



Konseptskisse Forsterket utskrivningsteam

Helsefellesskapet søndre Trøndelag



Versjon	Dato	Endring/beslutning	Produsent	Godkjent
1.0	20.06.2024	30.06.2024	Arbeidsgruppen	Styringsgruppen
2.0	20.08.2024	20.08.2024		



1. Bakgrunn og formål med et mulig prosjekt som skal utredes i konseptfasen

1.1 Kort om bakgrunnen for et eventuelt prosjekt

Helsefelleskapet Søndre Trøndelag har over flere år hatt en stor utfordring med et høyt antall utskrivningsklare pasienter. Over de siste tre årene har St. Olavs hospital hatt flest utskrivningsklare døgn i landet, med opp mot 11 500 døgn i året. Dette er en kompleks utfordring som må løses med utvikling av tiltak i felleskap. Som et resultat av kartlegging, analyse og dialog, har Helsefelleskapet utarbeidet en rapport¹, «*Helhetlig og diagnoseuavhengig pasientforløp for skrøpelige eldre og håndtering av utskrivningsklare pasienter i helsefelleskapet*». Her belyses flere ulike tiltak rettet mot felles håndtering av utskrivningsklare pasienter. I tiltakene står det blant annet beskrevet ønske om å pilotere et prosjekt på tvers av tjenestenivåene; *forsterket utskrivningsteam*. Ønsket om etablering av et forsterket utskrivningsteam er også anbefalt av ASU i møte 06.09.23², sak 31/23: Rapport – prosjekt utskrivningsklare pasienter – trinn 2 i behandling av saken, vedtak 8: “ASU anbefaler at kommunene og St. Olavs hospital HF etablerer et pilotprosjekt med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenestetsteam. Målsettingen med et slikt team er at det skal understøtte overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, for pasienter med behov for kommunale tjenester etter utskrivning”. Viser videre til vedtak 3-7 i samme sak, hvor Kompetansegruppen ble nedsatt som oppfølging, og har gitt mandat konseptfase PSHT.³

Ny nasjonal helse – og samhandlingsplan 2024-2027⁴, beskriver viktigheten av samarbeid på tvers av tjenestenivåene for å skape gode, sammenhengende og helhetlige pasientforløp for innbyggerne våre. For å kunne lykkes med dette er det blant annet nødvendig å se kompetanse og kapasitet i helsetjenestene som ett. Med økende begrenset tilgang på arbeidskraft, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er vi tvunget til å prøve ut nye arbeidsformer og organisering for å nyttiggjøre oss best mulig av tilgjengelige ressurser.

Med bakgrunn i nasjonale føringer og helsefelleskapet ønske om opprettelse av et forsterket utskrivningsteam er det behov for å gjennomføre en konseptfase for å konkretisere omfang, innhold og vurdere mulige gevinster i et pilotprosjekt. Leveransen i konseptfasen skal også beskrive alternative modeller, med økonomiske vurderinger. Mandat er gitt fra helsefelleskapets kompetansegruppe, og er førende for leveranse i konseptfasen. Arbeidet i konseptfasen skal ta utgangspunkt i tidligere gjennomført arbeid i Helsefelleskapet. I tillegg skal innvilgede innovasjonsmidler være førende for et alternativt pilotprosjekt.

1.2 Formål med et eventuelt prosjekt

Målet med *et forsterket utskrivningsteam*, er å utvikle en ny tverrfaglig tjeneste på tvers av tjenestenivåene i helsefelleskapet søndre Trøndelag. Teamet skal også sikre raskere uttak av utskrivningsklare pasienter, og at flere reiser direkte hjem fra sykehus, samt mer effektiv utnyttelse av korttids plasser i kommunene.

¹ [ukp-rapport.pdf \(stolav.no\)](#)

² Møtoreferat ASU 06.09.23.

³ Mandat for konseptfase PSHT

⁴ [Meld. St. 9 \(2023–2024\) \(regjeringen.no\)](#)



Figur 1: Illustrasjon av det forsterkede utskrivningsteamets rolle i pasientforløpet.

Et overordnet mål for tiltaket er å redusere antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, økt andel 0-døgnsliggere og sikre god kvalitet på overgangen mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste. Teamet skal også bidra til tidlig igangsetting av tjenester på rett omsorgsnivå.

1.3 Mulige gevinster for prosjektet

En modell for *forsterket utskrivningsteam* etableres med ønske om å gi helhetlige og sømløse helsetjenester til befolkningen. Tiltaket skal også sikre god, faglig kvalitet på helsetjenestene og legge til rette for nødvendig dialog og samhandling mellom tjenestenivåene.

Tabell 1 viser arbeidsgruppens vurdering av mulig gevinster, på både individ- og systemnivå. Et særlig viktig gevinstområde som arbeidsgruppen ønsker å trekke frem, er verdien av økt kjennskap til hverandre. Dette vil over tid gi økt forståelse og tillit til hverandre. Dette er et gevinstområde som vanskelig lar seg måle, men ikke har mindre betydning av den grunn.

