

Forskning og innovasjon for å styrke bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester

Prosjektsammendrag av bevilgede prosjekter (2024-2025)

Prosjektsamling januar 2026

Forskningsrådet

Table of Contents

2024	2
355172_Ung Arena: Et bærekraftig kommunalt tilbud for å redusere psykiske og sosiale problemer blant unge	3
355194_OptiCare-AI: Optimalisering av turnusplanlegging for helsepersonell ved hjelp av KI	4
355225_HELSEKART: TVERRFAGLIG KARTLEGGING AV HELSEBEHOV	5
355276_MoPeK: Modell for personellplanlegging i kommunale helse - og omsorgstjenester	6
355284_Re:Structure: Redesign av kommunale tjenester for å forebygge ungt utenforskap	7
355292_SAKO: Serviceroboter som arbeidsstøtte i kommunale helse- og omsorgstjenester	8
355316_ColOuR: Collaborative Outdoor Rehabilitation- Et samskappingsprosjekt for økt aktivitet og deltakelse for eldre personer	9
355344_Tillit og kompetanse-bærekraftig digitalisering av helse-og omsorgstjenester i små kommuner	10
355380_StyrK: Bærekraftig styring av kommunale helse- og omsorgstjenester	11
355421_SIKRE: Sosial innovasjon for å gi bedre sosial støtte til enslige kreftsyke i kommunen	12
2025	13
361279_Helt i mål: Bærekraftig rekruttering av personer utenfor arbeid til kommunale helse- og omsorgstjenester	14
361317_HOME: Bærekraftig og forsvarlig eldreomsorg gjennom aldring i eget hjem	15
361349_SELFDRIVE: Driving sustainable health and social care reform in rural regions through empowered selfmanaging teams	16
361371_PreRule: Pre-hospital Rule-in or rule-out of non-ST-elevation myocardial infarction in patients with acute chest pain	17
361405_SAFE@HOME: Technologies of care for aging migrants	18
361438_Randomized controlled trial of tailored and sustainable health care solutions for home-dwelling individuals with high healthcare utilization	19
361487_Trygg legemiddelhåndtering i sykehjem: Evaluering av lukket legemiddelsløyfe	20
361524_COMMIT: Collaborative Musculoskeletal Management- Enhancing Primary Care through Interdisciplinary Team-based Care	21

Prosjekter fra 2024

Utlysning: *Forskning og innovasjon for å styrke bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester 2024*

355172- Ung Arena: Et bærekraftig kommunalt tilbud for å redusere psykiske og sosiale problemer blant unge

Bakgrunn

Psykiske vansker, som angst og depresjon, og sosiale utfordringer, som skolefravall og tidlig uføretrygd, har økt betydelig blant unge de siste årene. Denne utviklingen medfører store kostnader for samfunnet og skaper utfordringer for kommunene, som har fått større ansvar for å forebygge og behandle disse problemene, men uten å ha blitt tildelt mer ressurser til dette arbeidet. For å møte disse utfordringene er det behov for brukervennlige, tilgjengelige og effektive helsetjenester rettet mot unge. Ung Arena er et gratis lavterskeltilbud som allerede er etablert i flere norske kommuner, og som gir ungdom støtte til å håndtere psykiske og sosiale utfordringer. Dette prosjektet skal evaluere hvordan Ung Arena fungerer i praksis, og i hvilken grad tjenesten er nyttig for ungdom som opplever slike vansker.

Formål

Formålet med evalueringen er å fremskaffe ny kunnskap som kan bidra til å forbedre og videreutvikle slike lavterskeltilbud, samt gi kommunene bedre verktøy i arbeidet med psykisk helse for unge. Prosjektet involverer aktører på flere nivåer, inkludert ungdom som bruker Ung Arena, ansatte ved Ung Arena-sentrene, Mental Helse Ungdom, Kommunesektorens organisasjon (KS), forskere fra Folkehelseinstituttet, OsloMet, NAV og Copenhagen Research Unit for Recovery, samt beslutningstakere i kommuneledelsen. Dette gir prosjektet et stort potensial for innovasjon og forbedring av kommunale tjenester rettet mot unge.

Evaluering-fire delstudier

1. **Prosessevaluering:** Denne delen undersøker hvordan Ung Arena fungerer lokalt som tjeneste for å fremme psykisk helse og sosial fungering blant unge. Vi vil innhente synspunkter og erfaringer fra sentrale aktører, blant annet kommuneledelse, Ung Arena-ledere og ansatte samt ungdom fra Ung Arenas ungdomspanel.
2. **Effektevaluering:** Effekten av Ung Arena-tiltaket måles gjennom spørreskjema til ungdom i alderen 16–25 år som benytter Ung Arena for individuelle samtaler. Skjema fylles ut før første samtale, ved påfølgende besøk, samt to og seks måneder etter første samtale. Det inkluderes også en kontrollgruppe bestående av ungdom med tilsvarende alder, kjønn, symptomnivå, sosiodemografisk bakgrunn og sentralitet, bosatt i kommuner uten Ung Arena. Kontrollgruppen besvarer de samme spørsmålene, og får i tillegg spørsmål om behov for og eventuell bruk av lavterskeltilbud for psykisk helse. I tillegg til spørreskjemadata vil vi også benytte registerdata.
3. **Nytte- og kostnadsanalyse:** Denne delen av studien analyserer de totale direkte kostnadene ved Ung Arena og hvilke kostnadskomponenter som inngår. Videre undersøkes betydningen av individuelle samtaler ved Ung Arena for tilknytning til utdanning og arbeid, risiko for tidlig uføretrygd, samt bruk av fastlege og barne- og ungdomspsykiatri (BUP). Målet er å belyse langtids effekter av tiltaket basert på objektive mål hentet fra registerdata.
4. **Veileder og anbefalinger:** Til slutt vil prosjektet utarbeide en veileder med anbefalinger for videreutvikling og spredning av Ung Arena til flere kommuner.

Prosjektet benytter både kvantitative data (spørreskjema og nasjonale registre) og kvalitative metoder (intervjuer) for å gi et helhetlig bilde av hvordan Ung Arena fungerer som kommunalt tilbud.

355194- Optimalisering av turnusplanlegging for helsepersonell ved hjelp av kunstig intelligens OptiCare-AI

Prosjektet OptiCareAI er finansiert av Norges forskningsråd og gjennomføres i samarbeid mellom forskere ved Nord universitet, Oulu universitet i Finland og de tre norske kommunene Alta, Alstahaug og Vestvågøy. Gjennom fire arbeidspakker undersøker prosjektet hvordan kompetansebruken i hjemmebaserte helsetjenester kan optimaliseres, hvordan tjenestene kan ledes og organiseres for å sikre riktig kompetanse til riktige oppgaver, hva som kjennetegner en bærekraftig heltidskultur, samt hvordan kunstig intelligens kan forenkle og forbedre turnusplanlegging.

Turnusplanlegging er en sentral del av helsetjenesten og avgjørende for god ressursutnyttelse, stabil bemanning og forsvarlige arbeidsforhold for helsepersonell. Likevel er tradisjonelle, manuelle planleggingsmetoder fortsatt utbredt, noe som kan føre til ineffektiv ressursbruk og økt belastning for ansatte. Digitale løsninger, og særlig kunstig intelligens (KI), representerer nye muligheter for mer presis og effektiv planlegging.

Prosjektet OptiCare-AI har som mål å teste KI-baserte løsninger for å forbedre turnusplanlegging i hjemmebaserte helsetjenester. Arbeidet omfatter en systematisk gjennomgang av eksisterende forskning, sammenligning av praksis i Norge og Finland, samt utvikling av en nasjonal konsensus for hvordan en helsefremmende turnuskultur kan etableres. Gjennom fire arbeidspakker undersøker prosjektet hvordan kompetanse kan utnyttes best mulig, hva som kjennetegner en bærekraftig heltidskultur, og hvordan KI kan forenkle og forbedre komplekse turnusprosesser.

