

## Rekrutterings- og samhandlingsmidlar. Vedlegg til Årleg melding 2025 fra Helse Vest RHF

| Navn på prosjekt/tiltak   | Deltakende sjukehus og kommunar  | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet   | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar                              | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing   | Moglegheit for spreing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreing  |
|---|--|---------------|---|---|---|---|
| <b>Bergensområdet</b>   |  |               |   |   |   |   |
| <b>Rett Hjelp, Rett Sted, Rett Tid Prehospital vurderingsenhet i Bergen</b>           | Helse Bergen (v/ Akuttmedisinsk Avdeling) og Bergen kommune (v/ Bergen legevakt)   | 4 000 000     | Gjennomført samhandlings-seminar med bred representasjon fra samarbeidspartnere, samt felles erfaringsreise til lignende løsning i Danmark. Pilotering av løsningen er planlagt til høsten 2026.  | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Målet med prosjektet er bærekraftig utvikling og redusert overbehandling gjennom tiltak i AMK, ambulansetjenesten og legevaktstjenesten.  | Tiltakene kan føre til betydelige besparelser, redusere unødvendige sykehusinnleggelse, stabilisere arbeidsbelastningen og redusere behovet for flere ambulanser frem mot 2035. Konseptet har overføringsverdi til andre kommuner og helseforetak nasjonalt og internasjonalt.      |
| <b>Felles innsatsteam for barn i grunnskolealder med nevroutviklingsforstyrrelser</b> | Helse Bergen (v/ Klinikk psykisk helsevern for barn og unge og Bergen kommune (v/ Etat for barn og familie, Byrådsavdeling barnevern, sosiale tjenester og mangfold) | 1 200 000     | Det er utarbeidet mandat, nedsatt prosjektgruppe og styringsgruppe begge bestående av ansatte i Helse Bergen PBU, Betanien Bup og Bergen kommune. Prosjektet er startet og befinner seg i en utforskningsfase der en undersøker behov til respektive tjenester. | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Prosjektet har som mål å etablere et felles faglig innsatsteam for å øke kompetansen og forbedre overganger mellom 1. og 2. linjetjenester. Prosjektet har potensial til å gi betydelig samfunnsnytte ved å skape skreddersydde og sømløse pasientforløp, forebygge skolefravall, øke livskvalitet og samfunnsdeltagelse, samt redusere belastningen på helse- og omsorgstjenester. | Modellen kan overføres til andre kommuner og regioner, og tilpasses andre pasientgrupper, noe som kan bidra til effektivisering av hjelpe- og samarbeidsprosesser på tvers av Norge.  |
| <b>Videreføring av sikkerhetspasienter til kommunene (VASK)</b>                       | Helse Bergen og Bergen kommune   | 1 000 000     | Prosjektet er i pre-planlegging. Det er tilsatt ny psykolog ved posten pr 06.10, som frigjør prosjektleders kapasitet til prosjektarbeidet. Det utarbeides prosjektmandat, settes en prosjektgruppe, utarbeide prosjektplan.                                    | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Målsettingen med prosjektet er å bidra til en trygg overgang fra sikkerhetspsykiatrisk avdeling til egnet botilbud i hjemkommunen. Kortere liggetid på lokalt sikkerhetsnivå, og kortere gjennomsnittlig pasientforløp. Bedre samhandling med kommunen om bosetting av sikkerhetspasienter.   | Danne et felles fagteam på lokalt sikkerhetsnivå for å legge tilrette for en glidende overgang mellom lukket avdeling i sykehuset og et åpent botilbud i kommunen. Innretningen på dette prosjektet vil potensielt kunne benyttes av andre lokale sikkerhetsavdelinger og kommuner. |

| Navn på prosjekt/tiltak   | Deltakende sjukehus og kommunar                  | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet   | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar                              | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing   | Moglegheit for spreing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreing   |
|---|--|---------------|---|---|---|--|