	Gevinst for pasient	Økt trygghet og bedre kvalitet på tjenestene som ytes til pasientene. Økt hjemmetid som bidrar til økt helserelatert livskvalitet.
	Gevinst for helsepersonell	Bedre tilrettelagt hverdag med effektivisering av arbeidsprosesser, bedre ressursutnyttelse. Et tverrfaglig fagmiljø og mer attraktiv arbeidsplass.
	Helsegevinst	Færre oppholdssteder og raskere etablering i hjemmet vil lede til en bedre helse for pasienten.
	Organisatorisk gevinst	En økonomisk nytteverdi for helsetjenesten i sin helhet. Mer effektiv utnyttelse av kommunale institusjonsplasser. I 2022 utgjorde antall utskrivningsklare døgn en kostnad på ca. 200 millioner for St. Olavs hospital, og ca. 50 millioner for kommunene. Dette skyldes ineffektiv drift og fullt sykehus, samt tap av pasientbehandling. En reduksjon i antallet utskrivningsklare døgn på 20% vil gi en besparelse på ca. 40 millioner for sykehuset og ca. 10 millioner for kommunene. En reduksjon på 50% vil gi en total besparelse på 125 millioner for helsefelleskapet.
	Bedre samhandling	Bedre samhandlingen på tvers av tjenestenivå. Økt geriatrisk kompetanse. Økt tillit, forståelse og kjennskap til hverandre.

Tabell 1: Gevinstvurdering med et eventuelt pilotprosjekt.



2. Føringer for et eventuelt prosjekt

2.1 Sammenheng med andre prosjekter og aktiviteter?

Etablering av et forsterket utskrivningsteam bør ses i sammenheng med allerede eksisterende prosjekter i sykehus og kommune. Et *forsterket utskrivningsteam* bør har som mål å forsterke, og bidra til å videreutvikle allerede etablerte prosjekter i kommunene. Eksempelvis:

- *Veivalg for helse- og omsorg* (Melhus)
- *Rett hjem* (Trondheim)
- *PLO+* (Trondheim)
- *Vurderingsteam* i Ørland kommune

Etablering av et eventuelt pilotprosjekt skal også gjenspeile strategi⁵ og handlingsplan⁶, samt anbefalinger i helsefellesskapets egne rapporter:

- Rapport: *Helhetlig og diagnoseavhengig pasientforløp for skrøpelige eldre og håndtering av utskrivningsklare pasienter i helsefellesskapet*¹
- Rapport: *Pasienttilstrømning til St. Olavs hospital, Øya*⁷
- Prosjektsøknad «forsterket utskrivningsteam»
- Vedtak i ASU den 06.09.23: *Sak 31/23 - vedtakspunkt 8*⁸

Andre nasjonale føringer bør også legges til grunn. Eksempelvis:

- Nasjonal helse- og samhandlingsplan: *Vår felles helsetjeneste*²
- NOU 2023:4: *Tid for handling*⁹
- St.mld 24 (2022-23): *Fellesskap og mestring. Bo trygt hjemme-reformen*¹⁰

2.2 Interessenter i konseptfasen

Arbeidsgruppen har gjennom en workshop identifisert potensielle interessenter:

Potensielle interessenter i konseptfasen

- Kompetansegruppen
- Styringsgruppen for konseptfasen
- Fagråd og administrativt samarbeidsutvalg

Potensielle interessenter i prosjektfasen

- Aktuelle råd og utvalg i Helsefellesskapet, samt brukerorganisasjoner

⁵ [strategi-i-helsefellesskap-2022-2024-okt.-2023-revidert.pdf \(stolav.no\)](#)

⁶ [handlingsplan-for-helsefellesskapet-2022-2024-.pdf \(stolav.no\)](#)

⁷ [Rapport \(stolav.no\)](#)

⁸ [motereferat-asu-06.09.23.pdf \(stolav.no\)](#)

⁹ [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](#)

¹⁰ [Regjeringen la fram ny eldrereform - regjeringen.no](#)



- Administrasjon i sykehus og kommune
 - Klinikkleidelse/enhetsledere
 - Seksjonsledere/avdelingsledere
- Politisk ledelse i kommunene og eventuelt politisk samarbeidsutvalg
- Ansatte i aktuelle avdelinger, både i kommuner og sykehus
- Fastleger
- Koordinerende enhet/tildelingskontor i kommunene
- Helse Midt-Norge og eventuelt andre bidragsyttere
- Pasienter og pårørende
- Tillitsvalgte, vernetjenesten

3. Rammene for konseptfasen

3.1 Organisering og gjennomføring av konseptfasen

Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av representanter fra St Olavs Hospital og omkringliggende kommuner som har signalisert ønske om å delta i et eventuelt pilotprosjekt. Arbeidsgruppen ble bedt om å vurdere ulike konsepter for et forsterket utskrivningsteam, med positive og negative konsekvenser ved hver modell. Det var også ønsket at arbeidsgruppen ga sin anbefaling om foretrukket modell, basert på kostnad og forsvarlig drift.