Ved å analysere historiske data kan KI bidra til å forutse fravær og foreslå turnuser som bedre samsvarer med faktiske bemanningsbehov, samtidig som ansattes ønsker integreres i planleggingsprosessen. Slik kan KI-basert turnusplanlegging redusere tiden ledere bruker på arbeidstidsplanlegging, styrke balansen mellom arbeid og privatliv for ansatte og bidra til å møte utfordringene knyttet til den økende mangelen på helsepersonell – særlig i en tid der stadig flere eldre mottar helsetjenester i eget hjem.

355225- HELSEKART: TVERRFAGLIG KARTLEGGING AV HELSEBEHOV

Tidlig identifisering av hjemmeboende Eldres helsebehov er avgjørende for å opprettholde helse og funksjon, livskvaliteten og for å unngå sykehusinnleggelser. Ved tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester skal helsepersonell vurdere funksjon og helsebehov. Basert på vurderingen tildeles det tjenester som trygghetsalarm, hjelpemidler, hverdagsrehabilitering, hjemmesykepleie, og praktisk bistand i hjemmet. Det er i dag ingen standard for hva som skal inngå i kartleggingen og hvordan dette skal gjøres.

Prosjektet har som mål å utvikle og teste en ny tverrfaglig prosedyre for å kartlegge og følge opp Eldres helsebehov. Kartleggingen kombinerer hva som er viktig for den enkelte med validerte tester og spørsmål for å undersøke fysisk og kognitiv funksjon, ernæring og munnhelse, dagliglivets aktiviteter, sanser, psykisk helse, sosiale relasjoner, og helsevaner som grunnlag for veiledning, tiltak og tjenester.

Prosjektet innebærer samskaping av den tverrfaglige prosedyren med helsepersonell, eldre og deres pårørende, opplæring i hvordan kartleggingen skal foregå og iverksetting i to norske kommuner gjennom en randomisert kontrollert studie. Prosjektet vil undersøke effekter av tverrfaglig vurdering av helsebehov helserelatert livskvalitet, helsetjenestebruk og evaluerer kostnadseffektivitet. Ved å utvikle tverrfaglig praksis og gi helsepersonell verktøy og opplæring, kan prosjektet avdekke funksjonssvikt tidlig og iverksette tiltak som fremmer helse og funksjon. Det langsiktige målet er å gjøre tverrfaglig vurdering av helsebehov skalerbar slik at den kan tas i bruk i kommuner i hele Norge, redusere variasjon i tjenestetildeling og fremme god aldring hjemme.

OM FORSKNINGSPROSJEKTET HELSEKART:

- Skal utvikle en systematisk tverrfaglig å kartlegge Eldres helse på slik at helsepersonell tidligere kan identifisere og følge opp behov.
- Gir opplæring til helsepersonell i kommunene i hvordan kartleggingen skal gjennomføres.
- Deltakerne er hjemmeboende eldre over 65 år i Sandnes og Stavanger som søker helse- og omsorgstjenester.
- Finansiert av Norges forskningsråd. Prosjektnummer 355225 - KSF-2024.
- Prosjektperiode: 2025–2029. Rekruttering av deltakere starter våren 2026.

Prosjektgruppen: Marianne Storm, (prosjektleder UiS), Elisabeth Lind Melbye (arbeidspakkeleder UiS), Knut Sommerseth Lie (rådgiver UiS), Elise Rosenvinge Syse (stipendiat UiS), Bente Hamre Larsen (forsker UiS), Sonja Haslerud (rådgiver, Sandnes kommune), Jorunn Nærland Skjærpe (posdoktor Stavanger kommune), Heidi Synnøve Isberg (rådgiver, Stavanger kommune), Charlotte Wegner (arbeidspakkeleder, UiS), Arnt Egil Ydstebø (rådgiver Stavanger kommune)

355276- Modell for personellplanlegging i kommunale helse - og omsorgstjenester (MoPeK)

I årene som kommer står de kommunale helse- og omsorgstjenestene overfor store utfordringer. Den demografiske utviklingen med en aldrende befolkning fører med seg en økt etterspørsel etter kommunale helse- og omsorgstjenester, samtidig som tilgangen på arbeidskraft reduseres som følge av at kullene som trer inn i arbeidsmarkedet er mindre enn de som går av med pensjon. For å møte denne utfordringen har kommunene behov for gode data og framskrivninger som grunnlag for kommunal planlegging. Norske kommuner er ulike og det er betydelig geografisk variasjon i andelen eldre i forhold til den arbeidsføre befolkningen, der enkelte kommuner vil stå overfor større utfordringer enn andre. Denne ulikheten gir behov for data og framskrivningsmodeller tilpasset hver enkelt kommune.

MoPeK prosjektet skal tilby et kunnskapssystem med analyser og framskrivninger av tjenesteomfanget, bemanningssituasjonen og kostnader i pleie- og omsorgstjenesten, både samlet og for hver enkelt samarbeidskommune. Vi vil også legge til rette for skalering, slik at kommuner som ønsker det, selv kan legge inn data og gjennomføre analyser skreddersydd for deres spesifikke behov.

I prosjektet vil vi utvikle to innovasjoner som vil støtte alle landets kommuner i planlegging for fremtiden:

1. En infrastruktur for håndtering av hittil ubrukte data om bemanning i omsorgstjenesten
2. Et framskrivningsverktøy som beregner behov for fremtiden, og som kan brukes til å forstå konsekvensene av politiske og organisatoriske prioriteringer og endringer.

Arbeidet med å utvikle disse innovasjonene vil foregå gjennom 6 arbeidspakker, hvor vi skal:

- 1) Samle data fra kommunenes systemer (GAT/Gerica) samt nasjonale registre (AP1)
- 2) Analysere og presentere statistikk om brukere og bemanning i helse- og omsorgstjenestene (AP2)
- 3) Utforske hvordan kommunene fordeler arbeidsoppgaver, gitt bemanning som er til stede på hver vakt (AP3)
- 4) Samskape forståelse og forutsetninger for modellutvikling (AP4)
- 5) Utvikle modell for framskriving av personellbehov og tilsvarende kostnader (AP5)
- 6) Brukerteste og implementere modellen i kommunene (AP6)

RE:STRUCTURE

Redesign av kommunale tjenester for å forebygge ungt utenforskap

Bakgrunn

Ungt utenforskap er en stor utfordring for bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester. Én av ti unge mellom 15 og 29 år faller utenfor utdanning, arbeid og opplæring. Dette fører til økt ensomhet, psykiske plager og svekket sosial inkludering.

Prosjekt mål

Forskningsprosjektet Re:Structure utforsker hvordan utenforskap kan forebygges i samarbeid med ungdom. Prosjektet tilnærmer seg ungt utenforskap som et strukturelt problem som krever strukturelle løsninger. Dette innebærer å tenke nytt om hvordan vi designer kommunale tjenester, som skole og fritidsklubber.

Tilnærming

Den nåværende tilnærmingen til ungt utenforskap preges av at kommuner lager spesialiserte tjenester for å hjelpe unge individer tilbake til innenforskap. I

Re:Structure jobber vi sammen med unge for

å eksperimentere med hvordan strukturene som marginaliserer dem kan bli endret. Målet med dette arbeidet er å forebygge utenforskap før det oppstår.

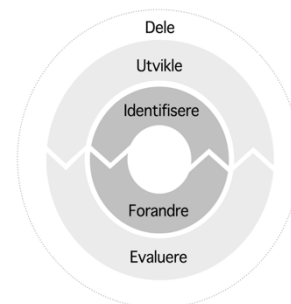


Partnere

Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO) leder prosjektet som gjennomføres i samarbeid med tre store kommuner: Bærum, Asker og Trondheim. I tillegg deltar KS, NTNU, NORCE, Oslo universitetssykehus, Minotenk og Mental Helse Ungdom som partnere i prosjektet.

