



Saksfremstilling

Råd/utvalg	Porteføljestyret - Helsefellesskapet Agder
Møtedato	06.03.2026
Saksnummer	02-2026
Saksbehandler	Porteføljeseekretariatet v/ Grete Dagsvik
Sakstittel	Rekrutterings- og samhandlingstilskudd-søknader 15.12.2025

Forslag til vedtak:

1. Porteføljestyret tar saken til orientering og støtter porteføljeseekretariatets vurderinger som ligger til grunn for deres innstilling.
2. Følgende syv prosjekter tildeles rekrutterings- og samhandlingstilskudd:

	Tildeles	Periode
1. Samarbeid om jordtjenesten	2 480 000	2026-27
2. Felles i front, akutthus, Helsehus.	2 440 000	2026-28
3. Kompetansehevingsprogram, PHV, TSB	350 000	2026
4. Palliativ plan, behandlingsavklaring	245 000	2026
5. Samskaping i sør	250 000	2026
6. IHT, pasientoppfølging i hjemmet	250 000	2026-27
7. Torturoverlevende	1 520 000	2026-27

Vedlegg:

1. Søknadsskjema (side 13-14)
2. Fulltekst søknader 7 stk. er sendt per mail.

Bakgrunn for saken

Det ble gjennomført en ny utlysning av rekrutterings- og samhandlingstilskudd med frist 15.desember 2025. Mottatte søknader er vurdert av porteføljesekretariatet som i saken gir sin innstilling til porteføljestyret.

Saksopplysninger

Informasjon om tilskuddsmidlene er tilgjengelig på [Helsefellesskapets nettside](#)

Søknader om rekrutterings- og samhandlingstilskudd, frist 15.desember

Det er mottatt og registrert 7 søknader, alle innenfor sentrale og lokale kriterier. Samlet er det søkt om kr. 13.285.000. Porteføljesekretariatet foreslår å tildele til alle 7 søknader, men med reduksjon av beløpet som tildeles til noen av prosjektene.

Restbeholdningen fra 2025 og før tildeling er på kr. 5.948.805

Porteføljesekretariatet har vurdert søknadene etter 8 kategorier:

1. Konkrete samhandlingsutfordringer løses
2. Kunnskapsgrunnlaget
3. Bidrag til økt bærekraft
4. Brukermedvirkning
5. Gevinstpotensial
6. Gevinstrealisering på kort og lang sikt
7. Hvordan gevinstene skal måles
8. Muligheter for implementering- og breeding i Agder

Ved gjennomgang av søknadene har porteføljesekretariatet gjort en vurdering på størrelsen av tildeling til hhv. forprosjekt og hovedprosjekt. For hovedprosjekt anbefaler vi at det tildeles for kun 2 år ad gangen.

Fulltekst søknader er formidlet til SSU representantene via mail, men her følger en kortversjon av søknadene det teksten er hentet fra søknadene samt til slutt sekretariatets vurderinger og forslag til tildeling.

Porteføljesekretariatet anbefaler tildeling til alle 7 søknader:

Søknad nr.1

Styrket samarbeid om jordmortjenesten. Pilotere modell (2026-2027).

Søker om 2.480.000, egenandel 490.000

Prosjekteiere:

Kristiansand kommune v/ direktør oppvekst

SSHF v/ organisasjonsdirektør

Prosjektleder: Helene Aarsnes Thomassen, seksjonsleder føde/barsel, SSHF

Prosjektkoordinator: Bente Jahnsen, enhetsleder kompetansetjenesten, SSHF

Løser konkrete samhandlingsutfordringer

- Gjennom kombinasjonsstillinger skal de sikre jordmor-faglig kompetanse i hele pasientforløpet - optimalisere tjenestene
- En koordinator i kommunen (telefonvakt) skal være et bindeledd ved utskrivelser og antall henvendelser til sykehuset ifm. utskrivning reduseres

	▪ Tette kompetansehull gjennom felles kompetansehevingsprogram
Kunnskaps-grunnlag	Viser til NHSP og nasjonal faglig retningslinje "Nytt liv og trygg barseltid" som peker på behovet for styrket samarbeid om svangerskapsomsorgen. I <i>forprosjektet</i> er rekrutteringsutfordringen til sykehuset spesielt beskrevet.
Bidrag til bærekraft	Modellen med at jordmødre som jobber begge steder bidrar til at de beholder sin kompetanse i alle faser av graviditet, fødsel og barsel. Ordningen skal bidra til å sikre rekruttering og å beholde jordmødre.
Brukermedvirkning (involvering/bruk av erfaringer)	Vil involvere TV og VO. Innhente innspill fra medarbeidere. Vil se til nasjonale brukerundersøkelser. Vil vurdere å intervju brukere lokalt.
Gevinstpotensial	▪ Styrket samarbeid og pasientsikkerhet og en sammenhengende og helhetlig tjeneste. ▪ Modellen bidrar til at jordmødre beholder sin kompetanse i alle faser av graviditet, fødsel og barsel. ▪ Rekruttering og det å beholde jordmødre i tjenestene, helst i hele stillinger. Redusert vaktbelastning kan bidra til dette siste.
Gevinstrealisering på kort og lang sikt	Realisere gjennom økt samhandling for en mer sammenhengende og helhetlig tjeneste og økt pasientsikkerhet. Økt kompetanse og bedre bruk av jordmor-ressurser på tvers av tjenestenivåene. På sikt samhandle om utlysninger og ansettelser ved ledige stillinger.
Hvordan gevinster skal måles	Medarbeideropplevelse og turnover
Muligheter for implementering og bredding i Agder	Gjennom å høste erfaringer fra piloten skal modellen bli så enkel at den ev. kan justeres og implementeres i andre kommuner og klinikker ved behov.
Sekretariatets vurdering	Kr.Sand kommune og SSK har kommet frem til en modell de vil teste ut hvor jordmødre jobber begge steder i 50 + 50 eller 60 + 40% stilling. Vi vurderer det som sannsynlig at dette vil styrke samhandlingen og kompetansen i hele forløpet ved en oppskalering. Videre at dette kan bidra til å rekruttere og beholde jordmødre også i sykehuset. De er kjent med andre steder hvor liknende modeller testes ut og det blir viktig å innhente disse erfaringene. Dette må inkludere informasjon fra pågående prosjekt med kombinasjonsstillinger mellom SSF og Flekkefjord kommune og utveksle erfaringer rundt den administrative riggen. Sekretariatet har forståelse for at stillingene i piloten må finansieres, og at det først ved ledige stillinger kan legges til rette for kombinasjonsjobber. Ulempen er at det kan ta tid å skalere opp, men samtidig ser vi ikke andre måter å løse dette på. Når det gjelder effekter, kan det vurderes om også mødrenes tilfredshet bør måles. Prosjektet er i tråd med ønsket fokus fra sentralt hold og innrettes mot konkrete rekrutteringsutfordringer i Agder. Tildele kr. 2.480.000,-. Prosjektperiode 2026-2027