Beslutningsgrunnlaget har tatt utgangspunkt i mal for konseptskisse (utarbeidet av Trondheim kommune). Gjennomføringsperioden ble berammet fra 26.02.24 til 05.06.24. Arbeidsgruppen ba i løpet av perioden om forlenget frist, grunnet omfang av arbeidet. Fristen ble med det forlenget til 30.06.24. Arbeidsgruppen har hatt jevnlig arbeidsmøter, med forløpende orientering til styringsgruppen.

Arbeidsgruppe for konseptfasen

<i>Navn</i>	<i>Stilling</i>	<i>Organisasjon</i>
Olaug Volden PROSJEKTLEDER	Avdelingsleder HVK	Melhus kommune
Lisa Estensen	Kommunalsjef helse og familie	Ørland kommune
Lars Erik Laugsand	Assisterende klinikkssjef	St. Olavs hospital
Stine Vinsnesbakk	Rådgiver tjenesteutvikling	Melhus kommune
Tone Beate Svee	Rådgiver hjemmebaserte tjenester	Trondheim kommune
Gry Jannike Kristoffersen	Sykepleiefaglig rådgiver Medisinsk klinikk	St. Olavs hospital



Karina Haus Steinshylla	Samhandlingsrådgiver	St. Olavs hospital
-------------------------	----------------------	--------------------

Styringsgruppe for konseptfasen

Navn	Stillig	Organisasjon
Albert Verhagen	Kommunalsjef	Melhus kommune
Laura Steinsli	Kommunalsjef	Trondheim kommune
Marit Knutshaug Ervik	Kommunedirektør	Ørland kommune
Runar Asp	Samhandlingssjef	St. Olavs hospital
Ingjerd Astad	LEDER Kommunedirektør	Hitra kommune

3.2 Resultater/leveranser i konseptfasen

Et *forsterket utskrivningsteam*, heretter FUT, må organiseres med mål om å møte årsaken til et høyt antall utskrivningsklare pasienter. Arbeidsgruppen har gjennom konseptfasen identifisert og oppsummert hovedårsakene i tre punkter:

- For sen/mangelfull tverrfaglig funksjonsvurdering av inneliggende pasienter. Dette medfører forsinket utskrivelse og behov for flere/lengre korttidsopphold.
- Mangelfull medisinsk oppfølging etter utskrivelse. Dette medfører flere reinnleggelse. Reinnleggelse forekommer særlig de to første uker etter utskrivelse fra sykehus.
- Mangelfull medisinsk kompetanseoverføring fra sykehus til fastlege for skrøpelige, hjemmeboende eldre. Dette medfører flere og uhensiktsmessige innleggelse i sykehus.

I konseptfasen har arbeidsgruppen utvekslet erfaringer med Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT)¹¹ ved UNN, samt Integreerte helsetjenester (IHT)¹² ved Ahus og Lillestrøm kommune. Dette danner grunnlaget for lokal tilpasning av to ulike modeller. I følgende tabell beskrives to alternative modeller for et forsterket utskrivningsteam:

Konsept	Beskrivelse
Modell 1	Etablering av et samlokalisert forsterket utskrivningsteam med felles personellressurser fra både sykehus og kommune.

¹¹ [Pasientsentrert helsetjenestetteam \(PSHT\) - Universitetssykehuset Nord-Norge HF \(unn.no\)](http://www.unn.no)

¹² [Integreerte helsetjenester - Akershus universitetssykehus HF \(ahus.no\)](http://www.ahus.no)



Modell 2	Etablering av forsterket utskrivelse gjennom koordinering og styrket medisinsk samhandling omkring allerede eksisterende tjenester i sykehus og kommune.
----------	--

3.2.1 Pilotprosjektets fase 1 og 2

Uavhengig av hvordan FUT organiseres, anbefaler arbeidsgruppen å pilotere prosjektet i to faser.

Pilotering	Beskrivelse
Fase 1	Prosjektets første fase innebærer tiltak for å sikre raskere uttak og forsterket utskrivelse fra sykehuset. Dette gjør at en større andel av de utskrivningsklare pasientene kan reise direkte hjem, og gir med det effektiv utnyttelse av korttids plasser i kommunene.
Fase 2	En videreutvikling av prosjektet vil være tiltak for tidlig å oppdage endring i helsetilstanden hos skrøpelige eldre, allerede før innleggelse. Tidlig, forebyggende innsats i hjemmet vil kunne hindre akutte innleggelse og begrense et varig funksjonstap for pasientene.

Følgende illustrasjoner gir et eksempel på hvordan de to ulike modellene kan organiseres i fase 1 og fase 2. Arbeidsgruppen presiseres at dette er en forenklet fremstilling, og med det et utgangspunkt til pilotprosjektets prosjektgruppe. Organiseringen av modellene må bearbeides og utredes ytterligere.

