for-ansvaret for tjenestene, skal samarbeide for å utrede utvikle og utprøve en helhetlig modell for et helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud i Oslo. Helsedirektoratet deltar i utrednings- og utviklingsarbeidet, og bistår i tillegg med det som inngår i sitt oppdrag gjennom den etablerte strukturen i Prosjekt X. Prosjektet ledes av Oslo kommune v/Byrådsavdeling for helse.

Målgrupper

Gravide kvinner og familier
Helsepersonell i forløpet (jordmødre, leger m.fl.)

Status per januar 2026

Oppstartsmøte 30.1.2026 (konstituering av prosjektgruppen). Arbeidsgruppen starter sitt arbeid 03.02.2026.

Evaluering

Vi planlegger for en evaluering av piloten. Det er p.t. ikke avklart hvem som skal evaluere.

Milepælsplan Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn: Prosjekt SFB: sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Oslo

RHF og deltakende HF/kommuner: Oslo kommune ved byrådsavdeling for helse og Helseetaten, Oslo Universitetssykehus, Akershus Universitetssykehus, Helsedirektoratet, Jordmorforeningene.

Prosjektets kontaktperson: Tine Ravlo

Milepælsplan for 2026 og 2027

Periode	Tidspunkt	Aktivitet	Deltakere
Desember 2025	Før jul	Forankring av prosjektet. Intensjonsavtale og felles utspill	POL
Januar 2026	Oppstart	Sende forespørsler til instansene. Avklare deltakere, budsjett, møteplan, arbeidsform. Etablering av prosjektgruppe og formell oppstart.	Prosjektgruppe
Januar–mars 2026	Innen påske	Innsiktsfase. Faktainnhenting. Kartlegging av dagens pasientforløp og ressursbruk. Forankring hos fagorganisasjonene	Prosjektgruppe
Januar-juni 2026	Løpende	Prosjektmøter én dag per uke, 2-3 timer. Juridiske og organisatoriske hindringer beskrives. Helhetlig modell(er) utarbeides.	Prosjektgruppe
Juni 2026	Før sommer	Fremlegg av rapport med helhetlig modell og gjennomføringsplan. Vedtak og hjemler som muliggjør utprøving på plass eller i prosess.	Prosjektgruppe
Høsten 2026	Oppstart	Utrulling av modell startes opp	Relevante aktører
2027	Videreføring	Videre utrulling og oppskalering dersom forsøket viser gode resultater. Evaluering.	Relevante aktører

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid?

Utredning skal pågå fra januar 2026-juni 2026. Pilotering høsten 2026. Eventuell oppskalering 2027.

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: Prosjekt SFB: sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Oslo

RHF og deltakende HF/kommuner: Oslo kommune ved byrådsavdeling for helse og Helseetaten, Oslo Universitetssykehus, Akershus Universitetssykehus, Helsedirektoratet, Jordmorforeningene.

Prosjektets kontaktperson: Tine Ravlo

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- Personell-/ressursmessige: Piloten skal iht. avtalen gjennomføres innenfor dagens økonomiske og personellmessige rammer – kan gi utfordringer. Helsepersonellmangel, spesielt i spesialisthelsetjenesten. Det er forventet en større mangel på jordmødre og annet helsepersonell over tid. Stor andel jordmødre i arbeid er på tur ut av arbeidslivet (når pensjonsalder). Rekruttere og beholde ressurser.
- Digitalisering: Digitalt helsekort for gravid er ikke implementert over alt. Sykehusene og kommunen har forskjellige journalsystemer. Gir store utfordringer med informasjonsdeling.
- Juridiske hindringer: Prosjektet oppfordres til å tenke utover dagens organisering, finansiering, regelverk og planverk. Forsøksloven skal anvendes hvis nødvendig for å realisere målbildet, og avklaringer og forankring skal skje innenfor prosjektets utredningsfase.
- Organisatoriske hindringer: Nivåforskjeller i kommune- og spes.helsetjeneste.
- Økonomiske/finansielle forhold: Piloten skal gjennomføres innenfor dagens økonomiske rammer – vil bli vanskelig
- Andre

Prosjekt Eldreløftet –tjenesten fra samme hus

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn: **"Eldre-løftet - tjenesten fra samme hus!"**