Prosjektaktiviteter

1. Etablering av et læringsnettverk for å dele og lære tverrkommunalt gjennom forskningsprosessen.
2. Identifisering av strukturene i kommunale tjenester som bidrar til ungt utenforskap sammen med lokale ungdommer.
3. Eksperimentering med hvordan disse strukturene kan forandres.
4. Utvikling av alternative måter kommuner kan jobbe med tjenesteutvikling for å forhindre ungt utenforskap.
5. Evaluering av resultatene av den deltakende prosessen og de strukturelle endringene.



Planlagte resultater

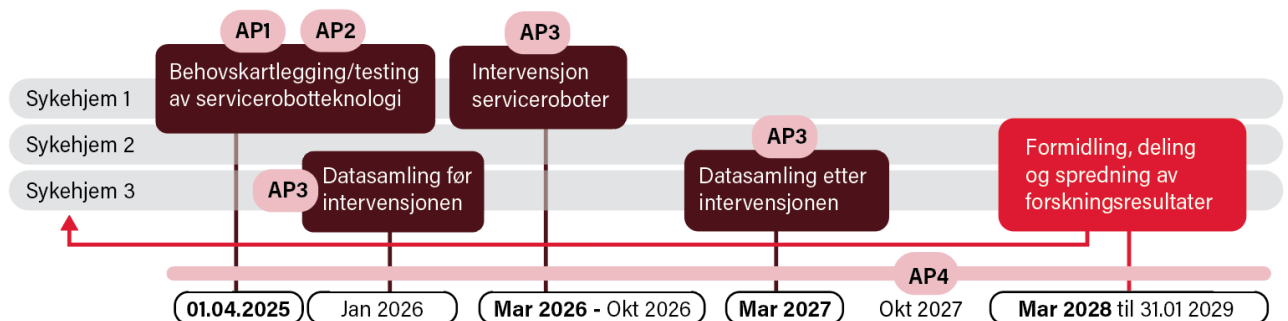
Prosjektet har som mål å utvikle et anvendbart rammeverk og praktiske tilnærminger for hvordan kommuner kan jobbe aktivt med sosial inkludering i egne tjenester og dermed redusere ungt utenforskap.

355292- Serviceroboter som arbeidsstøtte i kommunale helse- og omsorgstjenester (SAKO) prosjektet

SAKO prosjektet gjennomføres i et samarbeid mellom kommunene Arendal, Grimstad, Risør, Universitetet i Agder (UiA), og Lappeenranta–Lahti Universitet i Finland (LUT). Prosjektet er tverrfaglig, og forskere med bakgrunn i mekatronikk og e-helse er involvert. Målet med prosjektet er å utvikle ny kunnskap om hvordan serviceroboter kan brukes som støtte til rutineoppgaver i sykehjem. Prosjektet ledes av Senter for e-helse ved UiA, og har blitt utviklet i et samarbeid mellom kommunene og forskerne. Bakgrunnen for prosjektet er at de ansatte i sykehjem rapporterer at de får stadig flere og tyngre arbeidsoppgaver, og avlastning er viktig for å forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten på pleie og behandling i sykehjem.

SAKO prosjektet startet opp 1. april 2025, og er organisert i 4 arbeidspakker (AP). I AP 1 er det gjennomført kartlegging av hvilke oppgaver helsepersonell i sykehjem trenger avlastning til. I AP 2 skal det prøves ut ulike typer servicerobotteknologi, som skal testes videre i en brukervennlighetsstudie i 2026. Selve implementeringen av serviceroboter starter i 2027 (AP3), og det undersøkes hvilke gevinster som kommunene, ansatte og pasientene kan få når serviceroboter brukes i sykehjem. Det skal gjennomføres en kvasi-eksperimentell implementeringsstudie, med før og etter målinger av aktuelle variabler. SAKO prosjektet har som overordnet mål å utvikle en modell og anbefalinger for bruk av serviceroboter i sykehjem.

Tidslinje for SAKO prosjektet (2025-2029):



Kontaktinformasjon:

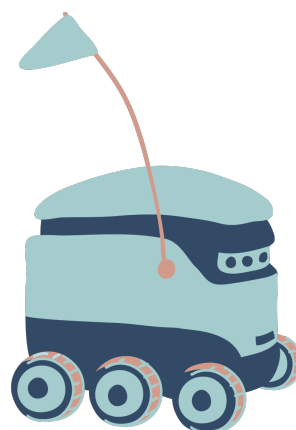
Prosjektleder Mariann Fossum

Senter for e-helse

Universitetet i Agder

Epost; mariann.fossum@uia.no

Mobil: 91854845



**355316- ColOuR- Collaborative Outdoor Rehabilitation:
Et samskappingsprosjekt for økt aktivitet og deltakelse for eldre personer**

I ColOuR ønsker vi å styrke proaktive helse- og omsorgstjenester som støtter opp om selvstendighet og egenmestring for eldre personer. ColOuR bygger på en forståelse av at aktiv aldring og helse henger sammen med meningsfulle aktiviteter og steder. Prosjektet bygger på forprosjektet «Uterehabilitering som en del av hverdagsrehabilitering» som ble gjennomført i Vestvågøy kommune i 2020-2021. Til tross for mange positive erfaringer, identifiserte forskerne to områder som krever videreutvikling:

- Kontekstuell tilpasning til lokale ressurser og barrierer (geografi, demografi, kultur og klima)
- Behov for å styrke sektoriell og organisatorisk samhandling som kan bidrar til å skape aldersinkluderende lokalsamfunn

I ColOuR retter vi oss mot forbedringsområdene, og bygger videre på erfaringene med uterehabilitering gjennom å tilpasse og spre konseptet til andre kommuner. Samtidig vil prosjektet frembringe kunnskap om hvordan samarbeidet mellom kommune, frivilligheten, lokale organisasjoner og foreninger kan fremme aldersinkluderende lokalmiljø.

Deltakelse i uteaktiviteter oppleves meningsfylt for mange eldre personer, og positive effekter av utendørsaktiviteter er veldokumenterte. Til tross for det begrenses ofte intervensjoner i hverdagsrehabilitering til trening på innendørsaktiviteter. Det er derfor et behov for å undersøke hvordan tverrfaglig uterehabilitering kan støtte opp under meningsfull aldring, mestring og bidra til aldersinkluderende samfunn.

Arbeidet ledes fra UiT Norges arktiske universitet, i samarbeid med Vestvågøy, Tromsø, Skjervøy og Kåfjord kommune. Gjennom samskappingsmetodikk og tjenestedesign er målet å tilpasse, prøve ut og videreutvikle uterehabilitering som tjeneste og konsept. Tilnærmingene vil følges av forskere ved UiT, samt medforskere i kommunene.

Gjennom å tilrettelegge for meningsfull aldring i fire nord-norske kommuner, ønsker prosjektet å bidra til økt mestring og deltakelse for eldre personer, økt tverrsektoriell og tverrkommunal samskaping.

Prosjektet er nå i gang med en workshop-rekke hvor aktører fra ulike sektorer; helse- og omsorgstjenester, frivillighet, eldreråd, pensjonistforeninger og samfunnsutviklere, sammen utforsker utfordringsbildet og utvikler nye ideer til samskaptede modeller som kan fremme økt aktivitet og deltakelse for eldre innbyggere i kommunene. I neste fase i prosjektet skal tiltak prøves ut og implementeres i de fore deltakerkommunene, før tiltak til slutt skal deles og spres på tvers av kommunene for økt utstrekning og verdigenerering.