MODELL 1 – FASE 1

MODELL 2 – FASE 1

FASE 2 – uavhengig av modell

MODELL 1 - FASE 1 i sykehus

Modell 1 samlokalisert forsterket utskrivningsteam

personellressurser fra både sykehus og kommune

Teamet består av:
 1 legeårsverk
 3 sykepleieårsverk
 0,5 fysioterapeutårsverk
 0,5 ergoterapeutårsverk
 0,2 ernæringsfysiolog årsverk
 0,2 farmasøyt årsverk

I tillegg:
 Koordinerende funksjon i kommuner

Kriterier for å benytte forsterket utskrivning til hjemmet:

- saksbehandler vurderer at det ikke er behov for heldøgns omsorgstjenester og at det er faglig forsvarlig at pasienten oppholder seg i hjemmet
- pasientens omsorgsbehov kan dekkes av hjemmetjenesten
- pasienten har behov for tettere medisinsk oppfølging enn det hjemmetjenesten og fastlege i samarbeid kan tilby
- hjemmetjenesten har nødvendige legemidler og medisinsk utstyr til å følge opp pasienten i hjemmet

Koordinerende funksjon team:

- mottak av henvisninger
- planlegger personalbemanning
- koordinerer samarbeidsmøter og kontakt
- oversikt over pasientportefølje
- oversikt over kapasitet i teamet

Rulleres mellom sykepleierne i teamet

BEHANDLING I SYKEHUS MED ORDINÆR SAKSGANG MED PLO-MELDINGER



MODELL 1 - FASE 1
første to uker etter utskrivelse

FORLØP FORSTERKET UTSKRIVNING INNTIL 14 DAGER ETTER UTSKRIVELSE

Hjemreise med ordinære hjemmetjenester

Dag 1: TRONDHEIM OG
MELHUS

Hele teamet drar hjem til
pasienten.

Iverksette tiltak iht
behandlingsplan

Teamet bidrar med å
koble på riktige
tjenester raskt

teamet bidrar med råd
og veiledning,
koordinering,
kompetanseoverføring

Fortløpende
evaluering

Dag 1: ØRLAND

Teamet deltar digitalt i møte
med eget innsatsteam

Hva er viktig for deg?

MODELL 2 - FASE 1 i sykehus

Modell 2 integret forsterket utskrivningsteam

personellressurser fra både sykehus og kommune

Koordinator i hver hjemmetjeneste
IHT-koordinator i sykehus
Geriatr

Teamet består også av sykepleier/vernepleier,
fysioterapeut tilknyttet hjemmetjenesten

Kriterier for å benytte forsterket utskrivning til hjemmet:

- saksbehandler vurderer at det ikke er behov for heldøgn omsorgstjenester og at det er faglig forsvarlig at pasienten oppholder seg i hjemmet
- pasientens omsorgsbehov kan dekkes av hjemmetjenesten
- pasienten har behov for tettere medisinsk oppfølging enn det hjemmetjenesten og fastlege i samarbeid kan tilby
- hjemmetjenesten har nødvendige legemidler og medisinsk utstyr til å følge opp pasienten i hjemmet

BEHANDLING I SYKEHUS MED ORDINÆR SAKSGANG MED PLO-MELDINGER

Innleggelse

VIKTIG FAKTOR
Innleggelsesrapport fra kommune inneholder info om habituell tilstand før det akutte, inkl CFS

Pasient identifiseres av koordinator i sykehus gjennom uttrekk i Helseplattformen

Vurdering av koordinator:
Nytte av tverrfaglig samarbeid og koordinering
Samtykke fra pasient

Kontakt med IHT-koordinator i kommune

Inklusjon
tildeling ansvarlig

Digitalt vurderingsmøte dag 1:
Pasient, pårørende, sengepost
Koordinator sykehus
Koordinator kommune
Geriatr

Planlegging av trygg hjemreise
Utarbeidelse av personsentrert og proaktiv behandlingsplan

UKP meldes fra sykehuset til kommune

Utskrivning: følge ordinært forløp for UKP

Ekklusjon

Tilbakemelding til kommunal saksbehandler/tjeneste

Ordinært forløp for UKP

Dialog med aktuelle aktører:
fastlege
hjemmetjeneste
andre aktuelle

MODELL 2 - FASE 1
første to uker etter utskrivelse

FORLØP FORSTERKET UTSKRIVNING INNTIL 14 DAGER ETTER UTSKRIVELSE



FASE 2 – uavhengig av modell
før innleggelse

FOREBYGGING AV INNLEGGELSE , MED HJEMMETJENESTE

Hjemmetjenesten oppdager endring i funksjon, eller en hendelse (fall, forvirring etc)

Helhetlig kartlegging av spl/vpl på vakt (SKUV el.l)

Dialog med aktuelle aktører: fastlege, geriater St.Olav, koordinator i teamet , andre aktuelle

Evaluerer og evt nye tiltak i proaktiv behandlingsplan.

Ta i bruk proaktiv behandlingsplan. Inneholder tidligere registrert CFS.

Kommunale hjemmetjenester

FOREBYGGING AV INNLEGGELSE , UTEN HJEMMETJENESTE

Pasient er i kontakt med fastlege

CFS 3-5
Fastlegen henviser :

Henvising til helsestasjon for eldre /forebyggende tjenester. Her vil geriater fra teamet ha en viktig funksjon

CFS > 5
Fastlegen henviser:

Fastlege kontakter forvaltningskontor

Det vurderes om en koordinator i hjemmetjenesten skal kobles på.