Søknad nr. 2

Felles i front – Kompetanseheving for akuttmedisinske tjenester i akuttbygg (SSAK) og helsehus (KKHE) - (2026-2028). Søker om 3.660.000, egenandel 3.240.000 Prosjekteiere: Kristiansand kommune v/ direktør Helse og mestring SSHF v/ organisasjonsdirektør Prosjektledere: Marianne N. Formanek og Ilse van Lingen	
Løser konkrete samhandlings-utfordringer	• Pasientflyt på tvers av nivåene • Digitalisering og informasjonsflyt • Samhandling om bemanning og kompetanse

Kunnskaps-grunnlag	Prosjektets tre satsningsområder er identifisert i gjennomførte prosesser i OU-prosjektet, ref. pkt. 7 i søknaden
Bidrag til bærekraft	- Unngå doble undersøkelser og prøver - bidrar til å bruke riktig mengde ressurser (personell, utstyr, kostnader) - Behandling på lavest mulig nivå, forenklet samhandling ved digitale løsninger, rask vei inn til nødvendig behandlingsnivå frigjør kapasitet i øvrige tjenester.
Brukermedvirkning (involvering/bruk av erfaringer)	Work-shopene har hatt brukerrepresentasjon. Planlegger å involvere brukere i fagdager med simuleringsmetodikk.
Gevinstpotensial	- Ha gjennomført endringer i arbeids- og pasientflyt før innflytting i nye bygg: mer effektiv ressursbruk og digital samhandling, bedre pasientflyt som gir helhetlige tjenester, økt kvalitet og pasientsikkerhet. - Økt motivasjon, trygghet og mestringfølelse for ansatte i begge organisasjonene. - Etablert felles opplæringsprosesser. - Videre mindre forbruk på utstyr og ressurser, kapasitet for økt aktivitet ved bruk av frigjort tid til andre pasienter / oppgaver.
Gevinstrealisering på kort og lang sikt	Ledere er ansvarlige for gjennomføring av omforente endringer i arbeidsflyt og pasientflyt. Ledere er ansvarlig for å sikre bruk av frigjort ressurser (tid, penger) etter gjennomførte endringer i flyt. Gjennomføre WS for å sikre fast etablering av felles prosesser for faglig kompetanseheving slik at kompetansehevingen vil bli videreført og vedlikeholdt etter prosjektperioden.
Hvordan gevinster skal måles	Antall deltakere i hospitering og fagdager. Etter fagdag og simulering - evaluering og debriefing for å identifisere forbedringsområder. Tiltak implementeres i rutiner og prosedyrer. Prosjektet vil følge opp om/i hvilken grad endringer er gjennomført. Måling: antall tiltak, grad av gjennomføring. Spørreskjema til ansatte før og etter gjennomført hospitering og fagdager.
Muligheter for implementering og bredding i Agder	Etablering av felles struktur for kompetanseheving som videreføres etter prosjektperioden. Standardisering av endrede prosedyrer, digital samhandling og pasientflyt som kan brukes i hele Agder. Deling av erfaringer med andre kommuner og sykehus i regionen og nasjonalt, slik at metodikken kan breddes til flere sykehus og kommuner.
Sekretariatets vurdering	Prosjektet er del av et stort OU-prosjekt mellom Kr.Sand kommune og sykehuset. Sentralt er å ta ut gevinster som bygg og nærhet mellom personell fra begge nivå legger grunnlaget for. De 3 fokusområdene vurderes som sentrale for å kunne endre måter å arbeide og samhandle på. Gjennom hospitering og felles fagdager kan man legge grunnlag for styrket samarbeid og fokus på forbedring. Det er positivt at prosjektet i stor grad vil bruke simulering og VR som har innovative elementer i seg, gir realistisk trening i trygge omgivelser og er effektive for læring. Gevinstpotensialet vurderes realistisk. Det blir viktig å fokusere på hvordan realisere gevinster samt tenke spredning innen Agder der dette er relevant. Sekretariatet vurderer at prosjektet vil ha behov for finansiering for å sikre nødvendig deltakelse av personell i disse prosessene. Forslaget er å tildele for 2 år da mye bør kunne realiseres i denne perioden. Hvis behov kan det ev. søkes på nytt for et tredje år. Tildele kr. 2.440.000, Prosjektperiode 2026-2027.