RHF og deltakende HF/kommuner: **HN RHF UNN/Tromsø kommune**

Prosjektets kontaktperson: **Per Angermo**

Kort prosjektbeskrivelse

- Eldreløftet er et felles utviklings- og samhandlingsprosjekt mellom UNN HF og Tromsø kommune, i samarbeid med flere kommuner i Midt- og Nord-Troms. Gjennom en organisatorisk samarbeidsmodell med et felles hus for planlegging, drift og utvikling av mer sammenhengende, bærekraftige og pasientsentrerte helsetjenester for skrøpelige eldre. Kjernen i prosjektet er i se på muligheten til deling av ressurser, kompetanse og pasientoppfølging som samordnes på tvers av nivåer uavhengig av hvor pasienten fysisk befinner seg- «tjenestene leveres fra samme hus», dvs trappetrinn 5 i samordningstrappen. Prosjektet kombinerer nye organisatoriske modeller med systematisk kompetansedeling, blant annet gjennom personell som arbeider på tvers av tjenestenivåer, felles beslutningsstøtte og digitale samhandlingsløsninger. Eldreløftet bygger videre på eksisterende erfaringer innen pasientsentrerte team, helhetlige pasientforløp og digital hjemmeoppfølging, og er i tråd med nasjonale føringer for samhandling og e-helse.

Mål og ønsket effekt

- Gjennom nye samhandlingsmodeller og økt fleksibilitet i bruk av samlet kompetanse og personell («helsearbeiderflyt») skal helsehjelp ytes der pasienten er, uavhengig av organisatoriske grenser. Dette skal gi mer helhetlige og sømløse pasientforløp, bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet i tjenestene.
- Prosjektet har som mål å sikre:
 - Eldreløftet understøtter en raskere vurdering
 - riktig behandlingsnivå (BEON)
 - redusere unødige innleggelser
 - Minimalisere utskrivningsklare pasienter (overliggere)
- Eldreløftet understøtter nasjonale mål om å flytte tyngdepunktet i helsetjenesten nærmere pasientens hjem, styrke kommunenes rolle og sikre bærekraftige løsninger i møte med demografiske endringer, økende kompetansebehov og press på både personell og økonomi.

Målgrupper

Hva er tiltakets målgrupper?

Eldre

Skrøpelig

Men tiltakene har som mål og kunne brukes innen alle pasientgrupper på sikt

Status per januar 2026

Hvor langt er vi kommet i arbeidet, hvilken fase?

Kartleggings- og konseptfase

Evaluerings

Har prosjektet planlagt en egen evaluering? Hvis ja, beskriv kort hva og når.

Ja, på slutten av perioden (se neste side). Skal også detaljeres og tydeliggjøres i perioden.

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

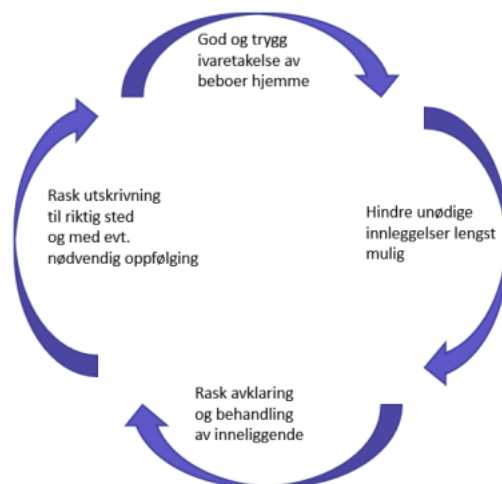
Prosjektnavn: "Eldre-løftet - tjenesten fra samme hus!"