2024

355344- Tillit og kompetanse for bærekraftig digitalisering av helse- og omsorgstjenestene i små kommuner (2025–2028)

Prosjektorganisering

Prosjektet er initiert av de tolv kommunene i Hallingdal (Flå, Nesbyen, Gol, Hemsedal, Ål og Hol) og Vest-Telemark (Fyresdal, Kviteseid, Nissedal, Seljord, Tokke og Vinje).

Prosjekteier er Ål kommune, med Hallinghelse som vertskap for prosjektets doktorgradsstipendiat. Universitetet i Sørøst-Norge (USN), ved Senter for helse og teknologi, leder forskningen. DigiViken, DigiTV og USHT i Buskerud og Telemark deltar som samarbeidspartnere.

Bakgrunn:

Små distriktskommuner står overfor en raskt økende omsorgsbyrde som følge av demografiske endringer, samtidig som helse- og omsorgstjenestene forventes å digitaliseres gjennom økt bruk av velferdsteknologi, digital hjemmeoppfølging (DHO) og nye e-helseløsninger. Samtidig er små kommuner lite representert i eksisterende forskning, og kartlegginger viser betydelig skepsis og lav tillit til teknologiske løsninger blant både ledere og ansatte. Dette skaper en risiko for at nødvendige digitale satsinger ikke gir ønsket effekt. Prosjektet «Tillit og kompetanse» tar utgangspunkt i dette gapet mellom politiske ambisjoner, teknologiske muligheter og praktisk gjennomføring i små kommuner.

Formål:

Prosjektets hovedmål er å bidra til bærekraftig digitalisering av helse- og omsorgstjenestene i små distriktskommuner gjennom å styrke digital helsekompetanse hos medarbeidere og ledere, tillit til velferdsteknologi, DHO og e-helse, samt forutsetninger for nye roller og arbeidsformer. Dette skal legge grunnlag for høyere kvalitet, bedre ressursutnyttelse og økt pasientsikkerhet i kommunale tjenester.

Forskningsdesign og metode

Kjernen i prosjektet er et doktorgradsarbeid som består av to hoveddeler:

1. Kartlegging av digital helsekompetanse

Alle ansatte i helse- og omsorgstjenestene i de tolv kommunene kartlegges med hensyn til digital kompetanse, erfaring med opplæring og behov for videreutvikling. Kommunene får egne resultater og kan følge utvikling over tid.

2. Kvalitativ studie av tillit og motstand

Gjennom intervjuer og analyser undersøkes hvordan ledere og ansatte med ansvar for tjenestetildeling opplever, forstår og forholder seg til velferdsteknologi, DHO og e-helse. Målet er å identifisere både barrierer og drivere for digitalisering.

Parallelt kartlegger USN, USHT, DigiViken og DigiTV eksisterende opplæringstilbud innen e-helse og vurderer hvor egnet disse er for små distriktskommuner.

Forventet nytte:

Prosjektet gir kommunene systematisk kunnskap om egen kompetansesituasjon, innsikt i hva som skaper tillit og motstand mot teknologi og et bedre grunnlag for målrettede og effektive kompetansetiltak

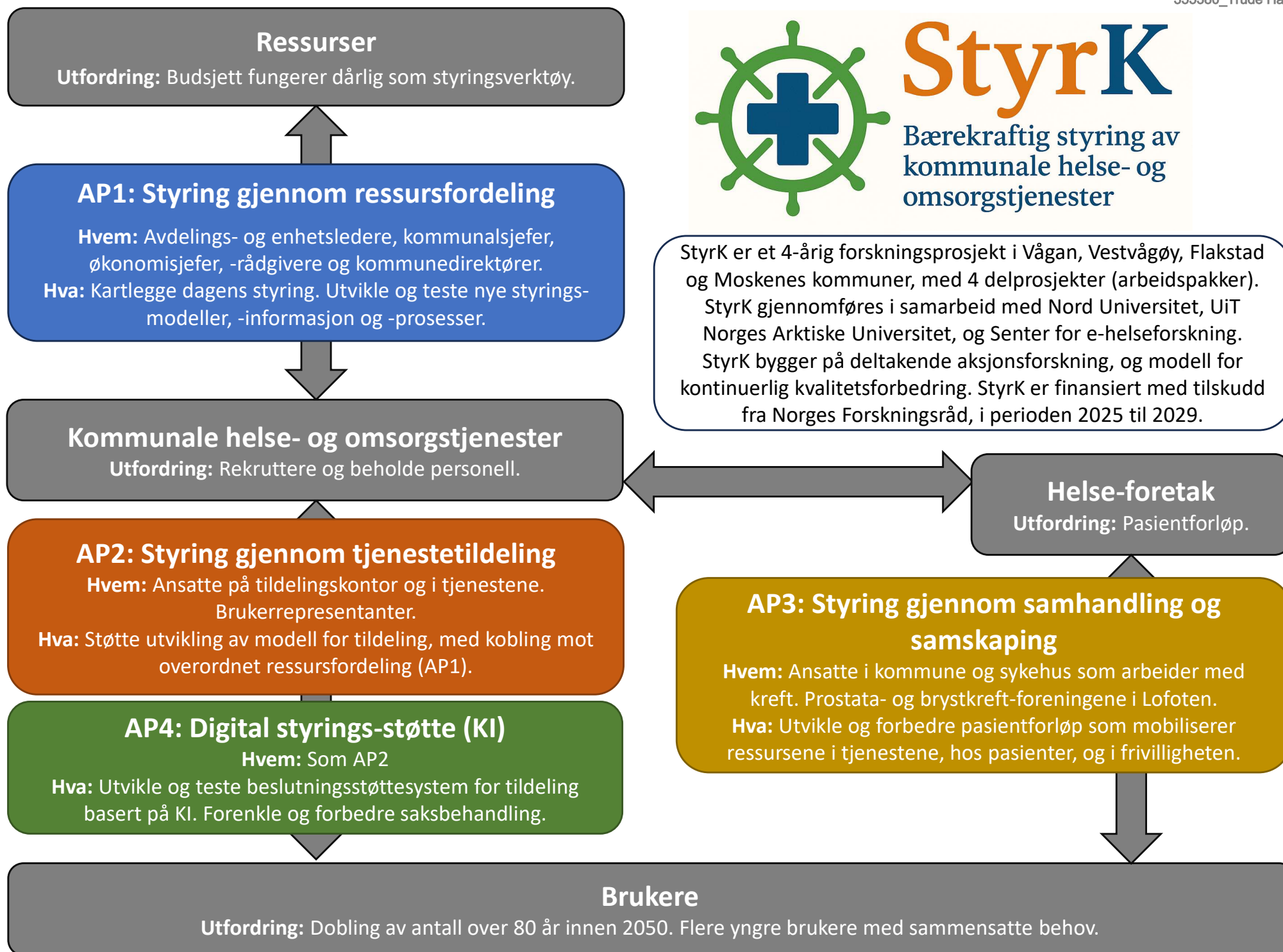
På sikt skal dette bidra til tryggere, mer effektive og mer bærekraftige digitale helse- og omsorgstjenester, med stor overføringsverdi til andre små kommuner i Norge.



StyrK

Bærekraftig styring av kommunale helse- og omsorgstjenester

StyrK er et 4-årig forskningsprosjekt i Vågan, Vestvågøy, Flakstad og Moskenes kommuner, med 4 delprosjekter (arbeidspakker). StyrK gjennomføres i samarbeid med Nord Universitet, UiT Norges Arktiske Universitet, og Senter for e-helseforskning. StyrK bygger på deltakende aksjonsforskning, og modell for kontinuerlig kvalitetsforbedring. StyrK er finansiert med tilskudd fra Norges Forskningsråd, i perioden 2025 til 2029.