3.2.2 Beskrivelse av modell 1

Modell 1 er en innovativ tilnærming til helsetjenester for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom kommunale og spesialisthelsetjenester, legger aktuell modell vekt på pasientens behov og sikrer en helhetlig og koordinert behandlingsprosess. Lignende modeller, som Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), har vist seg å være et verdifullt tilbud for pasienter innenfor Universitetssykehuset i Nord-Norges nedslagsfelt. Denne modellen fremhever viktigheten av tidlig intervensjon og oppfølging, spesielt i overgangen fra sykehus til hjemmebasert omsorg, og understreker behovet for digital kompetanse og velferdsteknologi i distriktskommuner.

Modell 1 tar utgangspunkt i prinsippene fra PSHT ved UNN, men tilpasses ved å fokusere spesifikt på utskrivelsen, fra sykehus til kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet er å sikre en sømløs og trygg overgang for pasienten, som kan bidra til bedre helseutfall og mer effektiv bruk av ressurser i helsetjenesten. Modellen sørger for iverksettelse av tiltak som sikrer en raskere og forsterket utskrivningsprosess fra sykehus til kommunal omsorg. Dette innebærer en tidlig, tverrfaglig vurdering av pasientens funksjonsnivå før utskrivelse, samt tett oppfølging de første ukene etter at pasienten har reist hjem til kommunen. Størrelsen på teamet (antall terapeuter) som følger pasienten hjemme, må være hensiktsmessig og vurdert basert på pasientens behov. Oppfølgingen fra FUT er som et utgangspunkt tidsbegrenset til to uker, og har i løpet av denne perioden fokus på dialog og kompetanseoverføring til ordinære helsetjenester.

En forutsetning for modellen 1 er etablering av et nytt, samlokalisert team. Det anses ikke som hensiktsmessig å etablere et team med delte stillinger, med noe tid i FUT og noe tid med andre oppgaver i kommune eller sykehus. Et deltidsteam vil utfordre kontinuiteten og muligheten til å følge pasientene fra sykehus og over til kommune. Rekrutteringsutfordringene innen helsesektoren er krevende, og teamets behov for flere personellgrupper kan forlenge oppstartsperioden. For at modell 1 skal lykkes er det avgjørende at en avklarer ansvarsforholdet mellom teamet og andre allerede etablerte team i kommunen, som innsatsteam og hukommelsesteam. Teamets ansvar i utskrivningsprosessen må være tydelig avklart med sykehusavdelingenes allerede etablerte rutiner for utskrivelse.

Ressurser

Ulik geografisk utgangspunkt vil kreve to ulike varianter av modell 1. En variant for nærliggende kommuner, samt en modell for distriktskommuner. I forslaget er det tatt utgangspunkt i en 100% stilling til FUT-koordinator i kommunen, hver enkelt kommune må vurdere dette avhengig av kommunenes størrelse og behov.

Følgende er vurdert som nødvendig kompetanse i etablering av et samlokalisert forsterket utskrivningsteam med personellressurser fra både sykehus og kommune.

- 1 Geriater
- 1 Teamleder – sykepleier
- 2 Sykepleiere (AKS)
- 1 Ergoterapeut
- 1 Fysioterapeut
- 1 Farmasøyt

Distriktskommuner vil være tilknyttet teamet gjennom FUT-koordinator plassert i egen kommune.



- FUT-koordinator (distriktskommuner)

Geriatr, sykepleiere, ergoterapeut og fysioterapeut anses som kjernekompetanse. Ved behov for annen kompetanse, som for eksempel ernæringsfysiolog, må dette tilknyttes teamet ved behov. Arbeidsgruppen ser det som avgjørende med personell med medisinskfaglig, geriatrisk kompetanse inn i teamet.

FUT-koordinator i distriktskommune

Distriktskommunen må ha avsatte midler til FUT-koordinator, alternativt en koordinerende kontaktperson/funksjon, for eksempel i koordinerende enhet/tildelingskontor.

Distriktskommunen har ansvar for oppfølging, men vil ha et kontaktpunkt og støtte fra FUT ved sykehuset, spesielt for ivaretagelse av behovet for medisinsk kompetanse. Dette gjennom digital oppfølging der dette er gjennomførbart, evt. gjennom veiledning av aktuelt personell i de ordinære helsetjenestene. Digital oppfølging forutsetter at det er tilrettelagt for velferdsteknologiske løsninger.

Økonomi

I modell 1 etableres det et nytt team på tvers av kommuner og sykehus. Modellen baserer seg på at alle parter i pilotprosjektet bidrar økonomisk til drift av teamet. En samarbeidsavtale må tydeliggjøre det økonomiske ansvaret. I prosjektperioden vil kostnadene dels mellom Trondheim kommune, Melhus kommune og St. Olavs. Ørland kommune som distriktskommune, må avsette egne ressurser til FUT- koordinator. Det må også påregnes større bruk av distriktskommunens eksisterende tjenester, som fysioterapeut og ergoterapeut, for tverrfaglig kartlegging. FUT bidrar med medisinsk vurdering og kartlegger inneliggende pasienter ved særlig komplekse problemstillinger.