| <b>Integrerte behandlingsforløp for alvorlige psykiske lidelser</b>                                       | Helse Bergen og Alver kommune                    | 1 000 000     | Start og planleggingsfase. Faste møter mellom kommune og DPS med fokus på kartlegging og behovsanalyse. Deltar på diverse konferanser om samhandling. I forbindelse med multi team har vi hatt møte med Øyane DPS. Har invitert PAM til innledende dialog. Vi ser på muligheten å samkjøre retningen på kurs- og kompetanseutvikling. | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Mål om færre innleggjelser, med rask utskriving, av alvorlig syke pasienter. Økt livskvalitet for pasienten. Økt forståelse og tettere samarbeid med instanser som er involvert i pasientens liv. Vi regner med at prosjektet gir økt forståelse for hverandres arbeid som igjen fører til bedre og tettere samhandling.  | Prosjektet kan ha potensial til å bli brukt som erfaringsgrunnlag for andre kommuner og helseforetak. En målsetning med prosjektet er å skape en selv-oppretholdende samhandlingskultur som overlever prosjektperioden, er uavhengig av person og som ikke vil være avhengig av fortsatt ekstern finansiering. |
| <b>Samhandlingsteam for pasienter med ROP-lidelser</b>  | Betanien sykehus, Helse Bergen og Bergen kommune | 2 500 000     | Oppstartsfase, etablere en felles forståelse. Har laget en revidert ROS analyse, hvor vi har skissert utfordringer og tiltak.   | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Reduksjon i akuttinnleggjelser over tid og økt kvalitet og hyppighet på kontaktpunkter mellom pasient og tjenesteapparat. Redusert press på spesialisthelsetjenestens døgnplasser ved å forhindre unødvendige innleggjelser. Økt kompetanseoverføring mellom nivåene, som styrker tjenestenes samlede evne til å håndtere komplekse pasientforløp og bidrar til reduserte samfunnskostnader over tid. | Etablering av en overførbar og evaluert modell for tverrsektoriell oppfølging, med skalerbarhet til andre områder og pasientgrupper med tilsvarende behov.   |
| <b>Telemedisinsk konsultasjon forut for akutt innleggelse</b>   | Helse Bergen og Bergen kommune                   | 2 000 000     | Venter på siste REK søknad om fritak for informert samtykke fra pasientene (eldre akutt syke sykehjemspasienter). Vi har fått låne en multi-monitor (EKG, pulsoksymetri og BT) fra MTU avdelingen på HUS som er klar.   | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Målet med studien er å undersøke om en bedre samhandling med bruk av telemedisinsk konsultasjon (lyd og bilde) mellom sykehjem og sykehus ved akutte hendelser kan forhindre unødige innleggjelser i sykehus.   | Studien vil utvikle rutiner for en slik telemedisinsk konsultasjon og hvor en sammen kan diskutere beste alternativ for videre behandling og håndtering. Dette vil også være viktig for å kunne møte «eldrebølgen» på en god måte de neste 25 år.  |
| <b>Hjerneskadekoordinator - forbedret samhandling og oppfølging av pasienter med ervervet hjerneskade</b> | Bergen kommune og Helse Bergen                   | 2 000 000     | To hjerneskadekoordinatorer startet arbeidet 01.09.25. Hospitering i Danmark for 5 representanter fra prosjektet. Jobber med å kartlegge behov for styrket samarbeid i og mellom Bergen kommune og spesialisthelsetjenesten. Oppstart pasientoppfølging i løpet av oktober 2025.  | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Sikre at personer med ervervet hjerneskade får sammenhengende rehabiliteringsforløp mellom sykehus og hjem gjennom styrket koordineringsarbeid og samhandling mellom de involverte aktører.   |  |

| Navn på prosjekt/tiltak   | Deltakende sjukehus og kommunar   | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet  | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar                              | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing   | Moglegheit for spreing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreing  |
|---|---|---------------|--|---|---|---|
| <b>Implementering av forhåndssamtaler – for trygge pasientforløp</b>                    | Øygarden kommune og Helse Bergen  | 2 000 000     | Prosjektgruppen har laget planer for implementeringsprosjektet og for forskningsprosjektet. Protokoll ble sendt til REK-vurdering 19.08.25. Gradvis oppstart av pasient- og pårørenderekuttering og gjennomføring av forhåndssamtaler fra desember-januar. | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Mål er å bidra til økt pasientautonomi og tryggere pasientforløp. Delmål er innføring av forhåndssamtaler som en rutine, etablere hensiktsmessig dokumentasjon og trygg deling av informasjon, samt gi helsepersonell økt kompetanse i klinisk kommunikasjon med alvorlig syke pasienter og deres pårørende.  | Forhåndssamtaler er en kompleks intervensjon, og det trengs mer kunnskap om hva som fremmer en robust implementering. Siden forhåndssamtaler ikke er innført i Helse Vest, vil kunnskap fra aktuelle prosjekt bli nyttig for videre implementering av forhåndssamtaler både lokalt, regionalt og videre nasjonalt.                |