355421- SIKRE: Sosial innovasjon for å gi bedre sosial støtte til enslige kreftsyke i kommunen

Innvilget søknad fra NFR i utlysningen: Forskning og innovasjon for å styrke bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester 2024

Prosjektansvarlig: Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn. Gunvor Aasbø (prosjektleder), Kari Nyheim Solbrække, Lisbeth Thoresen og Inger Østensen (PhD-stipendiat)

Partnere:

Horten kommune: Kjersti Haugen Norheim, Kristine Fritsø, Lotte Gunnerud Samnøy, Marianne Corneliussen.

Oslo kommune, Bydel Alna: Kristin Kvalheim Olsen, Siri Vimo Garner

OsloMet/Arbeidsforskningsinstituttet: Reidun Norvoll

Roskilde universitet, Institut for Mennesker og Teknologi: Mari Holen

Prosjektperiode 1.7.2025-31.12.2028

Omtale: Mange personer som diagnostiseres med kreft har få eller ingen nære pårørende, og har derfor ofte liten tilgang til sosial støtte i krevende faser av sykdomsforløpet. Det er derfor viktig å utvikle løsninger i kommunene for å ivareta enslige kreftsykes behov for sosial støtte. Målsettingen med dette tverrfaglige og tverrsektorielle prosjektet er å utvikle bærekraftig oppfølging som kan ivareta enslige kreftsykes behov for sosial støtte. Slik kan utenforskap, ensomhet og psykisk uhelse forebygges. Styrkede sosiale relasjoner i lokalsamfunnet kan bidra til økt deltakelse og tilhørighet for enslige kreftsyke. I dette prosjektet vil vi gjennomføre en sosial innovasjonsprosess der målet er å utvikle og teste tiltak, samarbeidsformer og arbeidsmåter som skal: 1) Gi tettere oppfølging av den enkelte gjennom et styrket samarbeid mellom offentlige helse- og omsorgstjenester, frivillighet og kultur. 2) Utvikle kommunale, tverrsektorielle, inkluderende og levende møteplasser hvor kreftsyke kan møtes og utvikle sosiale fellesskap. Disse innovasjonene vil bringe ny og viktig kunnskap om bærekraftige løsninger og samarbeid som bedre ivaretar den enkelte på en helhetlig måte, samtidig som lokalsamfunnets sosiale ressurser mobiliseres og utnyttes mer effektivt. Som en integrert del av innovasjonsprosessen vil forskerne utvikle kunnskap om enslige kreftsykes livssituasjon og deres forståelse av gode sosiale relasjoner, ressurser og møte(plasser) i en sårbar livsfase - Utvikle kunnskap om tverrfaglige arbeidsmåter og tverrsektorielt samarbeid i sosial innovasjon for å mobilisere, utvikle og utnytte sosiale ressurser mer effektivt - Utvikle kunnskap om strategisk involvering av interessenter for å maksimere innvirkning - Formidle resultater bredt for å maksimere læring og spredning av innovasjon - Utvikle et rammeverk for evaluering av måloppnåelse knyttet til sosial gevinstrealisering.

Nettside:

https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/sosial-inovasjon_kreft/

Prosjekter fra 2025

Utlysning: *Forskning og innovasjon for å styrke bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester 2025*

Helt i mål

361279- Bærekraftig rekruttering av personer utenfor arbeid til kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester står overfor økende bemanningsutfordringer som følge av:

- En aldrende befolkning og økt behov for tjenester
- Mangel på kvalifisert helsepersonell
- Samtidig vekst i antall personer utenfor arbeid og utdanning

Personer i utenforskap representerer en stor, men lite utnyttet arbeidskraftreserve. Mange har arbeidsevne og motivasjon, men trenger tett oppfølging, kvalifisering og tilrettelegging for å komme inn i arbeidslivet. Samtidig har kommunene behov for nye, bærekraftige løsninger for rekruttering, oppgavedeling og kompetansebruk.

Hovedmålet med prosjektet er å styrke rekrutteringen og mer effektiv bruk av bemanningen i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Dette skal oppnås gjennom **delmålene**:

- 1) Utviklet og implementert en utvidet Arbeidsledermodell anvendt på kommunale helse- og omsorgstjenester i kommuner med ulik størrelse og sentralitet.
- 2) Videreutviklet bærekraftige helse- og omsorgstjenester (TØRN) ved å videreutvikle ansvar- og oppgavedeling parallelt med integrasjon av Arbeidsledermodellen og utvikling av et nytt for beslutningsstøtteverktøy for ledere.
- 3) Utviklet kurs og testordningen «Norsk i helse» for å styrke språkferdigheter og tilby et alternativ til B2-kravet.
- 4) Dokumentert modellens bærekraft over tid gjennom gevinstrealisering og samfunnsøkonomisk analyse.
- 5) Formidlet og rapportert funn fra utvikling og implementering av intervensjonene.

Prosjektet gjennomføres i samarbeid mellom:

- Kommunene Kristiansand (prosjektansvarlig), Arendal, Lillesand, Vennesla og Birkenes
- Universitetet i Agder og Norce
- NAV Agder, og Agder Fylkeskommune
- KS og Kommunenes samarbeidsarena for forskning (KSF)

Ta gjerne kontakt med prosjektleder:

Martin.benestad.vestergaard@kristiansand.kommune.no

361317- HOME – Bærekraftig og forsvarlig eldreomsorg gjennom aldring i eget hjem

HOME er et forsknings- og innovasjonsprosjekt som tar sikte på å styrke den økonomiske, samfunnsmessige og miljømessige bærekraften gjennom *ageing in place* i Norge. *Ageing in place*, eller *å eldes hjemme*, innebærer å fortsette å bo i eget hjem og lokalsamfunn, med en viss grad av selvstendighet, i stedet for å basere seg på institusjonsbasert omsorg. Hjemmet i denne forståelsen representerer ikke bare et fysisk sted, men inngår også i dynamiske landskap preget av sosiale, politiske, kulturelle og personlige forhold og endringer, med funksjonelle, symbolske og emosjonelle tilknytninger og betydninger..

HOME ønsker å styrke den praktiske relevansen av det teoretiske begrepet *ageing in place* gjennom å utvikle kunnskap som fører til at nye og innovative verktøy blir tatt i bruk, og at tjenester og policy utvikles. I tillegg vil prosjektet jobbe med offentlig bevisstgjøring. HOME bygger på nasjonale strategier, som for eksempel stortingsmeldingen *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*, som prioriterer å gjøre det mulig for eldre å bo trygt og selvstendig i eget hjem. HOME skal i tillegg bidra til å forebygge uheldige boligvalg, sørge for bedre levekår for beboere, tryggere arbeidsforhold for ansatte, og utvikle kunnskap om hvordan selvstendige liv hjemme kan være et kostnadseffektivt alternativ til institusjonsomsorg. Gjennom å tilrettelegge eksisterende bygningsmasse fremfor å bygge nytt bidrar prosjektet til miljømessig bærekraft

Prosjektet ble initiert av ergoterapitjenesten i Trondheim kommune og videreutviklet sammen med de andre deltakende kommunene (Sunndal og Kristiansund). Det er derfor nært knyttet til reelle utfordringer og behov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I Trondheim svarer prosjektet direkte på behovene til ergoterapitjenesten og Nav Hjelpemiddelsentralen, som mottar svært mange henvendelser om tjenester, teknologiske hjelpemidler og boligtilpasninger – ofte med store kostnader både for enkeltpersoner og kommunen. Kommunen ser derfor et stort behov for økt brukermedvirkning og kompetansebygging blant eldre og deres pårørende, men også blant beslutningstakere og helsepersonell i ulike enheter. I Sunndal kommune er store avstander mellom tjenestesynter og eldre som bor i uhensiktsmessige, gamle boliger en utfordring for tjenesteyting, lokalt engasjement og bærekraftig velferdsutvikling. Her bidrar HOME med å utvikle praktiske verktøy, tjenester og modeller basert på lokal kontekst og lokale behov, i samarbeid med kommunale helsearbeidere som deltar som medforskere og utviklere i prosjektet. Gjennom å inkludere helsepersonell direkte i både forskning og utvikling forankres data og innovasjon i tjenestene, og sørger for at løsninger er relevante for lokale forhold og behov. Tjenestene og verktøyene som utvikles i prosjektet vil bli testet i kommunale *living labs* for å sikre gjennomførbare, relevans og at de bidrar til kunnskapsbasert politikk- og tjenesteinnovasjon.