Lønn, ansatte modell 1			
FUT- team			
<i>Ant årsverk</i>	<i>Kompetanse</i>	<i>Årslønn</i>	<i>Total kostnad inkl sos. utg</i>
1	Geriatr	1.000.000	1.390.000
3	sykepleier	603.900	2.526.000
1	fysioterapeut	609.900	850.500
1	ergoterapeut	556.600	776.132
1	farmasøyt	725.000	1.010.951
1	teamleder/koordinator	750.000	1.045.812
FUT-koordinator			
<i>Ant årsverk</i>	<i>Kompetanse</i>	<i>Årslønn</i>	<i>Total kostnad inkl sos. utg</i>
0,5	Helsefaglig kompetanse	609.900	425.250
SUM totalt			8.024.645

Tabell 2: Oversikt over lønnsutgifter modell 1

I tillegg til lønnsutgifter vil det også være utgifter knyttet til lokaler, datautstyr, bil og driftsutgifter. Totalutgiftene knyttet til dette må prosjektet estimere ut fra lokasjon, behov for bil og teamets oppbygning.



3.2.3 Beskrivelse av modell 2

Integrerte helsetjenester (IHT) er et samarbeidsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus (Ahus), omkringliggende kommuner og fastleger. Teamet består av sykepleier fra kommune, pasientenes fastlege, samt sykepleier og lege ved Ahus. Teamet drar på kartleggingsbesøk hos pasienter som er henvist til teamet, og utarbeider deretter en behandlingsplan med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. IHT-kordinator i kommunen følger deretter opp pasienten, og ved en eventuell innleggelse i sykehus, tar IHT-kordinator kontakt med avdelingen hvis behov. Teamet tilbyr jevnlig evalueringssamtaler til sine pasienter. IHT-modell ved Ahus er i utgangspunktet oppfølging av hjemmeboende pasienter, med fokus på å forebygge innleggelse.

Modell 2 er inspirert av IHT sin arbeidsmetodikk, men med en lokal tilpasning. I vårt helsefelleskap er fokus på den delen av pasientforløpet som omhandler utskrivelse fra sykehus. Konkret handler dette om et raskere uttak av utskrivningsklare pasienter, blant annet en høyere andel 0-døgnsliggere, jfr. mandat for konseptfase forsterket utskrivningsteam og måltall beskrevet i UKP-rapport¹.

Modell 2 vil bidra til en forsterket utskrivelse gjennom koordinering og styrket medisinsk samhandling omkring allerede eksisterende tjenester i sykehus og kommune. FUT-kordinator i sykehus og kommune vil ha felles ansvar for «overvåkning» av alle innlagte pasienter, dette gjennom mulighet for identifisering av pasienter etter gitte kriterier/filter i Helseplattformen, se kapittel 3.3. Ved identifisert aktuell pasient, er rask kontakt, vurdering og avklaring mellom FUT-kordinatorerne avgjørende for å få pasienten raskt hjem. Der det er aktuelt vil koordinering av tverrfaglig funksjonsvurdering igangsettes i sykehus, samtidig som pasientens fastlege orienteres av FUT-funksjon i kommunen. På denne måten blir fastlege koblet tidlig inn i forløpet.

Arbeidsoppgaver tilknyttet FUT-funksjon i sykehuset

1. «Overvåkning» av alle innlagte pasienter
2. Identifisere aktuelle pasienter etter gitte filter/kriterier i Helseplattformen
 - a. Prioritering av pasienter som er ukjent for kommunen
 - b. Dialog med FUT-funksjon i kommunen. Avklaring hvorvidt FUT-forløp skal iverksettes
3. Koordinering med sengepost
 - a. Felles digitalt møte mellom pasient/pårørende, sengepost + geriater, og FUT-funksjon i kommune der det er aktuelt
 - b. Utarbeidelse av felles oppfølgingsplan

For å sikre gode overganger må det tilstrebnes at utskrivelse foregår på dagtid/til avtalt tidspunkt der det er definert at pasienten er i behov av oppfølging fra FUT.

Arbeidsoppgaver tilknyttet FUT-funksjon i kommunene

1. «Overvåkning» innlagte pasienter hjemmehørende i egen kommune
2. Dialog med FUT-kordinator i sykehus, for å avklare hvorvidt FUT-forløp skal iverksettes
3. Orienterer pasientens fastlege
4. Delta på FUT-kartlegging og sørge for en koordinert oppfølging etter utskrivelse, i tråd med avtalt oppfølgingsplan
 - a. Hjemmebesøk: pasient/pårørende med fastlege, geriater, hjemmesykepleie/ordinære tjenester
 - b. Rolleavklaring i oppfølgingsplan



- Iverksette andre relevante kommunale tjenester så tidlig som mulig, samt sørge for videreformidling av oppfølgingsplan

Kommunal FUT- funksjon må være tilknyttet kommunens tildelingskontor, ha god kunnskap om kommunens tjenestetilbud og organisering, kjenne til kriterier for tildeling av vedtaksbaserte tjenester og inneha geriatrisk kompetanse. I tillegg er det avgjørende av FUT-kordinator har god relasjonskompetanse, er entusiastisk og evne til å være primus motor og håndtere å ha en fleksibel arbeidshverdag.