| <b>Modell for å sikre ernæringsbehandling på tvers av tenestnivå i helsefelleskapet</b> | Haukeland universitetssjukehus, Voss sjukehus, Bergen kommune og kommunene i Voss lokalsjukehusområde                           | 556 000       | Godt igang med kartlegging internt og i oppstartsfasen kartlegging ut mot kommunene.   | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Prosjektet skal bidra til auka pasientsikkerheit i form av betre ernæringsoppfølging og færre komplikasjonar relatert til underernæring, samt styrka samhandling og informasjonsflyt mellom sjukehus, fastlegar og kommunale tenester i ernæringsarbeidet. Gevinst i form av å få etablert en modell for pasientforløp ved sondeernæring som sikrer individuell tilpasning av ernæringsplanar samt god overlevering og oppfølging mellom tjenestnivå. | Ernæringsbehandling tek tid, og held gjerne fram etter at pasienten er skriven ut frå sjukehus, og krev samhandling på tvers av tenestnivåa. Prosjektet har stor overføringsverdi til dei andre partane i helsefelleskapet. Vi håpar at prosjektet kan ha nasjonal nytteverdi for framtidens organisering av ernæringsbehandling. |
| <b>Samordnet koordinering av barselomsorg i første uke etter fødsel</b>                 | Bergen kommune og Helse Bergen  | 2 000 000     | Prosjektet er startet opp og fremdriftsplanen går som planlagt. Tilskuddsmidlene blir brukt som lønnsmidler til fagpersoner.   | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Prosjektets formål er å bidra til bedre kvalitet på barselomsorgen gjennom bedre ressursbruk, bedre informasjonsflyt og mer tilpasset og lokal oppfølging.  | Utfordringer i tilbudet ved overgang mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og god ressursbruk av helsepersonell gjelder ikke bare for Bergensområdet, men er kjent for flere kommuner og helseforetak i Norge. Prosjektet vil derfor ha overføringsverdi.  |
| <b>Digital hjemmeoppfølging i bergensområdet</b>  | Alle kommunene i helsefelleskapet, Helse Bergen (Haukeland Universitetssykehus), Haraldsplass Diakonale sykehus og DigiVestland | 2 500 000     | Prosjektgruppen ble etablert ultimo september med fokus på å identifisere, beskrive, og verifisere barrierer for samhandling i digital hjemmeoppfølging innen temaene tjenesteforløp, finansiering, teknologi og juridisk                                  | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve. | Prosjektet har som mål å skape en bærekraftig og effektiv DHO-tjeneste, ved å etablere en samhandlingsmodell for digital hjemmeoppfølging (DHO) på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.  | Modellen skal kunne oppskaleres og tas i bruk av andre helsefelleskap og legge grunnlaget for en standardisert og nasjonalt skalerbar modell for DHO som tar nytte av nasjonale fellesløsninger.  |

| Navn på prosjekt/tiltak  | Deltakende sjukehus og kommunar  | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet   | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar  | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing  | Moglegheit for spreieing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreieing  |
|--|--|---------------|---|---|--|---|
| <b>Forsterket samhandling mellom Bergen kommune og Avdeling for rusmedisin om pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR)</b> | Helse Bergen og Bergen kommune   | 1 000 000     | Prosjektleder er tilsatt, med oppstart mandag 6. oktober. Plan er lagt for første fase av prosjektet. Det er invitert til styringsgruppemøte.   | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve.   | Prosjektet forventer å identifisere modeller for samhandling som per i dag fungerer bra, og som kan breddes. Forventer å identifisere mangler i slike modeller, behov for å pilotere og etter hvert implementere nye modeller for samhandling, for ulike undergrupper av pasienter i LAR.                        | Resultatet av prosjektet kan overføres til oppfølging av pasienter i LAR i andre kommuner, som står overfor mange av de samme utfordringene.  |