Gjennom et sterkt fokus på formidling av kunnskap og mulige løsninger til befolkningen er HOME relevant både for fagfolk, eldre, deres pårørende og samfunnet generelt. Prosjektet vil øke bevisstheten om betydningen av å gjøre nødvendige tilpasninger i private hjem i tide, mobilisere pårørende og frivillige til å dele omsorgsansvar, og fremme fellesskapsbaserte og individuelt tilpassede omsorgsmodeller.

HOME vil løfte relevansen av prosjektets funn og innovasjoner fra lokal til nasjonalt nivå, gjennom en nasjonal spørreundersøkelse, en *proof-of-concept*-konferanse, forskningsbaserte anbefalinger og praksisorientert brukermateriell og en bred offentlig formidlingskampanje.

361349- SELFDRIIVE – prosjekttomtale

Prosjektet *SELFDRIIVE – Driving sustainable health and social care reform through empowered self-managing teams* tar utgangspunkt i at norske kommunar står overfor eit raskt og sterkt aukande behov for ei meir berekraftig organisering av helse- og omsorgstenestene, og at dette i særleg grad gjeld for små distriktskommunar. SELFDRIIVE skal bidra med kunnskap for å møte denne utfordringa gjennom å utvikle, implementere og evaluere sjølvstyrte, tverrfaglege team (SMT-ar) i kommunale helse- og omsorgstenester i kommunar i to distrikt i Nord-Noreg. I tillegg skal prosjektet utforske kva leiarstrukturar og organisatoriske rammer som stimulerar til utviklings- og innovasjonsevne, og dermed berekraft på lengre sikt.

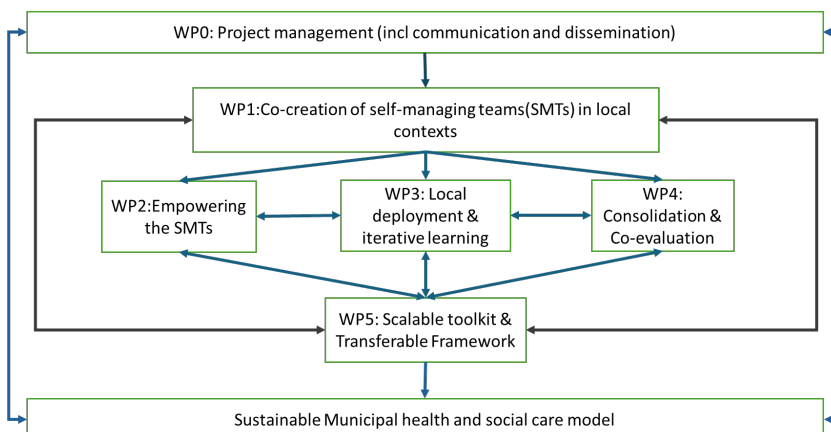
Autonome eller sjølvstyrte team er ikkje heilt nytt, og er i Noreg mest kjend og brukt innan industrien. I offentleg sektor og helse og omsorg er det derimot mindre utbreidd, og har så langt hatt lite omfang. Det kanskje mest kjende dømet på bruken av sjølvstyrte team i helse og omsorg, er den nederlandske *Buurtzorg modellen*, som blei etablert etter initiativ frå ei gruppe sjukepleiarar i 2006 i eit forsøk på å forbetre dei heimebaserte omsorgstenestene gjennom bruk av små sjølvstyrte sjukepleiarer, som tar ansvar for alle pasienten sine behov (ikkje berre enkeltoppgåver), og utfører desse i samarbeid med familie, naboar og lokalsamfunn. Mindre målstyring og byråkrati, større fleksibilitet og innovativitet, høgare pasienttilfredsheit, og meir motiverte tilsette, samanlikna med tradisjonelle meir hierarkiske modellar, er blant gevinstane som har vore trukke fram. Sjølvstyrte team vil i tillegg lettare kunne utvikle lokale løysingar basert på raske endringar i rammevilkåra på grunn av kriser, som til dømes pandemiar.

Føremålet med SELFDRIIVE er å finne ut korleis sjølvstyrte team kan bli utvikla for å gje berekraftige helse- og omsorgstenester i rurale distriktskommunar i Noreg, ved å ta i bruk eksisterande erfaringar frå norske industribedrifter, i tillegg til erfaringar frå andre nordiske land, og den nederlandske *Buurtzorg*-modellen, men òg ved å utvikle løysingar nedanfrå og basert på spesifikke behov i dei involverte distriktskommunane. SELFDRIIVE skal dessutan finne ut korleis dei erfaringane og dei modellane som vert utvikla i prosjektet, kan formidlast vidare til andre kommunar gjennom kommunale læringsnettverk.

Nordlandsforskning er prosjektansvarleg og gjennomfører prosjektet i samarbeid med Vestvågøy kommune, Alstahaug kommune, SINTEF, RKK Ytre Helgeland, i tillegg til danske, svenske og finske forskarar.

SELFDRIIVE varar frå 2026 til 2030 og er organsert i seks arbeidspakkar:

- WP0: Project Management including dissemination
- WP1: Co-creation of self-managing teams (SMTs)
- WP2: Empowering the Self-Managing Teams (SMTs)
- WP3: Local deployment and iterative learning
- WP4: Consolidation and Co-evaluation
- WP5: Scalable toolkit and Transferable Framework



361371- PreRule prosjektet for å styrke bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunehelsetjenesten er en grunnpilar i det norske helsevesenet. Utenfor sykehus (prehospitalt) blir akutte tilstander håndtert gjennom et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten (kommunale og interkommunale legevakter) og ambulansetjenesten (spesialisthelsetjenesten). Et velfungerende samarbeid mellom disse er essensielt for å sikre sammenhengende og gode pasientforløp. Hjerte og karsykdom er en av de vanligste årsakene til sykdom og død i Norge. Akutte bryst smerter er et alvorlig symptom som krever øyeblikkelig utredning mtp akutt hjerteinfarkt. Vårt konsortium har utviklet et forskning og innovasjonsprosjekt som skal utvikle bærekraftige, tverrfaglige, sammenhengende tjenester for pasienter med akutte bryst smerter ved å innføre nye, og personellbesparende løsninger, som har god effekt for brukerne og pårørende. Vi mener dette er nødvendig for å sikre en bærekraftig kommunehelsetjeneste, da dette vil muliggjøre at brystmertepasienter kan utredes og behandles i hht internasjonale anbefalinger, samtidig som bruk av helse personale, transport og kostnader kan reduseres.

I utvikling av prosjektet har vi tatt utgangspunkt i pasientforløpet, fra pasienten opplever symptomer hjemmet til hen er ferdig utredet mtp akutt koronar sykdom. I hht internasjonale anbefalinger skal pasienter med akutte bryst smerter utredes med EKG, klinisk undersøkelse og serielle troponinmålinger i blodet. Hverken ambulanser eller de fleste legevakter har mulighet for å måle troponiner i blodet, og dette er en vesentlig grunn til den manglende treffsikkerheten av prehospital utredning. PreRule prosjektet søker å implementere en prehospital utredningsprotokoll som bl a inneholder troponinmålinger og legger opp til at utredningen skal kunne forgå sømløst mellom ambulanser og Legevakter. Dette vil spare pasientene (og pårørende) for unødig reise, mye venting og unødvendige innleggelse i sykehus. Det vil også kunne redusere helsevesenets ressurs og personalbruk betydelig, da pasientens tilstand oftest kan avklares nærmere hjemmet og uten langvarig transport eller ekstra unødvendige akutte henvisninger til sykehus. Større nøyaktighet i prehospital utredning vil også øke pasientsikkerheten ved at man sikrer raskere behandling og redusere antall pasienter hvor en infarkt diagnose blir forsinket eller oversett.

