



24. februar 2022

Rapport

«Håndtering av utskrivningsklare pasienter i et bærekraftig Helsefelleskap»



Lars Erik Laugsand, Elizabeth Kimbell, Ingrid H. Olsen, Sigrí Ann Stene, Øystein Døhl, Elise B. Vesterhus, Lene S. Salberg, Tone Østvang, Albert Verhagen, Tora Rømo, Toril Melbye, Ida Stavnesli, Mari L. Omstad, Stian Saur, Trude F. Sæther og Runar Asp.

Trondheim 24. februar 2022.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1. Innledning | 2 |
| 2. Oppdraget | 2 |
| 3. Organisering av arbeidet | 3 |
| 4. Faktiske opplysninger oppsummert | 4 |
| 5. Vurdering av data med relevant statistikk | 5 |
| 5.1 Generelt | 5 |
| 5.2 Utfordringsbilde og sammenligning med andre sykehus i Norge | 5 |
| 5.3 Kjennetegn ved utskrivningsklare pasienter | 6 |
| 5.4 Viktige forhold ved sykehuset for utskrivningsklare pasienter | 6 |
| 5.5 Tilstrømming av utskrivningsklare gjennom Akutten, St. Olavs hospital | 7 |
| 5.6 Tall fra kommunene, med fokus på Trondheim kommune | 7 |
| 6. Konkrete tiltak for å håndtere utskrivningsklare pasienter i Helsefelleskapet..... | 8 |
| 6.0 Generelt | 8 |
| 6.1 Viktige strategiske føringer for tiltak for håndtering av utskrivningsklare | 8 |
| 6.1.1 Bedre utnyttelse av hjemmebaserte tjenester | 8 |
| 6.1.2 Beslutningsmandat defineres av Samarbeidsavtalen | 9 |
| 6.1.3 Utnyttelse av mulighetene som ligger i Helseplattformen | 9 |
| 6.1.4 Felles Samhandlingskultur | 9 |
| 6.2 Forslag til tiltak | 10 |
| 6.2.1 Rask tverrfaglig vurdering og avklaring i kommunene etter UKP-registrering og minimering av kalde senger | 10 |
| 6.2.2 Kapasitet, pasientgjennomstrømning og pasientflyt | 12 |
| A. plan for høy aktivitet i sykehuset og kommunene | 12 |
| B. revidering av prosedyren; «samarbeid om pasienter med behov for kommunale tjenester ved innleggelse, under oppholdet og etter utskrivning»..... | 12 |
| 6.2.3 Utarbeidelse av helhetlig pasientforløp, utvikling av tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam og sterk fastlegeinvolvering | 13 |
| A. Helhetlig pasientforløp | 13 |
| B. Tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam med sterk fastlegeinvolvering | 14 |
| Vedlegg A; Oversikt over hovedområder for tallgrunnlaget som er innhentet | 16 |
| Vedlegg B; Oppsummering av alle foreslåtte tiltak (idedugnad) | 17 |
| Vedlegg C; Erfaringsdeling med andre helsefelleskap og kommuner | 19 |

Relevant statistikk (tallgrunnlaget) er vedlagt rapporten som eget dokument.

1. Innledning

St. Olavs hospital har i flere år vært blant de sykehusene med flest liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (UKP) på landsbasis, uavhengig av sykehusstørrelse, og i motsetning til de fleste andre sykehus har dette eskalert for St. Olavs hospital i 2021. Tallene for 2021 viste 10.100 liggedøgn, som tilsvarer 28 sengeplasser, og utgjorde en samlet kostnad for kommunene i størrelsesorden 50 - 55 mill. kr.

Utfordringsbildet er sammensatt og omhandler både antall opphold, antall liggedøgn og liggetid som UKP. Det er betydelige ulikheter mellom sammenlignbare HF.

Høy andel UKP i sykehus er ugunstig da det medfører:

For pasientene:

- pasientsikkerheten utfordres da pasienten ikke får riktig helsehjelp til rett tid på rett sted.
- forsinket kommunal behandling og rehabilitering.
- pasientforløp forsinkes og for enkelte pasienter kan det innebære at de havner på et høyere omsorgsnivå enn nødvendig etter sykehusopphold.

For sykehuset:

- utfordringer med fullt sykehus som igjen bidrar til fullt akuttmottak og dermed redusert kapasitet for å håndtere uavklarte øyeblikkelig hjelp pasienter som henvises til Akutten.
- høyere andel av pasientene må utlokaliseres, dvs. pasientene må innlegges, da ofte direkte fra akuttmottaket, sengeposter med annen fagtilhørighet enn det som er ønskelig ut fra pasientens hovedproblem (eks. infeksjonspasient legges inn ved gynekologisk avdeling).
- hemmet elektiv drift.