| <b>Integrerte pasientforløp for pasienter med skrøpeligheit</b>  | Helse Bergen, Haraldsplass, de 18 kommunene i helsefellesskapet. Faglig samarbeidsutvalg (FSU) for eldre med skrøpeligheit   | 2 667 000     | Pågående prosjekt, planleggingsfase med innsiktsarbeid og kompetanseheving  | Alle prosjektmidlane har ein varigheit på eitt år frå oppstart. Prosjekta kan søke midlar på nytt ved neste høve.   | Målet med prosjektet er å innføre skrøpeligheitsvurdering i spesialist- og primærhelsetjenesten, og etablere bedre og mer tilpassede pasientforløp. Bidra til å unngå hyppige og unødige innleggjelser i sykehus, samt bidra til bedre beslutninger og riktig prioritering av utredning og behandling i sykehus. | Samfunnsnyttan vil være et bedre tilbud til den enkelte pasient, med mindre pårørendebelastning, og mer målrettet bruk av helsetjenester.   |
| <b>Sør-Rogaland</b>  |  |               |   |   |  |   |
| <b>Utprøving av pilot knyttet til etablering av samhandlingsteam</b>   | Stavanger kommune, Sandnes kommune, Helse Stavanger Tjenestemodellgruppen psykisk helse og rus. Vi prøver ut en pilot som en del av prosjektet i Stavanger kommune og Helse Stavanger som skal evalueres fra januar 2026 gjennom opptak i TØRN-samhandling. Mestringsenheten i Sandnes kommune administrerer tilskuddet. | 1 200 000     | Prosjektet startet opp som planlagt 1. april 2025 med frikjøp til prosjektledelse   | Prosjektet skulle avsluttes 31. mars 2026, men har nå fått TØRN-samhandling midler som vil benyttes for hele året 2026. De tre siste månedene med tilskudd fra rekrutterings og samhandlingstilskuddet vil derfor benyttes i perioden 1. januar og til 31. mars 2027. | Prosjektet leverer etter plan og starter opp med evaluering i januar 2026 og har inngått samarbeid med TØRN-samhandling for metodikk for evaluering og videreutvikling av samhandlingstiltak.  | Målet er at metodikken i TØRN-samhandling gir et godt fundament, og om det blir vellykket kan det brukes som modell for samhandling også i andre tjenestemodellgrupper/FSU.   |
| <b>Retttiltak til rett tid</b>   | SUS ved BUP og Stavanger kommune, ved både oppvekst og utdanning og helse og velferd   | 400 000       | Prosjektet pågår og er i innsiktsfasen. Skal gi kunnskapsgrunnlag for videreutvikling av mer treffsikre løsninger rettet mot målgruppen. Kartlegging av gjeldende rutiner, praksis og samarbeid mellom involverte aktører, særlig henvisningsrutiner hos fastlegene. Det er utarbeidet intervjuguider og planlagt for rekruttering av deltakere til innsiktsarbeidet. | Målet er at prosjektet skal resultere i nye og mer effektive samarbeidsmodeller innenfor ordinære rammer. Resultatet skal være mer treffsikre tilbud/tiltak for barn og unge, til riktig tid.   | Gjennom innsiktsarbeid, pilotering og utprøving av ny samarbeidsmodell, er målet økt samarbeid mellom fastleger, kommune og spesialisthelsetjeneste. Forventet effekt er bedre og helhetlig oppfølging av barn og unge samt tidlig innsats   | Prosjektet vurderer at samtlige kommuner i regionen vil kunne ha utbytte av innsiktsarbeidet. Kunnskap deles gjennom ulike samarbeidsfora i Helse Vest. Prosjektet ønsker å koble på statsforvalter for å sikre samsvar med deres satsingsområde knyttet til tverrfaglig samarbeid og taushetsplikt |

| Navn på prosjekt/tiltak   | Deltakende sjukehus og kommunar   | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet  | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar   | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing  | Moglegheit for spreieing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreieing  |
|---|---|---------------|--|--|--|---|
| <b>Felles inntak psykisk helse voksne</b>   | Sandnes kommune og Sandnes DPS  | 1 600 000     | Pågående. Startet opp med faste inntaksmøter i oktober.  | Oppstart i april 2025 og varer i 2 år. Prosjektet er tiltenkt å gå over i ordinær drift etter endt prosjektperiode   | Målet er å utvikle en felles modell for vurdering og behandling av henvisninger, som skal redusere ventetid og feilhenvisninger, øke kvaliteten og presisjonen i vurderinger, styrke samarbeidet mellom tjenestene, redusere antall doble eller unødvendige henvisninger, forkorte ventetid og behandlingstid, sikre bedre utnyttelse av samlet behandlingsskapasitet, øke pasienttilfredshet og opplevelse av helhetlig hjelp, ved avslag av henvisning på poliklinikk kan pasient gå videre til kommunen uten at fastlege/pasient må henvises dit, mer effektivt for fastleger samt færre klager til statsforvalter. | Prosjektgruppen har deltatt i ulike fora for å presentere prosjektets innhold og gjennomføring, blant annet på Samhandlingskonferansen i Trondheim i oktober 2025.  |