RHF og deltakende HF/kommuner: HN RHF UNN/Tromsø kommune

Prosjektets kontaktperson: Per Angermo

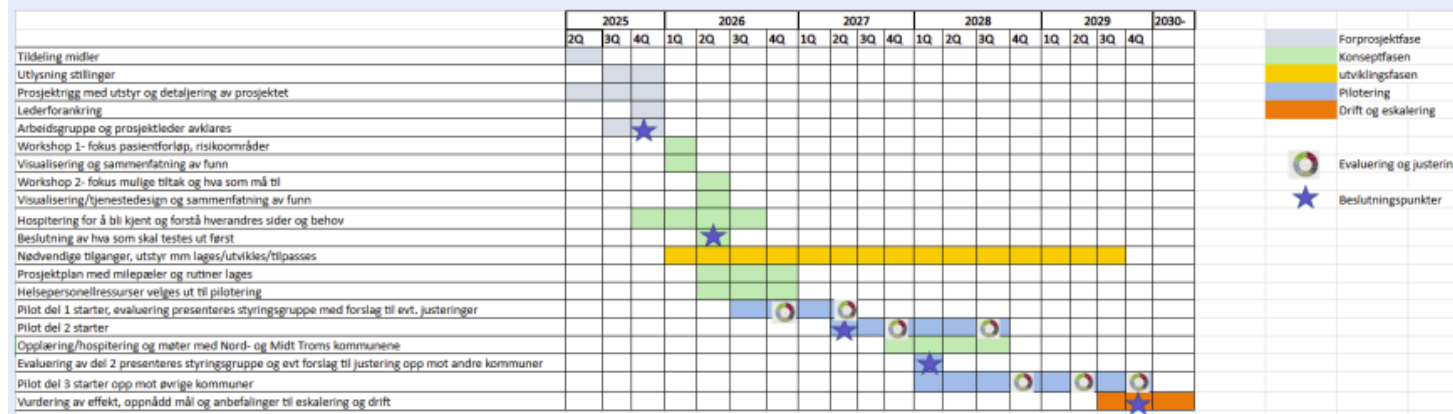
Milepælsplan for 2026 og 2027

Hva er de viktigste milepælene og leveransene, og når?



Prosjektplan, inkludert evalueringspunkter:

Prosjektplan er beskrevet over
Fremdriftsplan: (er også lagt ved som vedlegg)



Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid? Prosjektet gjennomføres fasevis over prosjektperioden, med gradvis utvikling, pilotering, evaluering og oppskalering. Innledningsvis etableres og testes nye samhandlingsmodeller i småskala med hovedfokus på skrøpelige eldre i samarbeid mellom UNN og Tromsø kommune. Erfaringer fra pilotene brukes til justering og videreutvikling før løsningene eskaleres og settes i drift for et større pasientvolum og flere kommuner i Midt- og Nord-Troms. Den overordnede planen er å utvikle et bærekraftig, skalerbart og overførbart konsept som kan tas i bruk i andre pasientforløp og geografiske områder, med mål om varig drift, bedre ressursutnyttelse og nasjonal overføringsverdi.

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: "Eldre-løftet - tjenesten fra samme hus!"

RHF og deltakende HF/kommuner: HN RHF UNN/Tromsø kommune

Prosjektets kontaktperson: Per Angermo

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- **Personell-/ressursmessige**
 - «Alle» er opptatte i drift. Allokering av ressurser for endring/prosjekt må gjøres gjennom finansiering slik at en unngår venstrehåndsfokus. Denne utgiften er investering til mer effektiv drift som output. Altså utgift til inntekts ervervelse.
- **Digitalisering**
 - Ulike systemer i spesialist- og kommunehelsetjeneste medfører meldingsutveksling i stedet for oppslag som nasjonalt er omforent foretrukken modell (effektiv, kvalitativ, sikrere, ressursbesparende)
 - Proprietære systemer som krever integrasjonsarbeid
- **Juridiske hindringer**
 - Organisatoriske skiller medfører ulike juridiske enheter og dermed for eksempel begrensninger i tilgang til sanntids informasjon/dokumentasjon om pasienten
- **Organisatoriske hindringer**
 - Skiller mellom nivåene må brytes
 - Dagens system fokuserer og belønner innsats i egen organisasjon
 - Ingen insentiver, bare tap ved ytelser på tvers av nivåene. Stor overordnet gevinst ved ressursflyt med fokus på pasienten, kun hindringer. Hver aktør ser gevinst fra eget ståsted. Ulogisk finansiering og manglende insentiver. Profylakse vs behandling. Sykehus vs kommune.
- **Økonomiske/finansielle forhold**
 - Løpende dagsbøter USK svarende 50 mill/år som medfører handlingslammelse/ond sirkel
 - Liten eller ingen prosjektfinansiering og utfordrende driftsbudsjett hindrer frikjøp all tid finansiering mangler til utgifter for inntekts ervervelse
 - Mindre finansiering gjennom Helsefellesskapet er kun årlig og vanskelig gjør **langsiktig fokus** og sentral rekruttering i kraft av liten forutsigbarhet

Andre

- Enkelte regulatoriske innenfor forvaltning og tjenestetildeling. Kultur og holdninger i tjenestene. Byråkrati som hindrer tillitsreform. Ulike kompenserende tiltak på symptom ikke problem. Manglende felles forståelse, pendelfokus i ansvarsforhold og mangler. Ikke helhetsfokus, derimot stykkevis og delt.