For kommunene:

- forsinkelser i kommunal behandling og oppfølging for pasienter som på sikt kan skape høyere belastning på tjenestene.
- direkte kostnader for utskrivningsklare døgn.

Situasjonen med høyt antall UKP, innebærer altså potensielt uønskede og negative konsekvenser både for pasientene, sykehuset og kommunene. Det vil være i alles interesse i helsefelleskapet å finne frem til langsiktige og bærekraftige løsninger på utfordringen med UKP.

2. Oppdraget

Målsetningen for helsefelleskapet er en nullvisjon med færrest mulig UKP inneliggende i sykehuset. Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) fattet følgende vedtak 17.06.21, sak 34/21:

- Det nedsettes en arbeidsgruppe, forankret i Fagråd for Pasientsamarbeid, for å starte arbeidet med utredning og tiltak rundt utfordringen med for mange utskrivningsklare pasienter. ASU gir AU myndighet til å nedsette arbeidsgruppen og utforme et konkret oppdrag.

Mandat:

- 1) Fremskaffe relevant data som faktagrunnlag for å identifisere årsaker til at St. Olavs hospital har så mange liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.
 - 2) Foreslå konkrete tiltak for å nå nullvisjonen for antall utskrivningsklare pasienter.
- Aktuelle vurderinger:
Hvordan sikre tidlig dialog og informasjonsoverføring mellom sykehus og kommune for de utskrivningsklare pasientene (hvordan sikre et godt operativt samarbeid i hverdagen; hvem, hva, hvordan og når («kommandolinjer» i operativt samarbeid).

I dette ligger også en beskrivelse av:

- hvordan sikre en hensiktsmessig prioritering/rekkefølge av hvilke pasienter som skal tas ut først?
 - hvordan sikre at planlegging for uttak av pasienter starter tidligst mulig og ikke først når pasient meldes utskrivningsklar?
 - hvordan sikre at uttak av pasienter skjer tidlig på dagen?
- Vurdere muligheter for å gi anbefaling på kommunesamarbeid om håndtering av utskrivningsklare pasienter.
 - Beskrive kommunikasjon og felles tiltak ved fullt sykehus, herunder avklaring av hvilke aktører fra sykehus og kommune som skal involveres og hvilket handlingsrom de ulike aktørene har.
 - Sikre jevnlig hensiktsmessig statistikk og kommunikasjon av antall utskrivningsklare pasienter, samt ta stilling til hvem denne informasjonen skal sendes til og hvor ofte.
 - Vurdere tiltak/incentiver/konsekvenser når utskrivningsklare pasienter har ligget over et visst antall døgn (10 døgn?).

Erfaringsutveksling med sammenlignbare helsefelleskap anses som viktig i arbeidet, f.eks. Oslo Universitetssykehus og Oslo kommune, Helse Stavanger HF og Stavanger kommune, Helse Bergen HF og Bergen kommune. Likeså vil det være aktuelt å se nærmere på ulikheter mellom kommuner i helsefelleskapet med tanke på tiltak som er hensiktsmessig, så vel på kort som lang sikt.

3. Organisering av arbeidet

Det er gjennomført 9 møter i Arbeidsgruppen.

- 24.09, 07.10, 26.10, 08.11, 19.11, 26.11, 10.12, 13.01, 18.02.

Fagråd for pasientsamarbeid og AU/ASU er fortløpende orientert om arbeidet.

Fagråd for legesamarbeid fikk orientering med muligheter for innspill 01.02.2022.

Relevant statistikk ble presentert i Administrativt Samarbeidsutvalg 02.12.2021.

Relevant statistikk ble presentert i Politisk Samarbeidsutvalg 05.01.2022.

4. Faktiske opplysninger – oppsummert

- Se vedlegg 1, vedlagt PP dokument: Relevant Statistikk.

St. Olavs hospital ligger høyt i både antall opphold, antall liggedøgn og liggetid for UKP på landsbasis. Denne utfordringen har vedvart over flere år, så lenge man har tallgrunnlag for UKP (Samhandlingsreformen i 2012), men eskalerte spesielt i 2021. Mens det faktiske antallet UKP skiller seg mellom kommuner, samsvarer andelen UKP hver enkelt kommune har mer eller mindre med deres befolkningsandel i den samlede pasientbefolkningen. Med få unntak er det ikke enkeltkommuner som utmerker seg over tid, og utfordringen er dermed felles for Helsefelleskapet.