| <b>Digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet Sør-Rogaland</b>                        | Alle 15 kommuner i Sør-Rogaland og SUS. Samarbeid med DigiRogaland  | 2 000 000     | Pågående   | Prosjektperioden varer fra 12. mars 2025 til 12. mars 2026   | Målet er å ta i bruk digital hjemmeoppfølging på en måte som gir verdi både for pasienter og tjenesteytere. For å prøve ut iverksettes DHO i IKART-forløpet (interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam). Så langt er det inkludert fem pasienter fra kommuner. Sykehuset involveres når aktuelt.   |   |
| <b>Støtte til tjenestemodellgruppene og samhandlingsbudsjett</b>                        | Alle aktørene i Helsefellesskapet   | 2 400 000     | Rekrutteringsprosessen for den midlertidige stillingen (2 år) som skal og støtte til tjenestemodellgruppene er snart ferdig. Stillingen er et tiltak for å videreutvikle Helsefellesskapet i Sør-Rogaland, med             | Det vil gjøres en evaluering av bruken av midler i løpet av perioden, for å vurdere om ordningen skal utvides og gå over i drift med midler fra alle kommuner og helseforetaket. | Målet er å styrke samarbeidet mellom kommuner og sykehus, samt utvikle bærekraftige helsetjenester. Tjenestemodellgruppene arbeid med nye pasientforløp og samhandlingsstrukturer er sentralt.   | Midlene brukes for å understøtte tiltak som bidrar til bedre samhandling. En funksjon som støtter alle tjenestemodellgruppene, vil kunne bidra til synergieffekter for behandlingsforløp på tvers av tjenestemodellgruppene |
| <b>Tidlig avklaring av pasienter med mulig behov for behandling som haster på Jæren</b> | Legevaktleger, fastleger, legevaktene og hjemmetjenestene i kommunene Hå, Klepp og Time, AKS sykepleier (avansert klinisk allmennsykepleier) og Helse Stavanger v/ ambulansetjenesten for Jæren | 320 000       | Pågående. Det er startet behovskartlegging og strukturerte samtaler med de aktuelle aktører. Når kartleggingen er ferdigstilt tas det sikte på å komme med konkret forslag til utviklingsprosjekt i prioritert rekkefølge. | Prosjektperioden varer fra 1. august 2025 til 1. mars 2026.  | Forankring hos involverte parter i heimesykepleie, fastlege, legevakt og ambulanse. Enighet om å bruke ressursene på en bedre måte i stedet for å etablere noe nytt på siden av det som allerede eksisterer. I gang med å finne god metodikk som kan tas i bruk på permanent basis.  | Mulighet for spredning dersom konkrete metoder for behandlingsavklaring.  |

| Navn på prosjekt/tiltak   | Deltakende sjukehus og kommunar   | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet  | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing   | Moglegheit for spreing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreing  |
|---|---|---------------|--|--|---|---|
| <b>Smarttelefonbasert teledermatologi integrert digital samhandling</b>   | Helse Stavanger og fastlegekontor i Stavanger, Sandnes og Klepp kommune.  | 1 875 000     | Under planlegging (midler innvilget 29. oktober 2025.)   | 01.03.2026-28.02.2027  | Ikke startet. Rask diagnostikk, behandling og oppfølging av hudkreft, kroniske sår og andre hudtilstander   | Prosjektet vurderes til å kunne overføres til andre pasientgrupper, kommuner og representerer en bærekraftig modell for fremtidig samhandling mellom nivåene i helsetjenesten |
| <b>Omsorgspartnerskap for hjemmeboende eldre med skrøpeligheit</b>  | Senter for eldremedisin og samhandling (SESAM), vil rekruttere kommuner etter forankring i tjenestemodellgruppen  | 538 000       | Avventer forankring i tjenestemodellgruppen for eldre med skrøpeligheit  | 01.01.2026-01.01.2027  | Utvikle og prøve ut omsorgspartnerskapen struktur samarbeidsmodell som styrker samspillet mellom hjemmeboende personer med demens, deres pårørende, helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten og frivillige aktører.  | Pilot i fire kommuner og deretter implementering bredere i i Sør-Rogaland gjennom helsefelleskapet.   |
| <b>Utdanning gir rekruttering</b>   | Helse Stavanger, Egersund kommune, Hå kommune og Sola kommune   | 5 100 000     | Utsatt oppstart til tidlig 2027 grunnet nylig styrebehandling og presset økonomi hos SUS.  | Utsatt   | Styrket samarbeid innen utdanning.  | Økt antall LIS1 kan øke rekruttering til spesialiseringer som både kommunene og sykehuset har behov for.  |
