



VEDLEGG 1 Forsterket utskrivningsteam – FUT

1. Hva er FUT-funksjonens arbeidsoppgaver

Arbeidsoppgaver tilknyttet FUT-funksjon i sykehuset

1. «Overvåkning» av alle innlagte pasienter
2. Identifisere aktuelle pasienter etter gitte filter/kriterier i Helseplattformen
 - a. Aktuelle pasienter vil deretter prioriteres. Pasienter uten kommunale tjenester bør prioriteres først
 - 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
4. Kontaktperson for FUT-funksjon i kommunen den første tiden (gitt tidsperiode, f.eks 14 dager) etter utskrivelse

For å sikre gode overganger må det tilstrebes at utskrivelse foregår på dagtid/til avtalt tidspunkt der det er definert at pasienten er i behov av oppfølging fra FUT. FUT-funksjonen i sykehuset må være organisert overordnet, uavhengig av klinikk. Arbeidsgruppen foreslår FUT som en del av Samhandlingsavdelingen ved St. Olavs hospital.

Arbeidsoppgaver tilknyttet FUT-funksjon i kommunene

1. «Overvåkning» innlagte pasienter hjemmehørende i egen kommune
2. Dialog med FUT-koordinator 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
 - c. Pasienten følges opp i 14 dager.
5. Iverksette andre relevante kommunale tjenester så tidlig som mulig, samt sørge for videreformidling av oppfølgingsplan

Kommunal FUT- funksjon må være tilknyttet, eller samarbeide tett med kommunens tildelingskontor. Organisatorisk plassering av FUT-funksjon må være opp til den enkelte kommune, ut fra hva som er hensiktsmessig. For å sikre gode overganger må det tilstrebes at utskrivelse foregår på dagtid/til avtalt tidspunkt der det er definert at pasienten er i behov av oppfølging fra FUT. Det vil derfor være nødvendig at FUT-funksjonen har hoveddelen av arbeidstiden sin på dagtid mandag til fredag.



Kommunal FUT- funksjon må ha:

- god kunnskap om kommunens tjenestetilbud og organisering
- kjenne til kriterier for tildeling av vedtaksbaserte tjenester
- inneha geriatrisk kompetanse
- god relasjonskompetanse
- God evne til selvstendig arbeid, vise entusiasme og fleksibilitet

Hva skiller dette fra et ordinært forløp

- Tverrfaglig samhandling mellom sykehus/kommune
 - o Dialog mellom FUT-funksjonene
- Tverrfaglig planlegging av utskrivelse med en konkret oppfølgingsplan
 - o Digitalt møte med f.eks pasient og pårørende, sengepost, FUT-funksjon i sykehus/kommune, geriater, fastlege
- Medisinsk bistand (kontakt med geriater) fra sykehuset første tiden etter utskrivelse
- Tettere dialog med fastlege i tidlig fase
- Tettere oppfølging de første 14 dagene etter utskrivelse til kommunen

2. Oversikt over forslag til prioriterte arbeidsoppgaver og gevinstmål

I konseptfasen har man kommet frem til følgende arbeidsoppgaver for prosjektfasen:

Prioritering	Oppgave	Ansvar
Godkjennelse av konseptfase		Kompetansegruppa
Implementering i kommunene og St. Olav	- Nødvendig forankring i egen organisasjon	Styringsgruppa
Etablering av prosjektgruppe	- Avklaring av mandat - Samarbeidsavtale - Deltagere i prosjektgruppe	Kompetansegruppa/ASU?
Prosjektstart	- Prosjektplan inkl. plan for samarbeid med eksisterende prosjekt* - Plan for søknad på eksterne midler - Kommunikasjonsplan og milepælsplan - Nullpunktsmåling** - Rekruttering av FUT	Prosjektleder



Oppstart pilotprosjekt	<ul style="list-style-type: none"> - Identifisering av pasienter*** - Implementering i drift 	Prosjektgruppe
Evaluering	<ul style="list-style-type: none"> - Justering av teamets arbeidsflyt/metodikk/samhandling - Evaluering av gitte gevinstmål 	Prosjektgruppe/ kompetansegruppe/ styringsgruppe
Videre drift	<ul style="list-style-type: none"> - Bredding til flere avdelinger i sykehus og flere kommuner i helsefellesskapet - Fase 2 	

*Prosjektplan inkl. plan for samarbeid med eksisterende prosjekt**

Et forsterket utskrivningsteam bør ha som mål å forsterke, og bidra til å videreutvikle allerede etablerte prosjekter i kommunene.






Prosjektplanen må inneholde en tydelig beskrivelse av forskjellen mellom forsterket utskrivningsteam og ordinært pasientforløp. Målet med dette er at FUT skal være et supplement til eksisterende tjenester. Både sykehus og kommune skal forholde seg til eksisterende rutiner/samarbeidsavtale.

*Nullpunktsmåling***

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.

Tabellen under 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	Arbeidsgruppens forslag til effektmål
	Gevinst for pasient	Økt trygghet og bedre kvalitet på tjenestene som ytes til pasientene. Økt hjemmetid som bidrar til økt helserelatert livskvalitet.	<ul style="list-style-type: none"> - Reinnleggelser - Henvendelse til legevakt - Bruk av fastlege - Andel pasienter som reiser rett hjem - Antall timer kommunale tjenester - Antall døgn på korttidsopphold - Antall døgn på avlastningsopphold - Antall UKP-døgn i sykehuset - Bruk av KAD - Spørreundersøkelse for ansatte og pasient/pårørende
	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 helsefellesskapet.	
	Bedre samhandling	Bedre samhandlingen på tvers av tjenestenivå. Økt geriatrisk kompetanse. Økt tillit, forståelse og kjennskap til hverandre.	

Identifisering av pasienter***

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 helsefellesskapets 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.