Prosjekt **Neste steg** - Etablering av sikkerhetsboliger for personer med sammensatte behov

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn: Neste steg - Etablering av sikkerhetsboliger for personer med sammensatte behov

RHF og deltakende HF/kommuner: HMN, St. Olavs Hospital HF, Trondheim Kommune

Prosjektets kontaktperson: Vivian Sandberg Larsen og Elin Ulleberg

Kort prosjektbeskrivelse

Dagens tjenester til pasienter med personer med sammensatte behov, alvorlig psykisk helse- og rusmiddelproblematikk og eventuelt samtidig voldsproblematikk svikter ofte i samhandling, boligtilbud og arbeidsrettet oppfølging, noe som gjør det vanskelig for kommunene å ta imot utskrivningsklare pasienter. Trondheim kommune og St. Olavs hospital etablerer et prosjekt for felles utvikling av sikkerhets- og overgangsboliger, samt tilknyttede ROP-boliger. Prosjektet skal utforske nye samarbeidsmodeller mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, belyse juridiske rammer for tvang og sikre helhetlig oppfølging.

Mål og ønsket effekt

Det forventes at pasienter med komplekse behov vil få en bedre og mer sammenhengende overgang til kommunal bolig etter opphold i sikkerhetsavdelinger. Fokus er på økt boevne, mestring og deltakelse i meningsfull aktivitet. Kommunen får bedre grunnlag for å vurdere egnet bolig, noe som reduserer feiltildeling og øker sjansen for behandlingssuksess.

Spesialisthelsetjenesten får bedre grunnlag for voldsrisikovurderinger i normale omgivelser. Målbare gevinster inkluderer reduserte kostnader og ressursbruk for kommunen, samt mulige reduserte personalkostnader ved samdrift

Målgrupper

Pasientene er personer med sammensatte behov, alvorlig psykisk helse- og rusmiddelproblematikk og samtidig voldsproblematikk

Status per januar 2026

Prosjektet er etablert, man jobber med prosjektstruktur, styring og rammer for involvering av interessenter.

Evaluerings

Under planlegging

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn: Neste steg - Etablering av sikkerhetsboliger for personer med sammensatte behov

RHF og deltakende HF/kommuner: HMN, St. Olavs Hospital HF, Trondheim Kommune

Prosjektets kontaktperson: Vivian Sandberg Larsen og Elin Ulleberg

Milepælsplan for 2026 og 2027

- Gjennomført innsiktsfase med innhenting av kunnskap fra andre kommuner og sykehus.
- Gjennomført forprosjekt som belyser faglige, juridiske, økonomiske og organisatoriske forhold, inkludert avklaringer med relevante myndigheter, som Statsforvalteren og Kontrollkommisjonen, særlig knyttet til juridiske grenseoppganger og forvaltning av tvang knyttet til botilbudet.
- Bidratt med innspill til felles areal- og funksjonsprogram, og gjennomført mulighetsstudie for aktuelt bygg.
- Utredet mulige samarbeidsmodeller og organisering av tjenestene
- Utviklet samarbeidsmodeller med kommunale botilbud for å sikre en helhetlig og koordinert tjeneste for pasientene. Dette innebærer blant annet å sikre en hensiktsmessig ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ved oppfølging av den aktuelle pasientgruppen.

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid?

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: Neste steg - Etablering av sikkerhetsboliger for personer med sammensatte behov

RHF og deltakende HF/kommuner: HMN, St. Olavs Hospital HF, Trondheim Kommune

Prosjektets kontaktperson: Vivian Sandberg Larsen og Elin Ulleberg

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- Personell-/ressursmessige
- Digitalisering
- Juridiske hindringer
- Organisatoriske hindringer
- Økonomiske/finansielle forhold
- Andre

Prosjekt «Én vei inn» - Felles psykisk helsemottak

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn:

«Én vei inn» – Felles psykisk helsemottak

RHF og deltakende HF/kommuner:

HSØ RHF; Sykehuset i Vestfold – Sandefjord kommune

Prosjektets kontaktperson:

Christian Reissig

Kort prosjektbeskrivelse

Etablere felles psykisk helsemottak i samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og DPS, slik at alle pasienter som søker hjelp og/eller henvises til DPS eller kommunal psykisk helsehjelp avklares der mtp. videre helsehjelp.