| <b>Tidlig avklaring av pasienter med mogleg behov for behov for behandling som haster på Jæren - Utvidet søknad</b> | Legevaksleger, fastleger, legevaktene og hjemmetjenestene i kommunene Hå, Klepp og Time, AKS sykepleier (avansert klinisk allmennsykepleier) og Helse Stavanger v/ ambulansetjenesten for Jæren | 905 000       | Pågående prosjekt, det jobbes fortsatt med å finne konkrete arbeidsmåter for behandlingsavklaring i forkant og tidligst mulig avklaring ved akutt sykdom.  | Utvidet prosjektperiode varer fra 01.03.2026-28.02.2027                              | Forankring hos involverte parter i heimesykepleie, fastlege, legevakt og ambulansetjeneste. Enighet om å bruke ressursene på en bedre måte i stedet for å etablere noe nytt på siden av det som allerede eksisterer. I gang med å finne god metodikk som kan tas i bruk på permanent basis. | Mulighet for spredning dersom konkrete metoder for behandlingsavklaring.  |
| <b>Fonna-området</b>  |   |               |  |  |   |   |
| <b>Innsatsteam for å førebu utskriving frå sjukehus</b>   | Tysvær kommune/Haugesund sjukehus   | 50 000        | Forprosjekt. Har blitt oppmoda om å samarbeida med Kvinnherad kommune/Stord sjukehus om tilsvarande forprosjekt.   | 2026   | Forprosjekt pågår. Målet er å etablere innstatsteam for å sikre betre overgangar ved utskriving, redusere tal utskrivingsklare pasientar og hindre unødvendige re-innleggingar.   |   |
| <b>Ein omsorgsmodell for ei berekraftig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg</b>                                 | Tysvær kommune/Haugesund sjukehus   | 1 100 000     | Forprosjektet er avslutta. Søkt og fått innvilga tilskot til prosjekt som er i startfase. Prosjektorganisering og mandat vedteke. Fleire kommunar og sjukehus er med i referansegruppe. Prosjektleiar tilsett. | 2025-2026  | Målet er å sikre kvalitet i ei heilheitleg svangerskaps-, fødsels- og barselhelseteneste innanfor dei rammer og ressursar som finst og sikre kompetanse. Utvikle omsorgsmodell.   |   |
| <b>Trinnvis intervensjonsprogram på tvers for dei vanlegaste psykiske helseplagene blant barn og unge</b>           | Bømlo, Kvinnherad, Stord, Sauda og Tysvær kommune/ BUP Helse Fonna  | 1 200 000     | Pågåande.  | 2026   | Målet er å utvikle og implementere trinnvis intervensjonsprogram for barn og unge med psykiske helseplager på tvers av nivå. Bidra til lettare tilgang til helsetilbod på lågast mogeleg nivå.  |   |

| Navn på prosjekt/tiltak   | Deltakende sjukehus og kommunar                           | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet                     | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing   | Moglegheit for spreing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreing |
|---|---|---------------|---|--|---|--|
| <b>Digital samhandling og smartare koordinering for pasientar med fleire kroniske lidingar</b>          | Sveio kommune/ Helse Fonna                                | 50 000        | Forprosjekt.  | 2026   | Målet er å optimalisere bruken av PLO, sli at pasientar med fleire kroniske lidingar vert identifiserte tidleg og får rett oppfølging og å forenkle dialog ved inn- og utskriving.                                      |  |
| <b>Innsatsteam for å førebu utskriving frå sjukehus</b>   | Kvinnherad kommune/ Stord sjukehus                        | 50 000        | Forprosjekt. Har blitt oppmoda om å samarbeida med Tysvær kommune/Haugesund sjukehus. | 2026   | Forprosjekt pågår. Målet er å etablere innstatsteam for å sikre betre overgangar ved utskriving, redusere tal utskrivingsklare pasientar og hindre unødvendige re-innleggingar.   |  |
| <b>Bra mat for betre helse for personar med kognitiv funksjonsnedsetting</b>                            | Haugesund og Bokn kommune/ Helse Fonna                    | 900 000       | Pågåande  | 2026   | Målet er å tilpasse og prøve ut "Bra mat for betre helse" for personar med kognitiv funksjonsnedsetting og å utvikle kurstilbod som er tilpassa målgruppa.  |  |
| <b>Heilskapleg ivaretaking av mor, partnar og barn med alvorleg psykisk sjukdom i perinatalperioden</b> | Sveio kommune/ Helse Fonna                                | 450 000       | Startfase. Fleire kommunar blir kopla på prosjektet                                   | 2026   | Målet er å utarbeide samhandlingsforløp for pasientgruppa og deira familiar og å utarbeide oversikt over aktuelle tiltak.   |  |