Samtidig som St. Olav har flere UKP, har St. Olav 3-6% færre re-innleggelser for UKP sammenlignet med Helse Bergen og Stavanger Universitetssykehus. Dette er et viktig perspektiv fordi re-innleggelse er en direkte risikofaktor for nye innleggelser og kan skape økt behov for helsehjelp. I tillegg er det både lengre behandlingstid og tid som UKP i sykehus på St. Olavs hospital i forhold til andre helseforetak. Vi kan ikke si med nåværende datagrunnlag om det er lengre liggetid eller flere re-innleggelser som gir størst samlet belastning på helsetjenester og samfunnsøkonomi, men reinnleggelser vil være en viktig indikator å følge.

Det er ikke funnet forhold ved kapasiteten ved hverken St. Olavs hospital eller kommunene som forklarer forskjellen i UKP mellom St. Olavs hospital og Helse Bergen. Dette innebærer at man i vurdering av tiltaksmuligheter må se til andre forhold som påvirker effektiviteten og flyten i pasientstrømmen, f.eks. forskjeller i:

- organisering/logistikk og arbeidsprosesser
- felles kunnskapsutveksling og kompetanseutvikling på tvers av nivåer
- pasientforløp
- samhandlingskultur/klima

Dette er områder der man gjennom erfaringsutveksling ser at St. Olavs hospital og Helse Bergen jobber forskjellig og der det finnes mulighetsrom for tiltak.

Datainnsamlingen som er gjort av arbeidsgruppa har gitt verdifull kunnskap om pasientgruppen og peker på en rekke forhold som må ivaretas i tiltakene. Utskrivningsklare pasienter kjennetegnes av:

- høy alder
- innlegges for en rekke ulike vanlige årsaker
- har ofte flere samtidige diagnoser og ofte samtidig demenssykdom
- meldes utskrivningsklare fra hovedsakelig somatiske avdelinger (særlig medisin og ortopedi)
- kan grovt deles i to grupper: 1) pasienter som tidligere har hatt lavterskel/ingen tjenester (ca. 50%) og 2) pasienter som ved innleggelse hadde omfattende omsorgsbehov, dvs. innskrevet fra korttidsplass i sykehjem eller med høyt nivå av hjemmetjenester (ca. 30%).

Tiltak overfor gruppa UKP må tilpasses disse forholdene. De må ta hensyn til kompleksiteten og mangfoldet i de medisinske tilstandene som gjør at de innlegges, og fagpersoner fra avdelingene som håndterer flest UKP må involveres i arbeidet. Rutiner for samhandling må ta hensyn til at UKP er en variert gruppe også ift. hvilket tjenestenivå de har hatt tidligere. Det er rom for tettere involvering og bedre utnyttelse av hjemmebaserte tjenester for UKP.

5. Vurdering av data med relevant statistikk

5.1 Bakgrunn

Datagrunnlaget som presenteres i denne rapporten er statistikk som arbeidsgruppen sammen har funnet relevant å identifisere som grunnlag for å kunne foreslå tiltak. Det har fortløpende blitt fremskaffet av data-/analysegruppen, og har blitt presentert og diskutert i arbeidsgruppemøtene. Det er konsensus i arbeidsgruppen om at datagrunnlaget som er vedlagt rapporten er tilstrekkelig og tilfredsstillende. Det er samtidig identifisert områder der det kan være relevant å jobbe med mer datainnhenting i det videre utviklingsarbeidet (kommunene).