Søknad nr. 3

De som utfordrer samfunnsvernet – etablering av Agderdekkende kompetansehevingsprogram og nettverk (Forprosjekt). Søker om 600.000,- egenandel ikke tallfestet (innledere på dagdager, deltakelse i nettverk- 3 timer per. fagdag) Prosjekteier: FSU psykisk helse og rus. Prosjektleder: skal rekrutteres fra psykiatrisk sykehusavdeling Avtale underskrevet av Arendal kommune v/ kommunedir. og SSHf v/ fagdirektør	
Løser konkrete samhandlings-utfordringer	Tiltak for manglende kompetanse og samhandling skal iverksettes. Det er et stort behov for å koordinere tiltakene til denne pasientgruppen (de med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer). Ved å etablere et felles kompetansehevingsprogram for ansatte i kommune- og spesialisthelsetjenesten med ansvar for de som utfordrer samfunnsvernet eller er dømt til behandling, sikres et felles kunnskapsgrunnlag og «språk» på tvers av nivåene. Dette bidrar til mer koordinerte og sømløse pasientforløp. Antas å ha effekt på antall utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehuset da det kan bidra til kalibrering av tjenestetilbudet til pasienter som opptar døgnplasser.
Kunnskaps-grunnlag	Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og domfelte pasienter (Ny rapport: Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og domfelte pasienter – Sifer) skisserer tiltak som kan bidra til bedre tjenestetilbud for brukere som utfordrer samfunnsvernet. Viktigheten av nettverk for samhandling som innsatsområde for aktuell brukergruppe løftes frem, samt viktigheten av kompetanse, undervisning og fagutvikling. Statistikk viser at Agder har et høyt antall brukere dømt til tvungent psykisk helsevern. FSU har innhentet informasjon om psykiatrinettverket i Oslo og «Sent ute» fra Bergen politidistrikt. Begge tiltakene anbefaler etablering av nettverk for å forebygge antall pasienter dømt til behandling. Det pågår ingen prosjekter rettet inn mot aktuell gruppe. Det er imidlertid positive erfaringer fra Recovery nettverket på Agder.
Bidrag til bærekraft	Felles kompetanseheving og nettverk vil sikre en bedre dialog mellom partnere i forløpene til den aktuelle brukergruppen. Dette vil kunne bidra til at man ser hvilke utfordringer som ligger i gråsonene og at partene i fellesskap kan finne løsninger til det beste for brukerne: - vil kunne bidra til bedre bruk av ressursene enn i dag - at man løser utfordringene i fellesskap og reduserer ressursbruken i det enkelte forløp Der problemer i samhandlingen oppstår, vet vi at begge forvaltningsnivåene opplever økt bruk av tid.
Brukermedvirkning (involvering/bruk av erfaringer)	Kompetanseplan er utarbeidet sammen med bruker- og pårørende organisasjoner. Erfaringsmedarbeidere i kommunene har deltatt i kartleggingen av kompetansebehovet.
Gevinstpotensial	▫ Redusert antall brukere dømt til psykisk helsevern, på lang sikt. ▫ Redusert behov for bruk av døgnbehandling, på lang sikt. ▫ Redusert antall konflikter knyttet til aktuell pasientgruppe, på lang sikt. ▫ Kompetanseoverføring mellom forvaltningsnivåene, på kort sikt.
Gevinstrealisering på kort og lang sikt	Gevinstene realiseres i form av bedre kvalitet i pasientforløpene og redusert uro rundt aktuell brukergruppe på begge forvaltningsnivå.
Hvordan gevinster skal måles	Gevinstene kan måles ved: ▫ Antall pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern ▫ Antall pasienter dømt til tvungent psykisk helsevern som opptar døgnplasser. ▫ Antall overføringer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (reinnleggelse reduseres, men kan også økes som et resultat av bedre samhandling). ▫ Kartlegging blant ansatt, om de opplever større grad av trygghet/mestring, sammenliknet med kartlegging FSU gjennomført tidlig i prosjektperioden (det foreligger en kartlegging av kompetanse, trygghet og kompetansebehov).
Muligheter for implementering og bredning i Agder	Utfallet av prosjektet kan medføre at man implementerer kompetansehevingsprogram og nettverk som fast tiltak på Agder. Overføringsverdien vil ligge i

	hvordan en i fellesskap identifiserer behov som ansatte og brukere melder inn, for deretter målrettet drive kompetanse-heving.
Sekretariatets vurdering	FSU psykisk helse og rus beskriver en plan for hvordan svare ut bestillingen fra SSU om å etablere et kompetansehevingsprogram hvor en videreutvikler spesialkompetanse på forebygging av alle typer vold og sikrer kompetanse-overføring mellom nivåene, samt et nettverk for de som jobber innen sikkerhetspsykiatri, på begge forvaltningsnivå. Det er ifølge søker usikkerhet knyttet til hvor omfattende oppgaven med å etablere og koordinere programmet vil være, inkludert kostnader til drift. Derav virker det klokt å tenke et forprosjekt som tester ut et færre antall fagdager. Behovet for tiltaket er godt forankret nasjonalt og gjennom FSUs forarbeider. Samarbeidet om pasientgruppen utfordrer partene på mange plan og derfor viktige tiltak som kan styrke kompetansen og samhandlingen. Vi vurderer at forprosjektet kan gjennomføres med noe mindre tilskudd enn hva det søkes om. Ved å bruke gratis lokaler (interne – det finnes noen store lokaler) til fagdager og at materiell-kostnader dekkes av partene, reduseres kostnadsnivået og dette vil bidra til en mer bærekraftig modell på sikt. Tildele kr. 350.000,- Prosjektperiode 2026