Mål og ønsket effekt

- Overordnet: En vei inn til psykiske helsetjenester for voksne pasienter, unngå kastballproblematikk/runddans og tilby riktig helsehjelp raskere. Bedre ressursutnyttelse og bedre brukeropplevelse.
- Maks. 2 uker fra kontakt/henvisning til første vurdering i Felles psykisk helsemottak
- Maks. 4 uker fra første kartlegging til pasienten starter opp i riktig tilbud
- Kortere behandlingstid

Målgrupper

Voksne pasienter med behov for psykisk helsehjelp i kommunehelsetjeneste og/eller spesialisthelsetjeneste/DPS

Status per januar 2026

- Pilotering i Sandefjord kommune/DPS Vestfold, 20 pas./uke.
- Forberedelse av oppstart Tønsberg kommune/DPS Vestfold
- Ferdigstilling av implementeringsveileder.
- Brukerundersøkelse og kvalitative intervjuer pågående

Evaluering

Q1/2026: Kvalitative brukerintervjuer (pågående)
Q1/2026: Oppstart brukerundersøkelse
Fortløpende: Monitorering av ventetider og avvisningsrate (spes.htj.)
Q2/2026: Evaluering av piloten i Sandefj. med utgangspunkt i gevinsthypotesene

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn:

«Én vei inn» – Felles psykisk helsemottak

RHF og deltakende HF/kommuner:

HSØ RHF; Sykehuset i Vestfold – Sandefjord kommune

Prosjektets kontaktperson:

Christian Reissig

Milepælsplan for 2026 og 2027

Januar 2026: Kapasitetsøkning til 20 pas./uke i Felles psykisk helsemottak i Sandefjord

Januar 2026: Utarbeidelse av implementeringsveileder i samarbeid med Innomed

H1/2026: Oppstart Felles psykisk helsemottak Tønsberg kommune/DPS Vestfold

2026: Fullskalaimplementering og kontinuerlig forbedring av modell i Sandefjord og Tønsberg

2026: Øke andel pasienter som mottar eBehandling, prøve ut digitale intervensjoner på tvers av nivåer

2026: Plan for bredding i øvrige kommuner i helsefellesskapet i Vestfold utarbeides i samråd med kommuner i opptaksområdet

2026: Følge opp oppdrag om å bistå Helsedirektoratet i oppdrag om å legge til rette for å bredde ut tilbudet «Én vei inn», tilpasset lokale forhold

2027: Videre bredding

Lengre sikt

Målet er å etablere felles psykisk helsemottak over hele landet frem mot 2029 jf. oppdragsdokument HSØ 2026.

Viktigste hindringer

Prosjektnavn:

«En vei inn» – Felles psykisk helsemottak

RHF og deltakende HF/kommuner:

HSØ RHF; Sykehuset i Vestfold – Sandefjord kommune

Prosjektets kontaktperson:

Christian Reissig

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Det er identifisert og beskrevet flere barrierer; vesentlig juridiske hindringer, økonomiske/finansielle forhold og mangelfulle og/eller mangelfull integrerte tekniske løsninger. I piloteringen brukes det en rekke «workarounds», det er betydelig innovasjons- og lederkraft som sikrer fremdrift til tross for barrierene og særskilt prosjektfinansiering bidrar til at prosjektet realiseres og utvikles i piloten til tross for at modellen medfører at deler av inntektsgrunnlaget bortfaller, pga. gjeldende regelverk. Noen av barrierene vil være mest synlige i pilotering/prosjektfase, men kan hindre bredding. Når modellen skal breddes nasjonalt, er det avgjørende at disse barrierene er ryddet av veien, da dette vil bremse nasjonal implementering og utgjør en risiko for å målet om å etablere felles psykisk helsemottak over hele landet frem mot 2029.