| <b>Tidleg støtta utskriving, intensiv språktrening for hjernestagspasientar i subakutt fase</b>         | Stord, Bømlo, Fitjar og Kvinnherad kommune/Stord sjukehus | 50 000        | Forprosjekt   | 2026   | Målet er å gi intensiv poliklinisk språktrening til pasientar i subakutt fase.  |  |
| <b>Tidleg identifisering av eldre med skrøpeligheit</b>   | Bømlo, Kvinnherad, Stord kommune/Stord sjukehus           | 400 000       | Pågåande.   | 2026   | Målet er tidlegare oppdaging av funksjonssvikt og auka fokus på førebyggjande behandling, tidlegare behandlingsavklaringar, redusere tal unødvendige re-innleggingar og auka kompetanse.                                |  |
| <b>Betre samhandling om utskrivingsklare pasientar og akuttkjede</b>                                    | Ullensvang kommune/Odda sjukehus                          | 100 000       | Forprosjekt   | 2025   | Målet er å utarbeide ny samhandlingsmodell mellom kommune og føretak om utskrivingsklare pasientar og akuttkjeda, redusere tal utskrivingsklare pasientar og auka tal pasientar som kan reise rett heim ved utskriving. |  |
| <b>Samordne arbeid med helseberedskap i Helse Fonna regionen</b>  | FSU helseberedskap ved Helse Fonna                        | 1 200 000     | Startfase. Prosjektleiartstilling lyst ut. Rekruttering pågår.                        | 2026   | Målet er å koordinere beredskapsplanar for samhandling mellom ulike aktørar i den akuttmedisinske kjeda, styrke samhandlinga mellom aktørane og sikre rask og effektiv behandling av akuttmedisinske pasientar.         |  |

| Navn på prosjekt/tiltak  | Deltakende sjukehus og kommunar                                   | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar        | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing  | Moglegheit for spreing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreing       |
|--|---|---------------|---|---|--|--|
| Utarbeiding av rutinar og retningslinjer pasientforløp på tvers av tenestenenivå | Strategisk samarbeidsutval  | 500 000       | Startfase   | 2026  | Målet er å utarbeide fleire rutinar og retningslinjer for pasientforløp på tvers av tenestenenivå.   |  |
| Fasilitering og koordinering av prosjekt som har fått tildelt midlar             | Strategisk samarbeidsutval  | 1 000 000     | Startfase. Prosjektveilderstilling lyst ut. Rekruttering pågåar.  | 2026  | Målet er å sikre framdrift i prosjekt som har fått tildelt tilskotsmidlar ved å veileide prosjektleiarane.   |  |
| <b>Sogn og Fjordane helsefellesskap</b>  |   |               |   |   |  |  |
| Samhandling ved spørsmål om innlegging i sjukehus                                | Kinn, Gloppen, Førde Sentralsjukehus (med.avd., AMK, akuttmottak) | 2 100 000     | Pågåande  | Varigheit 2025-2026. Implementerast i ordinær drift når modellen for samhandling er utvikla | Prosjektet har definert mål og måloppnåing, og skapt ei felles forståing for kva prosjektet skal omhandle. 17. november 2025 starta ein med kartlegging av medisinske pasientar >75 år ved spørsmål om innlegging ved sjukehus. Målet er å sjå om samhandling mellom fastlege og akuttog mottaksmedisiner i sjukehus kan medføre eit betre pasientforløp, både ved innskriving og utskriving. Kartlegginga skal føregå til 1. mars 2026. Det er etablert ein kvalitetsdatabase for å sikre at data vert handtert forskriftsmessig. I tillegg arbeider fastlegerepr. med behandlingsplanar/beredskapsplanar for pasientar og både kommunar og sjukehus arbeider med innføring av funksjonskartleggingsverktøyet clinical frailty scale. | Aktuelt å spreie i resten av helsefellesskapet etter utprøving av modellar |

| Navn på prosjekt/tiltak  | Deltakende sjukehus og kommunar   | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar               | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing   | Moglegheit for spreieing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreieing           |
|--|---|---------------|---|--|---|--|