Søknad nr. 4

Pilotering av Palliativ plan og behandlingsavklaring – en regional standard for sømløse pasientforløp. (Pilot) Søker om 245.000,- Egenandel 150.000,- Prosjekteiere: Kristiansand kommune (på vegne av Evje og Hornnes, Lyngdal, Sirdal og KK) SSHF v/ Senter for kreftbehandling Prosjektleder: Camilla Jenshus Hansen, USHT Agder Vest. Kontaktperson: Marit Bergh, SFK.	
Løser konkrete samhandlings-utfordringer	Både spesialist- og kommunehelsetjenesten kjenner ofte ikke til hverandres vurderinger/planer i pasientoppfølgingen. Det skal derfor etableres en strukturert informasjonsflyt hvor behandlingsavklaringer og pasientens mål og ønsker (forhåndsamtaler) blir kjent og styrende ved innleggelse i sykehus – og omvendt. Sikre at helsehjelpen gis på riktig tjenestenivå, unngå overbehandling, unødvendige sykehusinnleggelser og sikre bruker- og pårørendeinvolvering. Dette skal definere arbeidsflyten for den kommende felles pasientjournalen (EPJ) i Agder i 2027.
Kunnskaps-grunnlag	Pilotprosjektet bygger på utviklingsarbeidet gjort i kommunene Evje og Hornnes, Lyngdal, Sirdal og Kristiansand (2022–2025) og viderefører arbeidet i Palliativ plan Agder (2022–2025) hvor det har vært bred involvering av sykepleiere, helsefagarbeidere, fastleger og institusjonsleger, og bygger på metodikk fra Hjemmetid og hjemmedød (2021–2024). Videre operasjonaliseres Helse-direktoratets ferske høringsutkast om Behandlingsavklaringer ved begrenset forventet levetid (2025), som krever at tjenestene samhandler om avklaringer på tvers av nivåer. Utfordringsbildet er at både spesialist- og kommunehelsetjenesten ofte ikke kjenner til hverandres vurderinger/planer. Det finnes dårlig med system for å samle helheten i informasjonsoverføringer. Behandlingsavklaringer utføres i varierende grad i kommunen, og dersom det er utført, er disse ofte ikke er tilgjengelig eller kjent for sykehuslegene eller prehospitale tjenester ved innleggelse. Konsekvensen er at beslutninger om behandlingsnivå tas på nytt i spesialisthelsetjenesten, ofte uten kjennskap til pasientens preferanser kartlagt i pasienten sin habituelle tilstand.
Bidrag til bærekraft	Unødvendige sykehusinnleggelser ved livets slutt er kostbare og belaster en presset spesialisthelsetjeneste. Potensiale for å redusere innleggelser og overbehandling.
Brukermedvirkning (involvering/bruk av erfaringer)	Brukerrepresentanter fra Kreftforeningen og Agder fylkeseldreråd som har deltatt i det kommunale utviklingsarbeidet, inkluderes i arbeidet. Deres rolle er å sikre at

	planen utformes med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?», og at språket i planen er forståelig for pasient og pårørende.
Gevinstpotensial	Kvalitativt: Økt trygghet og pasientsikkerhet. Pasienten slipper å være "budbringer" av egen sykdomshistorie. Styrking av brukermedvirkning. Sammenhengende og helhetlig pasientforløp. Bedre ressursutnyttelse (tjenester gis på rett nivå, til rett tid på rett sted). Økonomisk/bærekraft (ref. estimert scenario i søknaden): Unødvendige sykehusinnleggelser ved livets slutt er kostbare og belaster en presset spesialisthelsetjeneste.
Gevinstrealisering på kort og lang sikt	Viser til case – og potensialet ved å redusere kostnader knyttet til uønskede innleggelser. Ved at AMK/ambulanse/akuttmottak/SFK umiddelbart ser i planen at pas. ikke ønsker livsforlengende behandling, men lindring i kommunen.
Hvordan gevinster skal måles	Kvantitative mål (KPI'er): 1. <u>Kvalitet i overganger</u> : 100 % av inkluderte pasienter i piloten skal ha en oppdatert behandlingsavklaring tilgjengelig i både kommunal journal og sykehusjournal ved prosjektslutt. 80 % påbegynt/oppdatert palliativ plan der det er aktuelt. 2. <u>Redusert ressursbruk</u> : Redusere antall uplanlagte reinnleggelser for pasientgruppen med 10 % sammenlignet med kontrollgruppe (tall fra andre avdelinger som ikke er med i pilotprosjektet). Øke graden av pasienter som får riktig tjenestenivå med 10% sammenlignet med kontrollgruppe. Redusere antall pasienter på overvåkning/intensivavdelinger som har lite utbytte av behandling på slike spesialiserte avdelinger. 3. <u>Kompetanseheving</u> : 80 % av involvert helsepersonell på SFK og i kommunen skal ha gjennomført simuleringstrening i "forhåndssamtaler" og annen aktuell kompetanseheving. De skal kunne identifisere aktuelle kandidater, og oppdatere, justere og evaluere palliative planer.
Muligheter for implementering og bredding i Agder	Selv om piloten starter på SFK (kreft), er metodikken og Palliativ plan diagnoseuavhengig. Det er et tydelig ønske om bred implementering og bredding, men dette krever sannsynligvis ytterligere finansiering, som da vil søkes om for 2027/2028. 1. <u>Regional standard</u> : Erfaringene skal danne "oppskriften" for arbeidsflyt i Agders felles EPJ som skal anskaffes til alle 25 kommuner. Dette sikrer at løsningen er skalerbar. 2. <u>Spredning</u> : Etter vellykket pilot på SFK, er planen å bredde til Medisinsk avdeling (for store pasientgrupper, som langkommet kols/hjertesvikt) og inkludere flere kommuner i samarbeidet, støttet av digitale læringsmoduler allerede utviklet, men muligens justert i prosjektet. Erfaringer deles i aktuelle fora nasjonalt og regionalt i Agder. Bruk av eksisterende strukturer, slik som lindringsnettverket for ressurspsykepleiere på Agder (samarbeid mellom sykehus og kommune), nettverk for lindringskontakter i kommunene og saksbehandlerforum på Agder.
Sekretariatets vurdering	Piloteringen bygger på et forarbeid mellom flere kommuner og sykehuset (SFK) som støtter seg til kjent metodikk og vil bruke ferske innspill fra HDIR knyttet til behandlingsavklaringer. Utfordringen som beskrives er kjent og lykkes man vil det bety mye for pasientene. Det er også sannsynlig at samhandlingen vil bli mer koordinert og at bruken av helsetjenester i større grad gis på rett nivå og i rett volum. Skalerbarheten er også et viktig poeng og vil kunne overføres til andre grupper av pasienter. Til dele kr. 245.000,- Prosjektperiode 2026