5.2 Utfordringsbilde og sammenligning med andre sykehus i Norge

- Problemet med høyt antall UKP er på ingen måte noen ny problematikk. Siden etablering av nasjonal statistikk i forbindelse med Samhandlingsreformen i 2012 har St. Olavs hospital hatt høyere gjennomsnittlig liggetider for UKP sammenlignet med de andre HF.
- Det har vært en betydelig økning i antallet liggedøgn for UKP i 2021, for kommunene tilhørende St. Olavs hospital. I 2021 ble tilsammen 28 senger på St. Olavs hospital benyttet til UKP, som tilsvarte 10.100 døgnopphold. Det er en 80% økning fra 2019 og 2020.
- Blant sammenlignbare sykehus i landet ble samme tendens observert for Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). For øvrige universitetssykehus, som Stavanger Universitetssykehus (SUS), Helse Bergen og Oslo Universitetssykehus (OUS) falt imidlertid antall liggedøgn for UKP i 2021, sammenlignet med tidligere år. I erfaringsutvekslingen med Helse Bergen og SUS rapporteres det at pandemien ikke har medført ekstra utfordringer. Samtidig har nok pandemien påvirket det totale tjenestetilbudet i enkelte kommuner pga. endringer og tilpasninger i tjenestetilbudet på grunn av pandemiltak (f.eks. reduksjon i lavterskel- og aktivitetstilbud til hjemmeboende). Videre kan andre helsefelleskap ha vært bedre rustet til å takle pandemieffekten fordi de på forhånd hadde bedre samhandlingsrutiner.
- Tall fra Helsedirektoratet viser en økende trend for antallet opphold og liggedøgn i Midt-Norge, særskilt i vårt HF område, og i Nord, mens trenden er synkende i Vest og Sørøst.
- For St. Olavs hospital og UNN er det spesielt antallet liggedøgn som øker betydelig, mens antallet opphold er moderat økt sammenlignet med andre HF i 2021. Dette taler for at langliggere (> 7 dgr.) utgjør en større del av problemet ved St. Olavs hospital.
- Det er naturlig å sammenligne St. Olavs hospital med Helse Bergen som har relativt likt nedslagsfelt, befolkningsgrunnlag, struktur og funksjon som St. Olavs hospital. I 2018-2020 har St. Olavs hospital 3x flere UKP opphold og 4x flere UKP døgn enn Helse Bergen. Samtidig ses en markant økning i 2021 for St. Olavs hospital, mens Helse Bergen har en klar nedgang i antall opphold og døgn for UKP.
- Liggetiden i behandlingsfasen er lengre ved St. Olavs hospital enn i Helse Bergen (18,0 versus 14,5 døgn) som tilsvarer 26% lengre behandlingstid ved St. Olavs hospital enn ved Helse Bergen. Behandlingstiden i Helse Bergen har vært stabil i perioden 2018-2020, mens den har vært noe fallende ved St. Olavs hospital. Liggetiden etter at pasienten har blitt definert som UKP er 48% lengre ved St. Olavs enn ved Helse Bergen i 2020 hvor liggetiden som UKP var 4,0 døgn ved St. Olavs hospital og 2,7 døgn i Helse Bergen. Tilsvarende forskjeller ble observert i 2018 og 2019.

- Det foreligger store variasjoner mellom kommunene i antall UKP døgn i 2021, men andelen UKP pr. kommune samsvarer relativt godt med innbyggertallet i den enkelte kommune. Utfordringen med UKP er på den måten felles for hele helsefellesskapet, ikke bare enkelte kommuner.

5.3 Kjennetegn ved UKP

- UKP er i all hovedsak eldre pasienter. 80% av UKP pasientene er fra 67 til 92 år. Aldersfordelingen for UKP har vært stabilt i perioden 2019- 2021. Kjønnssammensetningen har også vært helt uendret siste 3 år.
- UKP fordeler seg i all hovedsak på somatiske sengeavdelinger hvor medisinske og ortopediske pasienter har høyest antall UKP. Dette kan peke i retning av hvilke fagområder kommuner og sykehus bør etablere et tettere samarbeid innenfor og hvilke fagpersoner som bør involveres i det videre arbeid rundt tiltak. Psykisk helsevern har også mange UKP, men den store andelen UKP innen PH utgjøres av pasienter som har nulldøgnsopphold (80 %), dvs. pasienter som allerede har eksisterende tilbud i kommunene. Tilsvarende utgjør pasienter med nulldøgnsopphold bare 20 % av alle UKP for medisinsk klinikk.
- De vanligste diagnosegruppene for UKP er hoftebrudd, hjerneslag, pneumoni, urinveisinfeksjon, hjertesvikt og KOLS. UKP er multimorbide dvs. har mange av disse diagnosene. Lengden på sykehusoppholdet til UKP er ikke knyttet til spesifikke hoveddiagnoser da alle diagnosegruppene som nevnes her har relativ lik fordeling av andel liggetidene 1-7 døgn, 8- 49 dager og mer enn 50 dager. Det observeres heller ingen endringer de siste 3 år i forhold til hvor mange UKP som har de ulike hoveddiagnosene ved utskrivelse og hvor mange liggedøgn de utskrivningsklare har ved de ulike diagnosene.
- Lengden på UKP-opphold er assosiert med antallet bidiagnoser ved utskrivelse. Jo flere bidiagnoser UKP har ved utskrivelse, jo lenger er varigheten av sykehusoppholdet. 70% av UKP har > 3 bidiagnoser og 35% har > 6 bidiagnoser ved utskrivelse.