| <b>Samhandling om digital heimeoppfølging (DHO) til pasientar med kroniske sjukdomma</b> | Sunnfjord, Stryn, Sogndal, Luster, Aurland, Høyanger, Medisinsk avdeling, Helse Førde | 1 450 000     | Pågåande  | T.o.m. 2027. På kommunal side må ein finne løysingar for finansiering av felles oppfølgingsteneste | Det er etablert felles oppfølgingsteneste for pasientar frå alle kommunar som har digital heimeoppfølging (DHO) i samhandlingsforløp, med diagnosane kols og hjartevikt. Erfaringane med tenesta er gode, noko som samsvarar med erfaringar i landet elles. Prosjektet er no i dialog med legevaktssentral, SysIKL, som har ledig kapasitet på dagtid, med intensjon om å prøve ut ny organisering av oppfølgingstenesta som ikkje inneber ekstra ressursbruk. Ein rekrutterer pasientar med KOLS og hjartevikt frå Helse Førde. Pasientar med KOLS har ofte eigenbehandlingsplan, og mange har eit sjukdomsforløp som passar godt til DHO. Det er i dag 15 pas med KOLS og 4 pasientar med hjartevikt i samhandlingsforløp. Det er arrangert tverrfagleg emnekurs om DHO med 65 deltakarar, og kick-off for nye DHO kommunar med 23 deltakarar der både sjukehus, InnoMed, Hdir og kommunar deltok med innlegg og erfaringsdeling. Brukarundersøkingar og spørsmål til tilsette har vist positive resultat. Det er for tidleg å måle effekt på | Arbeider med å spreie modellen til alle kommunar i Sogn og Fjordane helsefelleskap |

| Navn på prosjekt/tiltak  | Deltakende sjukehus og kommunar                   | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar      | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing   | Moglegheit for spreing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreing |
|--|---|---------------|---|---|---|--|
| <b>Helserelatert kunnskaps- og næringsklynge i Sogn og Fjordane</b>    | Sunnfjord kommune, Helse Førde HF                 | 300 000       | Pågåande  | Midlane er tildelt for 2025. Helseklynge arbeider kontinuerleg med finansiering framover. | Helseklyngeoppsatsinga har ei langsiktig målsetnad om:<br>1. Fleire samarbeidsprosjekt på tvers av tenesteledd og i lag med fleire sektorar<br>2. Sterkare synleggjering av omfanget og variasjonen av forskings- og innovasjonsprosjekt i regionen med mål om auka attraktivitet og rekruttering til Sogn og Fjordane.<br>Klynge vart lansert i februar, og klyngeleiar vart tilsett og starta arbeidet medio mai. Dei første månadane var det lagt mykje fokus på merkevareprosess, profilarbeid og bygging av nettside og LinkedIn-profil som vart lansert i slutten av august. Namnet vart Vilje helseklynge, og nettadressa er:<br><a href="http://www.viljehelseklynge.no">www.viljehelseklynge.no</a><br>Helseklynge her:<br>- opplevd god oppslutnad frå dei som signerte intensjonsavtale og vi har rekruttert fleire partnerar,<br>- merkevara, profilen og nettsida vert lagt merke til, og vi får fleire førespurnadar om samarbeid - vi har fått støtte til å arrangere FoU møte (forregion-midlar) for å skape enno meir samarbeid<br>- vi vert invitert med på nasjonale |  |
| <b>Samhandlingskonferansen 2025</b>                                    | Alle kommunar i helsefellesskapet, Helse Førde HF | 100 000       | Avslutta  |   | Gjennomført samhandlingskonferanse med felles planlegging som tema, 140 deltakarar. Alle kommunar + føretak deltok.   |  |
| <b>Utviklingsarbeid kompetanse, rekruttering og felles planlegging</b> | Alle kommunar i helsefellesskapet, Helse Førde HF | 250 000       | Avslutta  |   | Gjennomført utviklingsarbeid med kartleggingar i form av spørjeskjema og intervju + dokumentgjennomgang. Utarbeidd sluttrapport med innsatsområde og tiltakskort. Gjennomført nettverkssamling med alle kommunar + føretak som deltakarar.  |  |

| Navn på prosjekt/tiltak   | Deltakende sjukehus og kommunar                   | Tildelt beløp | Status (under planlegging, forprosjekt, pågående) eller avsluttet | Varigheit for finansiering med tilskotsmidlar, ev planlagt overgang til driftsmidlar | Førebels resultat, ev. forventa effekt og måloppnåing   | Moglegheit for spreing, ev. kva som skal gjerast for å oppnå spreing |
|---|---|---------------|---|--|---|--|
| Avsatt sum til arbeid i faglege samarbeidsutval                       | Alle kommunar i helsefellesskapet, Helse Førde HF | 100 000       | Starta  |  | Det er avsett midlar for å kunne starte arbeidet i dei faglege samarbeidsutvala knytt til prioriterte pas.grupper, + akuttmedisinsk kjede og helseberedskap |  |
| Diabetiske fotsår   | Luster, Helse Førde HF                            | 570 000       | Starter opp nov 25  | 2026   |   |  |
| Deling av informasjon i sanntid                                       | Kinn, Sunnfjord, Helse Førde HF                   | 850 000       | Pågår   | 2026   |   |  |
| Oppfølging av utviklingsarbeidet; starte gjennomføring av tiltakskort | Alle kommunar i helsefellesskapet, Helse Førde HF | 500 000       | Starter nov 25  | 2026   |   |  |
|   |   |               |   |  |   |  |