Søknad nr. 5

Samskaping i Sør – helhetlig tjenesteendring satt i system (6 mnd. i 2026), FORPROSJEKT Søker om 500.000,- Egenandel tilsvarer 1,5 stilling Prosjekteier: Østre Agder DPS v/ avdelingssjef Joyce Piago Kommuner: Arendal, Grimstad, Risør og Vegarårshei Prosjektleder: Kim Fangen, Østre Ager DPS	
Løser konkrete samhandlings-utfordringer	Det mangler sammenheng i tjenester på tvers av nivåer. «Samskaping i Sør» er et utviklingsprogram som skal bidra til å utvikle mer helhetlige og sammenhengende tjenester innen psykisk helse og rus. Programmet skal bidra til et mer koordinert, helhetlig og lærende tjenestesystem, der alle involverte aktører, pasienter, pårørende, fagpersoner og ledere – deltar aktivt som medutviklere.
Kunnskaps-grunnlag	Prosjektet er direkte inspirert av «Samskaping i Vest» (Helse Bergen HF). Det foreligger et solid erfarings- og kunnskapsgrunnlag som nå skal systematiseres, videreutvikles og løftes til regionalt nivå gjennom dette prosjektet, som bygger på et bredt praksis- og forskningsgrunnlag fra SSHF, NAV og UiA. Dette inkluderer erfaringer med samskaping, tjenesteinnovasjon, brukerinvolvering og utvikling av helhetlige forløp. Arbeidet er støttet av litteratur og forskning på samhandling, recovery-orienterte tjenester, IPS-modellen og erfaringskompetanse som brobyggende rolle. Søknaden har lenker til aktive prosjekter som gir innsikt, kompetanse, metodikk, erfaringer mtp. en regional satsing
Bidrag til bærekraft	Samskaping - et systematisk redskap for å utvikle løsninger på tvers av nivåer, der fag-, system- og erfaringskunnskap kobles for å skape sammenhengende og bærekraftige tjenester i pasientens hverdagsliv: Helse, arbeid, aktivitet, sosiale kontakter og økonomi må henge sammen for at pasienten skal oppleve hverdagen som meningsfull og mestre eget liv.
Brukermedvirkning (involvering/bruk av erfaringer)	Brukermedvirkning er en grunnpilar i prosjektet. Brukere har initiert tiltaket og deltar som: • Medlemmer i prosjekt- og styringsgruppe • Medutviklere i innsiktsarbeid og samskapings-verksteder • Medforskere i evaluering og formidling Dette sikrer at løsninger utvikles med brukerne, ikke for dem.
Gevinstpotensial	Forventer gevinster både på kort og lang sikt, særlig knyttet til samhandling, kvalitet og ressursbruk. Dette inkluderer: • Mer sammenhengende og koordinerte pasientforløp • Tydeligere oppgavedeling og mer effektiv ressursutnyttelse • Økt brukertilfredshet og opplevelse av mestring • Redusert dobbeltarbeid og mindre frustrasjon i tjenestene • Bedre læringsoverføring og kompetansedeling mellom nivåene
Gevinstrealisering på kort og lang sikt	Gevinstene realiseres gjennom utvikling av mer helhetlige og samskapte arbeidsformer, tydeligere oppgavedeling, forbedret kommunikasjon og etablering av strukturer for kontinuerlig læring og samhandling.
Hvordan gevinster skal måles	Gevinstene dokumenteres gjennom integrerte kvalitative og kvantitative målinger, blant annet: • Løpende prosessevalueringer med brukere, ansatte og ledere • Kartlegging og dokumentasjon av nye samarbeidsstrukturer og arbeidsformer • Sluttrapport som oppsummerer effekter og anbefalinger for hovedprosjektet
Muligheter for implementering og bredning i Agder	Erfaringene fra forprosjektet dokumenteres fortløpende og deles i samarbeid med SSU og Helsefelleskapet. Samskapingsmodellen vil bli praktisk anvendbar både lokalt og regionalt med sikte på skalerbarhet.
Sekretariatets vurdering	Målet er å utvikle og teste modeller som fremmer samhandling og fortløpende tilpasning av tjenestene til brukerens behov. Hovedleveransen er en kartleggingsrapport med funn og anbefalinger og utkast til et hovedprosjekt. Samskaping som arbeidsmetodikk vurderer vi som en god metode da brukere sammen med fagpersonell utformer og utvikler tjenestene sammen. Det er innovative elementer i dette og et potensiale til å utvikle treffsikre og helhetlige tjenester der ressursbruk optimaliseres og brukermidvirkningen styrkes. Østre Agder DPS har over tid høstet erfaringer med samskapingsmodeller (BrukBrukeren, Nyby, oppgavedeling). Det fremstår litt uklart for oss hva som

	tilføres utover en systematisering av data og erfaringer de allerede har og mulig en videreføring basert på 'Samskaping Vest'. Oppsummert kunnskap med anbefalinger fra dette har en verdi mtp. spredning av samskaping som arbeidsform. Gevinstrealisering og målinger er i liten grad knyttet til forprosjektet men til effekter når modellen (måter å samskape på) er i bruk. Tildele kr. 250.000,- Prosjektperiode 2026- 6 mnd.
--	---