Ressurser

Flere kommuner har allerede pågående prosjekt som eksempelvis *Rett hjem* og *Innsatsteam*, med mål om at flere pasienter skal reise hjem etter en sykehusinleggelse, og *PLO+* med mål om å styrke samhandling mellom fastlege og ordinære hjemmetjenester. Det vurderes derfor som hensiktsmessig å benytte allerede eksisterende kommunale ressurser inn i den tverrfaglige vurderingen av aktuelle pasienter. Dette vil bidra til å sikre kompetanseoverføring mellom sykehus og kommune, bidra til videreføring av oppfølgingsplan og sikre tidlig relasjon til pasienten.

Modell 2 forutsetter samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunene, der begge er likeverdige parter. Begge parter må avsette egne ressurser, og til enhver tid sørge for lik prioritering av tiltaket. Anbefalte ressurser er omtalt i tabell 3 under. I forslaget er det tatt utgangspunkt i en 100% stilling til FUT-kordinator i kommunen, hver enkelt kommune må vurdere dette avhengig av kommunenes størrelse og behov. I samarbeidsavtalen må det i tillegg fremkomme et tydelig ansvarsforhold mellom partene, ved utskrivelse. Kommunene bør avsette ressurser til FUT-funksjon ut fra kommunens innbyggertall.

Ved valg av modell 2 er fastlegens rolle avgjørende. Her forutsettes en tidlig, tett dialog og kompetanseoverføring mellom fastlege og geriater ved sykehuset.

Økonomi

Lønn, ansatte modell 2			
Sykehuset			
<i>Ant årsverk</i>	<i>Kompetanse</i>	<i>Årslønn 1</i>	<i>Total kostnad inkl sos. utg</i>
0,5	Geriatrer	1.000.000	695.000
1	FUT-kordinator (helsefaglig kompetanse)	609.900	850.500
1	Geriatrisk sykepleier (AKS)	609.900	850.500
Kommune			
<i>Ant årsverk</i>	<i>Kompetanse</i>	<i>Årslønn</i>	<i>Total kostnad inkl sos. utg</i>
1	FUT-kordinator (Helsefaglig kompetanse)	609.900	850.500
--	Fastlege*	--	--
SUM totalt			3.246.500

Tabell 3: Oversikt over lønnsutgifter modell 2

* Her er det ikke forventet avsatt en fast ressurs, men det er gitt en teoretisk kostnadsberegning da det vil kreves et samarbeid med fastlege til aktuelle pasienter.



I tillegg til lønnsutgifter vil det også være utgifter knyttet til lokaler, datautstyr, bil og driftsutgifter. Totalutgiftene knyttet til dette må prosjektet estimere ut fra lokasjon, behov for bil og teamets oppbygning.

3.3 Identifisering av pasienter i Helseplattformen

Identifisering av pasienter skjer gjennom uttrekk av data fra Helseplattformen. Funksjonene *Slicer Dicer* og *Reporter workbench* gir muligheten til å analysere registrerte pasientdata og produsere ønskede rapporter. Funksjonene gir muligheten til å innhente rapporter fra en gitt, egendefinert kohort eller pasientpopulasjon.

Arbeidsgruppen har foreslått følgende kriterier for uttrekk:

- Pasienter > 70 år
- 2 eller flere akuttinnleggelser siste 6 mnd.
- Flere kroniske sykdommer som krever oppfølging fra 2 eller flere fagområder
- CFS-skår 4-7 (dersom skår foreligger)

Inklusjonskriterier må utredes videre av pilotprosjektets prosjektgruppe. I tillegg er det ikke tilstrekkelig undersøkt om vi kan etablere rapporter som innhenter data på tvers av tjenestenivåene. Ved utvikling av rapporten vil helsefelleskapets analysegruppe kunne være en viktig ressurs.

Som et ledd i «overvåkning» av pasientene må rapportene gjennomgås daglig av FUT-kordinator i sykehus. Deretter må det gjøres en individuell vurdering av hvorvidt pasienten skal inkluderes i FUT, eller ikke. Dette gjøres i samarbeid med den aktuelle kommunen. Pasientens antatte nytteverdi av tverrfaglig samarbeid og koordinering av helsetjenesten, samt samtykke fra aktuell pasient, er vesentlig for inkludering. Et klart eksklusjonskriterium vil være terminale pasienter.

3.3 Mulige risikoområder

Arbeidsgruppen har vurdert følgende risikoområder for igangsetting og gjennomføring av prosjektet:

- Forankring og eierskap
- Økonomi
- Rolle- og forventningsavklaring
- Evne og vilje til gjennomføring
- Involvering av fastlegene
- Parallell forløp med allerede eksisterende tjenester

4. Oppsummering

Gjennom arbeidet i konseptfasen har vi kartlagt ulike tverrfaglige tjenestemodeller, alle med mål om å sikre helhetlige og sømløse helsetjenester til befolkningen, og raskere uttak av utskrivningsklare pasienter. Gjennom erfaringsutveksling ser vi at lokale tilpasninger er nødvendig, både med tanke på geografisk sammensetning, framskriving av behovet i helsetjenestene og helsefelleskapets



utfordringsbilde. Arbeidsgruppen har valgt å begrense utredning av forsterket utskrivningsteam til to foreslåtte modeller.