Statistisk sentralbyrå forventer at personer i aldersgruppen 67 år og eldre øke med 24 prosent frem mot 2035, mens andelen barn og unge blir redusert. Man kan dermed forvente et økt behov for helsetjenester samtidig som det blir mindre tilgang på personale som kan jobbe i helsetjenesten. På bakgrunn av dette er det vesentlig at man samarbeider på tvers av første og andrelinje helsetjenesten og bruker personale og ressursene rasjonelt og riktig. PreRule vil sette kommunehelsetjenesten i stand til å levere utredning i tråd med internasjonale retningslinjer, samhandle sømløst med ambulansetjenesten og reduserer behov for transport og «doble» undersøkelser (pasient undersøkes først ved legevakt som mangler mulighet for å utelukke alvorlig tilstand og henviser derfor til sykehus for det som viser seg å være en banal tilstand) samtidig som det forkorter utredningstid for pasienter med alvorlig sykdom er helt nødvendig for å opprettholde dagens tilbud med desentraliserte kommunal akutt utredning og behandling av potensielt alvorlig sykdom. Et slikt tilbud er avgjørende for beredskap og gode levekår i hele landet, men spesielt viktig i grisgrendte strøk.

PreRule prosjektet:

- Inkluderer 8 kommuner fra to ulike regioner (Kommuneklynge Omsorg Vest og Rogaland).
- Har en god plan for implementering, stort potensial for spredning til nærliggende kommuner og nasjonalt. Prosjektet har en god plan for gevinstrealisering der kommunene spiller en helt avgjørende rolle. KSF-strukturen kan bidra til spredning av kunnskap og resultater og på sikt økt grad av implementering.
- Vil gjøre en samfunnsøkonomisk og kost-nytte-analyse
- Vil bruke eksisterende helsedata og/eller personopplysninger fra NPR og DÅR
- Er tverr- og flerfaglig. Konsortiet inkluderer en helseøkonom og en organisasjonspsykolog i tillegg til leger, sykepleiere og ambulansemedarbeidere. Prosjektet inkluderer både primær og sekundærhelsetjenesten og har en klar målsetning å øke samarbeidet mellom disse.

Hvordan kan flere eldre få bo trygt hjemme – også de som har levd store deler av livet sitt mellom ulike språk, kulturer og land? Det er utgangspunktet for forskningsprosjektet **SAFE@HOME: Technologies of care for aging migrants.**

Prosjektet tar tak i et økende behov i mange norske kommuner: å utvikle hjemmetjenester som faktisk treffer ulike grupper eldre. Gjennom samarbeid mellom kommuner, forskningsmiljøer og et tverrfaglig innovasjonsbyrå skal SAFE@HOME bidra til å styrke gjennomføringen av **Bo trygt hjemme-reformen** i områder der omsorgsbehovene er sammensatte og preget av stor variasjon i livsløp og helse. Arbeidet konsentreres om tre områder med høy andel innvandrere: Søndre Nordstrand og Alna i Oslo, samt Skien kommune. I tillegg samarbeider prosjektet med KSF Sør-Øst for å dele erfaringer og gi kunnskap og innovasjonsstøtte som også andre kommuner kan ha nytte av.

Bo trygt hjemme-reformen legger vekt på aldersvennlige boliger og bruk av velferdsteknologi for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Men for kommuner med en voksende og mangfoldig eldre befolkning er dette ikke alltid nok. Eldre innvandrere har ofte større helseutfordringer, flere kroniske sykdommer og høyere forekomst av psykiske plager enn resten av befolkningen. Samtidig kan språkbarrierer, kulturelle forskjeller, ulike forventninger til familieomsorg og manglende tillit til det norske velferdssystemet gjøre det vanskelig å ta i bruk kommunale tjenester. SAFE@HOME møter disse utfordringene ved å utvikle løsninger i tett samarbeid med dem det gjelder. Målet er å styrke kommunenes evne til å tilby rettferdige, tilgjengelige og kulturelt tilpassede hjemmetjenester slik at også eldre innvandrere får reelle muligheter til å bo trygt hjemme.

Prosjektet samler forskere fra OsloMet, Universitetet i Oslo og Durham University i Storbritannia, med bred kompetanse innen aldring, helse, migranthelse og velferdsinnovasjon. Samarbeidet med det tverrfaglige innovasjonsbyrået Comte Bureau, som har spilt en viktig rolle i Bo trygt hjemme-reformen, bidrar til at løsningene utvikles med brukernes hverdag i sentrum og med tydelig praktisk relevans. Ved å kombinere forskning, teknologidesign og kommunal erfaring skapes et solid grunnlag for løsninger som både kan tas i bruk og skaleres.

Samskaping står sentralt i hele prosessen, fra å identifisere behov, til å designe løsninger og planlegge hvordan de kan tas i bruk i praksis. SAFE@HOME ser «hjem» som mer enn en bolig. Hjem er også relasjoner, rutiner, minner, familie og tilknytning – ofte på tvers av landegrenser. Ved å ta utgangspunkt i hva som skaper trygghet og mening i hverdagen, utvikler prosjektet omsorgsforløp som legger til rette for familieinvolvering og styrker omsorgsnettverk både lokalt og transnasjonalt. Denne tilnærmingen skal bidra til større tillit, forutsigbarhet og opplevelse av kontroll for eldre brukere.

361438- Randomisert kontrollert studie av skreddersydde og bærekraftige helsetjenesteløsninger for hjemmeboende personer med høy bruk av helsetjenester – HighHealthCare-studien

HighHealthCare studien tar sikte på å utvikle brukersentrert, økonomisk og organisatorisk bærekraftig tiltak for digital hjemmeoppfølging som kan redusere presset på helsetjenestene samtidig som den forbedrer pasientenes helsekompetanse, egenmestring og livskvalitet. Prosjektet bygger på et eksisterende og godt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og forskningsorganisasjoner.

Bakgrunn

- Kommuner og spesialisthelsetjenesten står overfor en økende andel pasienter med sammensatte og langvarige behov. Dette legger press på kapasitet og økonomi, og krever nye, bærekraftige samarbeidsløsninger.
- En retrospektiv studie fra Bydel Gamle Oslo og Lovisenberg Diakonale Sykehus viste at blant personer med høyt tjenestebruk hadde 58 % hyppige sykehusinnleggelse, 30 % hyppig hjemmetjenestebruk, mens kun 12 % mottok oppfølging fra sykehus og hjemmetjeneste. Resultatene peker på behov for bedre samhandling, særlig for personer med multimorbiditet, somatisk sykdom kombinert med psykiske utfordringer eller rus, og palliative behov. Funnene samsvarer med annen norsk og internasjonal forskning.
- Mange med høyt tjenestebruk har utfordringer knyttet til helsekompetanse — dvs. evnen til å finne, forstå, vurdere og bruke helseinformasjon — samt digitale ferdigheter. Dette har ofte sammenheng med utfordringer knyttet til egenmestring av helse og kan føre til lav livskvalitet. Likevel er det få studier som systematisk kartlegger disse forholdene i målgruppen og bruker funnene til å utforme og teste målrettede tiltak.