Søknad nr.6

Integrerte helsetjenester for sammenhengende pasientforløp. Tverrfaglig team sykehus og kommune for pasientoppfølging og helsefremming i hjemmet (2026-2027) Søker om 4.280.000,- Egenandel 1.786.000,- Prosjekteier: Østre Agder-samarbeidet Prosjektpartner: Sørlandet sykehus Arendal Prosjektansvarlig: Læringsnettverk "gode pasientforløp" (SSA og Østre Agderkommunene) Prosjektleder: Kristin Jeppestøl	
Løser konkrete samhandlings-utfordringer	Utvikle en modell for «integrerte helsetjenester» (IHT) som sikrer at kommunene og sykehuset gir helhetlig, koordinert og samtidig behandling primært i pasientens hjem (eldre skrøpelige). Et sentralt mål er å unngå hyppige og unødvendige innleggelser i sykehus. Basert på «Helsefremmende team» ønsker vi nå å videreutvikle metodikken i et tverrfaglig integrert helseteam med ansatte både fra spesialist - og kommunehelsetjenesten. Skal utfordre styringssystemer, lovverk og finansieringsordninger og foreslå endringer som understøtter helhetlige pasientforløp.
Kunnskaps-grunnlag	Viser til en tverrfaglig analyse der det konkluderes med at hovedutfordringer knyttet til dagens felles pasientbehandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er fravær av overordnet og helhetlig behandlingsplaner for eldre skrøpelige og kroniske pasienter som bla. bidrar til uklare ansvarsforhold i forløpet med press på legevakt, prehospitale tjenester og sykehus. Videre - Fragmentert kommunikasjon, ikke felles journalsystem, lite bruk av kjernejournal - Vedvarende høyt bruk av vikarer og assistenter i hjemmetjenesten- utfordrer kvalitet og kontinuitet - Redusert legetilgjengelighet på medisinsk faglig kompetanse, herunder fastlegen i helger og helligdager, legetjeneste på sykehjem Kartlegging utført av SSA viser at mange eldre har multimorbide lidelser og hyppige innleggelser (341 pasienter hadde > 4 innleggelser i 2025). Utvikling av denne type pasientforløp er utprøvd i en rekke land over tid, Storbritannia er et eksempel («Hospital at Home»). Viser til Regional utviklingsplan og HSØ læringsnettverk om IHT.
Bidrag til bærekraft	IHT reduserer presset på sykehus og gir mer bærekraft. Mer optimal samlet ressursbruk og styrket samarbeid om hjemmeoppfølging med kommunene (kompetanseutvikling, teknologi og prosedyrer).
Brukermedvirkning (involvering/bruk av erfaringer)	Representasjon fra både brukerutvalget ved SSHF og en representant fra Eldrerådet fra Arendal, Grimstad eller Froland vil inngå i prosjektgruppa.
Gevinstpotensial	Viser til at denne type pasientforløp er utprøvd i en rekke land over tid (eks. Hospital at Home i Storbritannia) og at Regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst 2040 beskriver gevinster med denne måten å gi pasientbehandling og oppfølging på. Gjennom deltakelse i Regionalt læringsnettverk i regi av Helse- Sør Øst vil dette

	utredes i forprosjektfasen. IHT vil kunne forebygge og bremse utviklingen av storforbrukere av helsetjenester, bedre funksjonen til skrøpeliges eldre, redusere dødelighet og sykehusinnleggelser, og øke livskvalitet.
Gevinstrealisering på kort og lang sikt	Unngå hyppige og unødvendige innleggelser i sykehus, i kommunale institusjoner, unngå økte kommunale helse- og omsorgstjenester.
Hvordan gevinster skal måles	I prosjektet er følgende måleparametere definert: - Måle innleggelser, reinnleggelser, dødelighet, bruk av fastlege, hjemmesykepleie og institusjonsopphold knyttet til de inkluderte pasientene på to tidspunkt (T1=ved første besøk, T2 6 måneder etter første besøk). Dette skal inngå som hovedoppgave i forprosjektperioden hvor bla. kvantitative data på individnivå fra sykehus og kommuner skal hentes ut, kvalitative data i form av erfaringer fra andre prosjekter i andre helseforetak og andre samarbeidende parter.
Muligheter for implementering og bredding i Agder	Målet er at integrerte tverrfaglige helseteam videreføres og driftes i Agder som et etablert samarbeid på tvers av sektorer. Denne muligheten er stor da etablering av helhetlige pasientforløp sykehus og kommuner har høy relevans for alle kommuner og øvrige sykehus på Agder. Implementeringen av IHT baseres på grundig evaluering av effekter på individ-, tjeneste- og systemnivå. Plan for implementering skal ytterligere konkretiseres i forprosjektperioden.
Sekretariatets vurdering	Det søkes om både forprosjekt og hovedprosjekt i samme søknad. Forprosjektfasen ser ut til å være planleggingsfase på 3 måneder hvor IHT skal etableres og komme i funksjon. I denne perioden skal individuelle kvantitative data hentes ut, samt innhenting av kvalitative data og erfaringer fra andre prosjekt. Det kommer ikke klart frem om SSA-undersøkelsen og resultatene de viser til innbefatter skrøpelige eldre (prosjektets målgruppe). Prosjektet nevner også storforbrukere av tjenester som målgruppe. De beskriver at de vil utfordre styringssystemer, lovverk og finansieringsordninger og foreslå endringer som understøtter helhetlige pasientforløp, men kommer ikke mer inn på dette. Sekretariatet mener det vil være hensiktsmessig å gjennomføre et avgrenset forprosjekt slik at konseptet for hva som skal gjennomføres blir tydeligere. Det er både spennende og riktig å tenke mer forebygging, tidlig innsats og oppfølging i hjemmet. Gir kunnskapsgrunnlaget noen indikasjoner for hvordan IHT ØA bør utformes? Hvilke konkrete utfordringer bør en IHT i ØA ha fokus på opp mot målgruppen utover det å sikre bedre 'kontinuitet' gjennom nye arbeidsformer? Det bør jobbes mer med konkretisering av gevinstpotensial og hvordan realisere dette. Vi tenker at et forprosjekt bør avklare og beskrive hvordan sikre synergier med allerede pågående arbeid i Lister-regionen og Ahus nettverket og i tillegg prosjektene om palliativ plan og akuttmedisinsk kjede. Hvilke erfaringer fra arbeidet med helsefremmende team er relevante for modellen IHT i ØA? Ny søknad om hovedprosjekt bør følge etter forprosjektet. Tildele kr. 250.000,- Prosjektperiode 2026- ca. 3 mnd.

Søknad nr.7

Helhetlige pasientforløp for torturoverlevende gjennom 1. og 2. linje - "Pakkeforløp tortur" (2026-2027). Søker om 1.520.000,- Egenandel ikke oppgitt i beløp, men:
Nettverksbygging, undervisning og veiledning i prosjektperioden fra ansatte

Prosjekteier: SSHF

Søkerne: SSHF og Kristiansand kommune v/ Helsesenter for migrasjon, samfunnsmedisinsk enhet

Prosjektleder: Birgit Lie, seniorrådgiver, Klinikk psykisk helse.