Uavhengig av hvordan forsterket utskrivningsteam organiseres, vil tiltaket kunne gi en betydelig gevinst for helsetjenesten i Helsefelleskapet søndre Trøndelag. I rapporten *“Helhetlig og diagnoseuavhengig pasientforløp for skrøpelig eldre og håndtering av utskrivningsklare pasienter”* beskrives det at antall utskrivningsklare døgn utgjorde en kostnad på ca. 200 millioner for St. Olavs hospital, og ca. 50 millioner for kommunene i 2022 (kap 3, s.19). I arbeidsgruppens beregninger av kostnader for modell 1 & 2, ser vi at kostnaden ved opprettelse av et forsterket utskrivningsteam antas å være omkring 8 millioner ved igangsettelse av Modell 1 og omkring 3,5 millioner ved igangsettelse av modell 2. Sett opp mot kostnadene Helsefelleskapet har vedrørende utskrivningsklare pasienter, vil en reduksjon i antallet utskrivningsklare døgn på 20% gi en besparelse på ca. 40 millioner for sykehuset og ca. 10 millioner for kommunene.

Likevel utpeker modell 2 seg som mest bærekraftig og kostnadseffektivt, da denne modellen baserer seg på styrking og videreutvikling av allerede eksisterende prosjekter og ordinære tjenester i sykehus og kommune. Dette møter framskrivning av økende mangel på helsepersonell, samt et økt behov for helsetjenester i befolkningen.

Pilotprosjektets organisering, ressursinnsats og økonomiske kostnader må gjenspeile et likeverdig partnerskap, der både sykehus og kommune bidrar med egne midler. I tillegg anbefaler arbeidsgruppen at det etterstrebes felles søknad på aktuelle eksterne midler. Arbeidsgruppen anser prosjekt *forsterket utskrivningsteam* som et svært aktuelt prosjekt for felles rekrutterings- og samhandlingsmidler.

Arbeidsgruppen anbefaler at prosjektet etableres som en avgrenset pilot i en uvalgt klinikk i sykehuset, med utvalgte samarbeidskommuner. Det anbefales at aktuelle samarbeidskommuner har mulighet for felles overvåkning gjennom Helseplattformen.

Arbeidsgruppen anbefaler følgende:

- Utvalgte avdelinger ved Medisinsk klinikk, St. Olavs hospital
- Melhus, Trondheim og Ørland kommune

Det vil på et tidspunkt være aktuelt å bredde prosjektet i hele helsefelleskapet, til alle aktuelle kommuner og sykehusavdelinger. Dette kan først skje når FUT er godt etablert og har høstet gode erfaringer som kan brukes i videre arbeid. Pilotprosjektets prosjektgruppe bes om å gjøre en fortløpende evaluering av dette.

Utover dette kan man senere vurdere videreutvikling til fase 2 i prosjektet, som omhandler å forebygge innleggelse. Erfaringer og gevinster fra IHT-modellen, vil da kunne være svært relevant som kunnskapsgrunnlag.

Avslutningsvis anbefaler arbeidsgruppen at følgende punkter følges opp/utredes videre av pilotprosjektets prosjektgruppe:



- UKP-rapport¹ viser til at 1/3 av pasienter som overflyttes til korttidsplass ved Øya helsehus i utgangspunktet kunne reist rett hjem. Arbeidsgruppa anbefaler prosjektgruppa å utrede denne pasientgruppen nærmere.
 - Dette punktet må ses i sammenheng og inkluderes i siste punkt vedr. KPI'er for pilotprosjektet
- Avklaring av inklusjonskriterier for identifisering av pasienter
 - Helseplattformen gir oss svært gode mulighet til å overvåke pasienter etter gitt filter/kriterier, arbeidsgruppa anbefaler at dette utnyttes
 - Det anbefales av inklusjonskriteriene gjenspeiler den pasientgruppen som i større grad kan reise rett hjem
- Prosjektgruppen anbefales å utrede muligheter for samarbeid med eksisterende prosjekt og relevante ordinære tjenester så tidlig som mulig
- Arbeidsgruppen anbefaler av prosjektgruppen identifiserer evalueringspunkter tidlig i prosjektet. Det er behov for målbare KPI'er med gitt nullpunkt og ønsket effekt av tiltak. Det er samtidig ønskelig med overvåkning av identifiserte risikoområder

For å lykkes med et slikt pilotprosjekt, er helsefellesskapet avhengig av felles innsats og prioritering av tiltaket. Denne måten å jobbe på krever en større omstilling og endret fokus på samhandling og samarbeid på tvers av tjenestenivå. Tålmodighet og et felles ønske om og fokus på å lykkes i fellesskap, vil være avgjørende. Prosjektet må følges over tid for å gi ønsket effekt.