Mål

- **Hovedmål:** Samskape og teste en bærekraftig intervensjon for digital hjemmeoppfølging, tilpasset personer med høyt helsetjenestebruk, og som kan implementeres innenfor eksisterende kommunale og spesialisthelsetjenester
- **Delmål:** Kartlegge tjenestebruk, helsekompetanse (inkl. digital helsekompetanse), fysisk og psykisk helse, mestring, livskvalitet og tilfredshet med helsetjenestene hos personer med høyt tjenestebruk og deres pårørende; bruke kartleggingsfunnene i samskappingsprosessen; måle effekt på bruk av helsetjenester og kostnader samt på helsekompetanse, mestring, livskvalitet og brukertilfredshet.

Arbeidspakker

1. Kartleggingsstudie

Tverrsnittundersøkelse og kvalitative intervjuer for å beskrive tjenestebruk, helsekompetanse (inkl. e-helsekompetanse), fysisk og psykisk helse, mestring, livskvalitet og brukertilfredshet med tjenester hos målgruppen



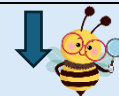
2. Samskaping av intervensjon

Samskaping gjennom arbeidsgruppemøter med brukere, pårørende, tverrfaglige helsearbeidere fra kommuner og sykehus og forskere. Den samskapte intervensjonen vil være del av en digital hjemmeoppfølging kombinert med andre helseløsninger og tilpasses lokale ressurser.



3. Effektstudie

Randomisert kontrollert studie hvor intervensjonen testes mot standard oppfølging.
Primære utfall: endring i helsetjenestebruk og kostnader. **Sekundære utfall:** helsekompetanse, mestring, fysisk/psykisk helse, livskvalitet og brukertilfredshet med helsetjenester.



Betydning og innovasjon

- HighHealthCare kombinerer behovskartlegging, samskaping og effektmåling for å sikre effektive løsninger.
- Studien fremmer sømløs, bærekraftig kommune–spesialistsamhandling med bedre koordinering, kostnadseffektiv oppfølging og økt livskvalitet.

Prosjektansvarlig organisasjon



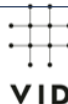
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Kontakt: chrr@lds.no

Bydel Gamle Oslo
Grünerløkka
St. Hanshaugen
Sagene



Oslo



Lovisenberg
diakonale høgskole



UiO



LA TROBE
UNIVERSITY



361487- Trygg legemiddelhåndtering i sykehjem: Evaluering av lukket legemiddelsløyfe

Prosjektperiode: 2026-2030

Prosjekteier: Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap

Samarbeidspartnere: Nord universitet, Selbu kommune, Melhus kommune, Namsos kommune, Trondheim kommune, Uppsala Universitet, Nasjonalt senter for e-helseforskning, Råd for eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

Prosjektleder: Hege Sletvold

Prosjektgruppe: Hege Sletvold, Rose Mari Olsen, Marianne Kollerøs Nilsen, Elin Christina Lehnbo, Ingvild Klevan, Wenche K. Aarseth, Pål Andreas Pedersen, Marianne Thoresen, Gunn Karin Wagan, Hege Therese Bell, Kari Dyb, Trine Strand Bergmo og Oddvar Raaen.

Finansiering: Norges Forskningsråd

Prosjektsammendrag

Prosjektet skal undersøke hvordan lukket legemiddelsløyfe (LLS) kan bidra til tryggere, mer effektive og bærekraftige legemiddelhåndteringsprosesser i kommunale sykehjem. Feilmedisinering utgjør en betydelig risiko for pasientsikkerheten og medfører store samfunnsøkonomiske kostnader. LLS er en teknologistøttet løsning der alle trinn i legemiddelhåndteringen – fra forskrivning til utdeling og dokumentasjon – er elektronisk integrert og sporbar. Internasjonale erfaringer viser at LLS kan redusere feil og effektivisere arbeidsprosesser, men det mangler forskningsbasert kunnskap om implementering og effekter i norske sykehjem.

Prosjektet er organisert i fem arbeidspakker: (1) endringsarbeid og nye rutiner, (2) nytteverdi, (3) ressursbruk, (4) risiko, og (5) gevinstrealisering og veilederutvikling. Gjennom følgeforskning og tverrfaglig samarbeid mellom kommunene Selbu, Namsos og Melhus, samt forskningsmiljøer og internasjonale partnere, skal prosjektet dokumentere erfaringer, effekter og utfordringer ved innføring av LLS. Det benyttes både kvalitative og kvantitative metoder, inkludert observasjon, intervju, fokusgrupper, dokumentanalyse og workshops. Kvantitative metoder omfatter blant annet analyse av avviksmeldinger, måling av antall legemiddelavvik, registrering av tidsbruk, kartlegging av personellbehov og beregning av legemiddelsvinn.

Forventede effekter er økt pasientsikkerhet gjennom færre legemiddelavvik, bedre dokumentasjon og beslutningsstøtte, mer effektiv ressursbruk, og styrket grunnlag for bærekraftige tjenester. Prosjektet vil utvikle en forskningsbasert veileder for implementering og gevinstrealisering av LLS, og resultatene formidles bredt til kommuner, helseforetak, forskere og beslutningstakere, med høy overføringsverdi nasjonalt og internasjonalt.

361524-The COMMIT project - Collaborative Musculoskeletal Management: Enhancing Primary Care through Interdisciplinary Team-based Care.

Sammendrag

Muskel- og skjelettlidelser er den ledende årsaken til sykefravær og uførhet i Norge og står for nesten én av fem konsultasjoner hos fastlege. Dette legger et økende press på kommunale helsetjenester og understreker behovet for nye, bærekraftige omsorgsmodeller. **COMMIT skal utvikle, evaluere og planlegge en fremtidig skalering av en team-basert, tverrfaglig tilnærming til muskel- og skjelettlidelser i allmennpraksis, der fysioterapeuter og kiropraktorer fungerer som førstelinje-behandlere, samlokalisert og i team med fastleger.** Denne modellen fremmer tidlig intervensjon, reduserer unødvendige henvisninger og medikamentbruk, og forbedrer pasientresultater. Utviklet gjennom samskaping med interessenter og tilpasset fra vellykkede internasjonale modeller, skal COMMIT testes i norske kommuner via en randomisert kontrollert studie og implementeringsevaluering.

Prosjektet har som mål å generere ny kunnskap om effekt, gjennomførbarhet og kostnadseffektivitet, samtidig som det adresserer sentrale utfordringer som profesjonelt samarbeid, opplæring og systemintegrasjon. Ved å integrere MSK-kompetanse i primærhelsetjenesten støtter COMMIT bedre ressursbruk, styrker tverrfaglig samarbeid og bidrar til nasjonal politikk- og utdanningsutvikling. Prosjektet inkluderer også modellering av samfunns- og miljøgevinster, som redusert sykefravær, bedre bruk av arbeidskraft/kompetanse og lavere karbonutslipp.

Gjennom involvering av pasienter, klinikere, helseledere, beslutningstakere og brukerrepresentanter i hele prosessen sikrer COMMIT at modellen er relevant, gjennomførbar og forankret i reelle behov. COMMIT tilbyr en skalerbar løsning for å transformere muskel- og skjelettomsorgen i Norge, med potensiell relevans for andre pasientgrupper og helsesystemer, og har som mål å inspirere til bredere innovasjon i primærhelsetjenesten og kommunale helsetjenester.

Prosjektet er eid av NTNU ved institutt for samfunnsmedisin og sykepleie med Trondheim kommune og forsker Ingebrit Meisingset som prosjektleder. Prosjektet har i tillegg en rekke viktige samarbeidspartnere: Kristiansund kommune, Bodø, kommune, Bergen kommune, NAV, Helseinnovasjonssenteret, Høgskulen på Vestlandet, Skjelettnett (brukerorganisasjon). I tillegg er en rekke fastleger og fastlegekontor i 10 kommuner med på prosjektet sammen med fagorganisasjoner innen allmenntilleggsmedisin, fysioterapi, og kiropraktikk. Prosjektet er forankret i 3 KSF regioner. Prosjektet har også ei bred sammensatt referansegruppe og et sterkt internasjonalt advisory board.