Følgende barrierer fremheves særskilt og må adresseres nasjonalt:

- 1) Booking av time direkte i timebok:** Det finnes per i dag ikke en nasjonal løsning for direkte bestilling i timebok for pasienter som ikke er i et pågående pasientforløp. Løsning i Helsenorge må videreutvikles; ulike kommuner bruker ulike løsninger.
- 2) Finansiering:** poliklinikkforskriftens §2 krever henvisning for at spesialisthelsetjeneste kan ta egenandel. Ved egenbooking er det ikke henvisning, og DPS kan da ikke ta egenandel. I prosjekt-/implementeringsperioden vil pasienter fortsatt være henvist fra fastlege til DPS, men det er tilfeldig om behandler som vurderer pasienten er fra DPS eller kommune. Vi kan ikke ta egenandel ved oppmøte hos kommunal behandler. Finansiering bør understøtte ønsket utvikling og implementering. Bortfall av egenandelsinntekt vil vedvare hvis pasienten skal videre i spesialisthelsetjenesten (ca. 1/3 – og medføre inntekstap for DPS).
- 3) Taushetsplikt/informasjonsdeling:** i prosjektperiode dukker stadig spørsmålet opp om taushetsplikt mellom forvaltningsnivåene: "er det greit at kommunal behandler får tilgang til informasjon sendt til DPS i henvisning?" For å sikre bredding nasjonalt er det avgjørende med ensartet og lett tilgjengelig fortolkning av gjeldende regelverk, slik at ulik fortolkning ikke blir en implementerings«brems»
- 4) Rettighetsvurdering:** I modellen skjer rettighetsvurderingen i møte med pasienten, og ikke basert på innhold i henvisningen. Møtet med pasienten gjennomføres ikke alltid av spesialist, og dette kan også være kommunal behandler. Tidlig avklaringsteam gjør i praksis også rettighetsvurderingen i møte med pasienten, men har formelt rettighetsvurdert på papiret først - og her er det bare ansatte fra spesialisthelsetjenesten.

Prosjekt «Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde»

Prosjekt X - statusrapport per januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn: Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde

RHF og deltakende HF/kommuner: Helse Vest – Helse Bergen – Voss sjukehus – Voss DPS NKS Bjørkeli – Voss herad – Vaksdal kommune – Kvam herad – Ulvik herad – Eidfjord kommune

Prosjektets kontaktperson: Birger N. Lærum, Torstein Hellesnes og Gunn Iren H. Engvold

Kort prosjektbeskrivelse

Hva går tiltaket (prosjektet) ut på?

Prosjektet skal utvikle ny samhandlingsmodell mellom primær- og spesialisthelsetenesta i Voss lokalsjukehusområde. Særleg fokus på sårbare grupper som risikerer å falle mellom nivåa i helsetenesta. Prosjektet har to hovudspor:

Avklaring 360: sikre tidleg avklaring av behov og rett tenestenivå innan målgruppa skrøpelege eldre

Kvinnehelse 2.0: sikre tidleg avklaring av tilstandar som kan verte oversett innan målgruppa fødsel- og barselomsorg

Mål og ønsket effekt

Hva ønsker vi å oppnå med tiltaket?

Avklaring 360: Å utvikle ny samhandlingsmodell for tverrfagleg tidleg avklaring og tiltak kvar ressursar frå begge forvaltningsnivåa vert koordinerte, overgangar vert reduserte, tidsbruk for helsepersonell vert effektivisert og innovative teknologiske løysingar vert teke i bruk.

Kvinnehelse 2.0: Å utvikle ny samhandlingsmodell for kvinnehelse som kan fange opp problemstillingar tidleg, sikre god ressursbruk på tvers av forvaltningsnivå og bidra til betre og raskare helsehjelp, samt redusere fråver frå arbeidslivet.

Målgrupper

Hva er tiltakets målgrupper?

Skrøpelege eldre og pasientar innan fødsel- og barselomsorg

Status per januar 2026

Hvor langt er vi kommet i arbeidet, hvilken fase?

Oppstartsfase (prosjektdirektiv er vedteke)

Innhenting av kunnskapsgrunnlag, orientering i forhold til andre samhandlingsprosjekt

Evaluering

Har prosjektet planlagt en egen evaluering? Hvis ja, beskriv kort hva og når.

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn: Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde

RHF og deltakende HF/kommuner: Helse Vest – Helse Bergen – Voss sjukehus – Voss DPS NKS Bjørkeli – Voss herad – Vaksdal kommune – Kvam herad – Ulvik herad – Eidfjord kommune

Prosjektets kontaktperson: Birger N. Lærum, Torstein Hellesnes og Gunn Iren H. Engvold

Milepælsplan for 2026 og 2027

Hva er de viktigste milepælene og leveransene, og når?