Løser konkrete samhandlings-utfordringer	Hensikten med prosjektet er å øke kompetansen om tortur og bidra til å få helhetlig behandlingsløp og oppfølging av følger etter tortur i alle ledd av behandlingskjeden – da dette er mangelfullt i dag. Få på plass en samhandlingsmodell som sikrer trygg identifikasjon, etterprøvbar dokumentasjon, standardiserte henvisningslinjer, tydelig arbeidsdeling og kompetanseheving.
Kunnskaps-grunnlag	Det finnes ingen nasjonal modell for torturoverlevende. Kompetanse er fragmentert. NKVTS dokumenterer høyt helsetjenesteforbruk og komplekse behov for tjenester hos torturoverlevende. Ubehandlete torturskader kan gi økt risiko for utenforskap, lavere livskvalitet og høyere samfunnskostnader – og dette vil kunne påvirke også neste generasjon. Til tross for liten systematikk når det gjelder oppfølging av tilbud til torturoverlevende har undersøkelser gjennomført av NKVTS vist at torturoverlevende i Norge har et betydelig høyere helsetjenesteforbruk sammenliknet både med andre flyktninger som med majoritetsbefolkningen. De har oftere kontakt med fastlege (i gj.snitt 7–9 konsultasjoner per år) og rapporterer høyere bruk av legevakt og fysioterapi-tjenester (NKVTS, 2017, 2019). Rundt 60–70 prosent oppgir behov for psykisk helsehjelp, og om lag 35 prosent har hatt kontakt med psykolog eller psykiater det siste året – en andel som er over tre ganger høyere enn i befolkningen generelt (NKVTS, 2020). Bruken av psykotrope legemidler og langvarig smertebehandling er også klart forhøyet (NKVTS, 2019). Ifølge Helsedirektoratet (2018) er helsekostnadene for torturoverlevende anslått til to til tre ganger høyere enn for gjennomsnittsbefolkningen, hovedsakelig på grunn av omfattende behov for psykisk helsehjelp og rehabilitering. Det antas at 10-15% av alle bosatte flyktninger har vært utsatt for tortur før ankomst. Et fåtall av disse oppdages og mottar nødvendig behandling når de bosettes. Ofte blir dette forsinket i mange år grunnet mangelfulle rutiner og mangelfull kompetanse om tortur og følger av dette, i alle ledd av behandlingsapparatet. På Agder er det bosatt 2862 flyktninger de siste 10 år. Det har ikke vært systematisk kartlegging av torturoverlevende blant disse. En oversikt over alder, kjønn og nasjonalitet gir en mulighet til å komme med et forsiktig anslag over torturoverlevende som kan antas bosatt i disse årene. Det kan dreie seg om mellom 90 og 100 personer.
Bidrag til bærekraft	Antatt redusert ressursbruk på sikt / kompetanse økt i alle ledd / økonomi- antatt mindre utgifter over tid / bærekraft – de menneskelige ressursene blir tilgjengeliggjort ved bedret helse og anerkjennelse av de traumer personene har gjennomgått. Dette vil også kunne ha positiv effekt inn i familier og ut i samfunnsdeltagelse. Ved tidlig, god kartlegging av behov og tilrettelegging av rehabilitering på alle nivå vil dette bidra til forkortede forløp og bedre bruk av personale på tvers av nivåene.
Brukermedvirkning (involvering/bruk av erfaringer)	Deltakere i boka «Våre stemmer torturoverlevende vi som skulle tie», ønsker å kunne delta i denne typen prosjekter og vil bli invitert inn som brukerstemmer.
Gevinstpotensial	Tidligere identifikasjon, tryggere behandlere, bedre samhandling, tydeligere pasientforløp og forventet redusert ressursbruk over tid. Bidra til koordinerte pasientforløp, tryggere behandlere og tidligere oppdagelse av personer som ellers kan få forlenget og kronifiserte vanskeligheter som kan forsinke integrering eller føre til uførhet. Dette kan igjen påvirke familie og barn, mao. også samfunnsmedisinske og folkehelse- relaterte gevinster å hente ut på lang sikt. Ivaretagelse av de ansatte i de kommunale oppfølgingstjenestene og bidra til økt trivsel ved å få verktøy for samhandling om en utfordrende gruppe. Ved å identifisere kun 10 pasienter tidlig og gi riktig behandling, estimeres en innsparing på X kroner per år basert på redusert bruk av legevakt, feilmedisinering og trygdeytelser. Dette vil tallfestes ila. prosjektet (kostnadsmodell fra NKVT).
Gevinstrealisering på kort og lang sikt	Gjennom tydeligere beskrevne pasientforløp, mer kompetente og tryggere behandlere - gir tidligere identifikasjon og intervensjon - med redusert ressursbruk

	på sikt, antatt mindre utgifter på sikt, menneskelige ressurser blir tilgjengeliggjort ved bedret helse – kan ha positive effekter inni familier og med samfunnsdeltakelse
Hvordan gevinster skal måles	Effekten måles gjennom før-/etter-evaluering av kompetanse og opplevd trygghet, samt erfaringer fra brukere (intervjuer). - Antall helsepersonell som har fullført e-læring/kurs (Mål: f.eks. 80 % av relevant helsepersonell). - Antall korrekte henvisninger eller tid fra ankomst til behandling ved å innføre kvantitative indikatorer (KPI-er). - o Tid fra ankomst/mistanke til henvisning (redusert ventetid). - o Antall korrekte henvisninger merket med spesifikke diagnosekoder for tortur/traumer (økning i presisjon).
Muligheter for implementering og bredding i Agder	Modellen har overføringsverdi til hele Agder. Kompetansehevingsprogrammet kan utvikles til digitale e-læringsmoduler slik at opplæringen blir lett tilgjengelig. Det vil lette spredning av modellen utenfor kommunen. Det kan også gi grunnlag for utvikling av bedre kompetanse- og kartleggingsverktøy nasjonalt.
Sekretariatets vurdering	Sekretariatet vurderer at prosjektet er godt beskrevet både med tanke på behov og hvordan bidra med å løse dette gjennom etablering av forløp og kompetanseutvikling. Kjente metoder – men skal få på plass en systematikk og et tilbud som ikke finnes i dag. Det er åpenbart av stor verdi at torturoverleverer får rask og riktig helsehjelp av et koordinert helsevesen, både mht. deres egen helse, men også mtp. samlet ressursbruk i helsetjenestene. Det er sannsynlig at en vellykket modell er skalerbar, men vil kreve tilpasninger til små/store kommuner. Tildele kr. 1.520.000,- Prosjektperiode 2026-2027