Nr	Milepæl	Ferdig dato
M1	Forankring tillitsvalde, verneteneste, kommunalleiing og føretaksleiing	15.12.25
M2	Forankring i Områdeutvalet, Helsefellesskapet og KS	01.02.26
M3	Kartlegging og analyse	01.02.26
M4	Utvikling av nye samhandlingsmodellar	22.05.26
M5	Plan for pilot	01.06.26
M6	Måleindikatorar og evaluering	01.06.26
M7	Sluttleveranse: Prosjektrapport med anbefalingar	19.06.26
MX	Oppstart pilot	Haust 2026

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid?

Viktigste hindringer

Prosjektnavn: Ny samhandlingsmodell i Voss lokalsjukehusområde

RHF og deltakende HF/kommuner: Helse Vest – Helse Bergen – Voss sjukehus – Voss DPS NKS Bjørkeli – Voss herad – Vaksdal kommune – Kvam herad – Ulvik herad – Eidfjord kommune

Prosjektets kontaktperson: Birger N. Lærum, Torstein Hellesnes og Gunn Iren H. Engvold

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Har dere allerede nå identifisert hindringer for å nå prosjektets mål og ønsket effekt? For eksempel

(beskrives med inntil et par setninger der det er aktuelt)

- Personell-/ressursmessige
 - Arbeidsgjevaransvar og arbeidsplan for helger (v/ deling av personell)
- Digitalisering
 - Val av – og kommunikasjon mellom journalsystem
- Juridiske hindringer
 - Teieplikt mellom koordinerende aktører
- Organisatoriske hindringer
 - Forvaltning i kvar einskild kommune vs. mynde i ny samhandlingsmodell
- Økonomiske/finansielle forhold
 - Kostnader og gevinstar fordeler seg ulikt
- Andre
 - Reiseveg mellom lokasjonar

Prosjekt – integrerte helsetjenester Sykehuset Østfold HF

Prosjekt X - statusrapport 22. januar 2026

Sendes til Helsedirektoratet senest 22. januar 2026



Om prosjektet

Prosjektnavn:

Integrerte helsetjenester (IHT) Østfold

RHF og deltakende HF/kommuner:

Helse Sør-Øst, Sykehuset Østfold HT, Sarpsborg og Fredrikstad kommune

Prosjektets kontaktperson:

Denisa Velic

Kort prosjektbeskrivelse

Hva går tiltaket (prosjektet) ut på? Prosjektet skal innføre en modell for integrerte helsetjenester for eldre med skrøpelighet og sammensatte behov i Østfold. Målet er å sikre at pasientene får helhetlig og koordinert oppfølging på tvers av sykehus, kommuner, inkludert fastleger. Dette gjøres gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam, strukturert kartlegging, felles behandlings- og oppfølgingsplaner og et nytt digitalt støtteverktøy.

Tiltaket skal bidra til bedre livskvalitet og trygghet for pasientene, økt samhandling mellom tjenestenivåene, færre akutte innleggelser og mer effektiv bruk av helseressurser. Prosjektet bygger på modellen brukt ved Ahus og tilpasses lokale forhold i Østfold.

Mål og ønsket effekt

Hva ønsker vi å oppnå med tiltaket? Tiltaket skal sikre mer helhetlige og koordinerte helsetjenester for eldre med skrøpelighet og sammensatte behov.

Målet er å gi pasientene én samlet oppfølging, med faste kontaktpersoner, bedre involvering av pasient og pårørende, og økt trygghet og forutsigbarhet med færre akuttinnleggelser og reinnleggelser.

For helsetjenesten skal tiltaket bidra til bedre samhandling mellom sykehus, kommuner og fastleger, færre akuttinnleggelser og reinnleggelser, samt mer effektiv ressursbruk. Prosjektet skal også innføre et digitalt støtteverktøy som gjør koordinering og resultatoppfølging enklere på tvers av tjenestenivåer.

Målgrupper

Eldre med skrøpelighet og sammensatte, komplekse behov. Dette er pasienter som ofte har:

Flere kroniske sykdommer, gjentatte akutte forverringer/innleggelser, behov for tjenester både i kommune og sykehus, og manglende kontinuitet og koordinering i dagens system

Status per januar 2026

Prosjektet er nå i en aktiv implementeringsfase, men før full drift: modellen er ferdigstilt, digitale løsninger er ikke ferdig utarbeidet og implementert, modellen testes ut i to kommuner, spredning til flere kommuner i Helsefelleskapet skal velges, evaluering og 0-punktsmålinger er under planlegging, prosjektperioden er forlenget for å fullføre innføringen

Evaluering

Ja, piloteringen skal evalueres av prosjektet, mens impelenteringen skal evalueres av følgeforskerene fra HIØ.

Milepælsplan

Milepælsplan for prosjektet som beskriver planlagt fremdrift, med særlig fokus på 2026 og 2027

Prosjektnavn:

Integrerte helsetjenester (IHT) Østfold

RHF og deltakende HF/kommuner:

Helse Sør-Øst, Sykehuset Østfold HT, Sarpsborg og Fredrikstad kommune

Prosjektets kontaktperson:

Denisa Velic

Milepælsplan for 2026 og 2027

Hva er de viktigste milepælene og leveransene, og når?

Leverte milepæler

- Minimetode er gjennomført.
- Forberedelser og forankring i ledelsen er gjennomført
- Samarbeid om følgeforskning med Høgskolen i Østfold etablert.
- Tverrfaglig IHT-team er etablert, og nødvendig utstyr er anskaffet.
- Metodikk er tilpasset, og felles pasientforløp mellom SØ og kommunene er godkjent.
- Identifiseringsapplikasjon er under utviklet og tatt i bruk – i Samarbeid med HSØ
- Pilotering i Sarpsborg og Fredrikstad har startet.

Pågående milepæler

- Resultat- og oppfølgingsapplikasjon forsinket pga. avhengigheter til regional arbeidsgruppe og Sykehuspartner.
- Plan for evaluering av piloteringen er utarbeidet

Planlagte milepæler

- Resultater fra evalueringen av piloteringen
- Oppskalering og plan for videre innføring i øvrige kommuner.
- Sluttrapport etter pilot og følgeforskning.
- Videre implementering utover 2026
- Planen er at prosjektet går over til drift januar 2027

Lengre sikt

Hva er overordnet plan for prosjektets levetid?

Prosjektets levetid strekker seg fra våren 2024 til sluttrapporten innen 31.desember 2026.

Viktigste hindringer

Prosjektnavn:
Integrerte helsetjenester (IHT) Østfold

RHF og deltakende HF/kommuner:
Helse Sør-Øst, Sykehuset Østfold HT, Sarpsborg og Fredrikstad kommune

Prosjektets kontaktperson:
Denisa Velic

Hindringer for å nå mål og ønsket effekt

Personell- og ressursmessige forhold:

Begrenset kapasitet innen geriater fører til redusert evne til å gi bred geriatrisk vurdering av eldre, noe som kan påvirke kvaliteten.

Ansatte i IHT-teamet i Sykehuset Østfold er organisert i kombinasjonsstillinger med 50 % klinisk drift og 50 % IHT-team. Ordningen er etablert for å sikre bemanning i klinikken samtidig som utviklingsarbeid ivaretas. Dette fører til at man må planlegge aktiviteter og utviklingsarbeid svært nøye, fordi tilgjengelig tid til prosjektarbeid er begrenset og fragmentert. Samt bruke flere ressurser på koordinering, planlegging og omstilling.

Digitalisering:

Manglende integrasjoner mellom EPJ-systemene i kommuner og sykehus skaper informasjonsbrudd, dobbeltføring og forsinket informasjonsflyt. PLO-meldinger og fravær av felles legemiddeloversikt er identifisert som særlig kritiske flaskehals. Resultat- og forløpsapplikasjonene er utfordrende å utvikle for tjenester som leveres på tvers av sykehus og kommuner.

Juridiske hindringer:

Taushetsplikt og ansvarsavklaringer oppleves som barrierer i praksis, til tross for at regelverket åpner for informasjonsdeling. Manglende felles retningslinjer for dokumentasjon på tvers kompliserer samarbeidet.

Organisatoriske hindringer:

Ulike arbeidsgiverlinjer og uklare ansvarsforhold skaper utfordringer i etablering av felles arbeidsprosesser og standardisert metodikk.

Økonomiske og finansielle forhold:

Dagens finansieringsmodeller (bl.a. ISF og fastlegenes takstsystem) støtter i liten grad tverrfaglig teamarbeid og kan svekke motivasjon og mulighet for deltakelse i samhandling.

Andre forhold:

Kodeverk og rapporteringsstrukturer er lite tilpasset tverrfaglige modeller, noe som gjør effektmåling og resultatoppfølging utfordrende. Behov for datakobling mellom KPR og NPR er identifisert.