Oversikt over søknadsbeløp og forslag til tildelinger:

	Søknadsbeløp	Forslag til tildeling	Periode
1. Samarbeid jordtjenesten	2 480 000	2 480 000	2026-27
2. Felles i front, akutthus, Helsehus	3 660 000	2 440 000	2026-28
3. Kompetansehevingsprogram, PHV, TSB	600 000	350 000	2026
4. Palliativ plan, beh.avklaring	245 000	245 000	2026
5. Samskaping i sør	500 000	250 000	2026
6. IHT, pasientoppfølging i hjemmet	4 280 000	250 000	2026-27
7. Torturoverleverer	1 520 000	1 520 000	2026-27
	13 285 000	7 535 000	

Porteføljesekretariatet:

Navn	Funksjon	Representerer
Grete Dagsvik (leder)	Seksjonsleder innovasjon og utvikling	Sørlandet sykehus
Cathrine Økshoff	Rådgiver USHT øst	Østre Agder
Kristina Aasprong Olsen	Samhandlingskoordinator	Region Lister
Ellen Benum	Samhandlingskoordinator	Region Setesdal
Olga Rugland Espegren	Leder USHT vest	Region Kristiansand
Agate Folgerø	Klinikk-kontakt samhandling	Sørlandet sykehus
Mirjam Smedsrød (sekretær)	Seksjonsleder samhandling	Sørlandet sykehus
Arnt Bechstrøm Holte	Leder av SSHF Brukerutvalg	SSU - brukerrepr.

Vedlegg: Søknadsmalen

Søknadsskjema

Rekrutterings- og samhandlingstilskudd

Søknaden sendes til Sørlandet sykehus: postmottak@sshf.no med kopi til miriam.smedsrod@sshf.no

Søknaden skal være på maks 4 sider, pkt. 1-12 må besvares. Bruk font Calibri 11, all hjelpetekst i kursiv kan fjernes. Kun følgende vedlegg vil bli hensyntatt ved søknadsbehandling: Budsjett (pkt. 10), Avtale mellom partene (pkt. 12).

1. Prosjektets navn

Kort og kreativt

2. Temaområde og strategisk tilknytning

- Hvilket tema fra utlysningen vil prosjektet ta for seg? (Se utlysningstekst på nettsiden)*
- Beskriv hvordan prosjektet støtter opp om formålet med tilskuddsordningen*
- Beskriv hvordan prosjektet støtter opp om Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) sin strategi*

3. Gi en kort oppsummering av tiltaket/prosjektet og søknadssum

- Her bør det komme fram om det er et forprosjekt, delprosjekt/tiltak eller hovedprosjekt.*
- Beskriv hvilke samhandlingsutfordringer dere tenker at prosjektet/tiltaket vil løse? Hva vil endres eller forbedres?*
- I hvilken grad bidrar prosjektet/tiltaket til tjenesteinnovasjon?*
- I hvilken grad bidrar prosjektet/tiltaket til økt bærekraft?*

4. Søker(e) / prosjekteier(e)

- Oppgi hvilke(n) kommune(r) og tjenesteområder som deltar.*
- Oppgi hvilke avdelinger ved sykehuset som deltar.*
- Oppgi hvem som skal være prosjekteier og hvem som er foreslått til prosjektleder.*
- Beskriv hvordan samarbeidet mellom partene er planlagt for prosjektperioden.*
- Signert avtale som bekrefter samarbeidet mellom partene, skal legges ved.*

5. Kontaktperson(er)

Maks 2 kontaktpersoner

Navn:

Funksjon/tittel:

Virksomhet:

Telefon:

Epost:

6. Beskriv prosjektet

- Bakgrunn*
- Hensikt og mål*
- Målgruppe(r)*
- Tidsramme, planlagt oppstart*
- Fremdriftsplan i korte trekk*

Hovedaktivitet	1.periode	2. periode	3.periode	4.periode	Kommentar

7. Hva er allerede gjort på området?

- Beskriv kort kjent kunnskapsgrunnlag (litteratur, erfaring, forskning)
- Er dere kjent med lignende tidligere eller pågående prosjekter/tiltak? Hvis ja, beskriv
- Er dere involvert i andre pågående prosjekter/tiltak på samme tema? Hvis ja, hvilke

8. Brukermedvirkning

Hvordan er det planlagt å involvere brukere i prosjektet/tiltaket? Hvordan er det planlagt å innhente erfaringer fra brukerne?

9. Gevinstpotensial

- Hva er forventet gevinstpotensial for prosjektet/tiltaket? Både på kort og lang sikt.
- Hvordan skal gevinstene måles?
- Hvordan skal gevinstene realiseres?

Gevinstpotensialet kan knyttes til pasientforløpet / samhandlingen / oppgavedeling / brukeropplevelse / behandlingskvalitet / ressursbruk / kompetanse / økonomi / bærekraft

10. Budsjett og søknadssum

Hele pkt. 10 kan tas ut av søknaden og legges som et vedlegg.

	1. år	1. år	2. år	2. år	Kommentar
	Kommune	Sykehus	Kommune	Sykehus	
Personellkostnader: (beskriv hvilke roller, prosentfordeling eller timetall)					
Honorar brukermedvirkning					
Reise og opphold					
Møtekostnader					
Utstyr					
Annet					
Søknadssum					
Egenfinansiering					
Medfinansiering/ annen finansiering andre kilder					

Kommentar til budsjett:

11. Implementering

Beskriv hvordan resultater og erfaringer fra prosjektet/tiltaket kan implementeres. Hva vil være overføringsverdi til andre virksomheter og hva er muligheten for utbredelse til hele Agder.

12. Bekreft om signert avtale mellom kommune(r) og sykehuset er vedlagt

Ja ☐