5.4 Viktige forhold ved sykehuset for UKP

- Re-innleggesraten for St. Olavs hospital er 10% for hele pasientpopulasjonen, og denne har vært stabil siden 2012 og er på lik linje med andre HF. Re-innleggelser av eldre pasienter i somatisk sykehus er en nasjonal kvalitetsindikator som Helsedirektoratet følger opp. På St. Olavs har andel re-innleggelser av eldre pasienter vært 15-17%, stabilt siden 2012 og på lik linje med Helse Bergen og AHUS.
- For UKP pasienter på St. Olavs hospital er re-innleggesraten tilsvarende som for øvrige eldre pasienter i somatiske sykehus, mens både Helse Bergen og Helse Stavanger har 3-6 prosentpoeng flere re-innleggelser av UKP. De samme forskjellene observeres på landsbasis hvor St. Olavs ligger lavt i forhold til re-innleggelser på UKP. Dette er også et viktig forhold så må tas med i betraktning når man sammenligner liggetider som UKP. Re-innleggelse er en klar risikofaktor for nye innleggelser, funksjonstap, morbiditet og mortalitet som dermed bidrar til økt bruk av helsetjenester. På den måten vet man ikke om det er håndteringen av UKP ved St. Olavs eller Helse Bergen som har lavest samfunnsøkonomisk kostnad.
- Sengekapasiteten på St. Olavs er 2,28 per 100.000 innbyggere i St. Olavs sitt nedslagsfelt, og er på likt nivå som øvrige universitetssykehus, men noe høyere enn for Helse Bergen (2,10) og landsgjennomsnittet (2,03).

- Vi har ikke funnet holdepunkter for at alder, kjønn, eller spesifikke diagnoser spiller noen rolle for om man blir langligger (> 7 dgr.) eller ikke, men langliggere har flere bidiagnoser og det er nærliggende å tro at denne gruppen UKP representerer mer komplekse pasienter som trenger mer omfattende tjenester og mer planlegging.

5.5 Tilstrømming av UKP gjennom Akutten St. Olavs hospital

- 60- 70% av alle UKP innlegges via Akutten. De øvrige UKP kommer fra psykisk helsevern og elektiv aktivitet.
- 33% av henvisningen til Akutten kommer fra legevakt i Trondheim og 16 % fra fastlegene.
- Antallet pasienter som innlegges sengeposter fra Akutten er lavere enn tidligere år. Sammenlignet med 2016 ses en 5% nedgang i antallet innleggelses i 2021. Flere pasienter avklares og behandles i Akutten og reiser hjem innen 5 timer (håndteres poliklinisk) på bakgrunn av styrket kompetanse i front.
- Siden 2012 har gjennomsnittsalderen for pasientene som henvises vært helt stabil og uendret frem til i dag og ligger på 58 år.
- Driftsmåten med økt poliklinisk fokus bidrar til at en økende andel av pasientene < 70 år håndteres poliklinisk, mens en lett økende andel av pasientene > 70 år innlegges sykehuset. Dette er et fornuftig tiltak idet det ofte kreves innleggelse for kartlegging og observasjon for å finne bakenforliggende årsak til funksjonssvikt og skrøpeligheit. Med ny driftsmåte benytter sykehuset i større grad plassene for de komplekse eldre pasientene.
- Fokus på økt poliklinisk håndtering i Akutten bidrar også til at ØHD benyttes i stadig økende grad, og at en høyere andel av sykehjemspasientene returneres direkte tilbake til sykehjemmet.
- Siden 2016 innlegges 16% flere pasienter mellom 70- 79 år, 6% flere mellom 80- 89 år og 22% flere 90- 100 år. Den totale økningen for pasienter mellom 70-100 år utgjør likevel bare 5% av totale antallet innleggelses. Høy inflow av skrøpelige eldre forklarer derfor ikke den betydelige økningen av UKP i 2021 og outflow problemene som ses for UKP.

5.6 Tall fra kommunene med fokus på Trondheim kommune

- Antall sykehjemsplasser ser ikke ut til å påvirke antall UKP. Trondheim og Melhus har høyere dekningsgrad av sykehjemsplasser sammenlignet med Malvik, mens Malvik har færre UKP. Trondheim har noe høyere dekningsgrad sammenlignet med Bergen, Stavanger, landet og gjennomsnittet av storbykommuner¹. Samtidig har Trondheim flere UKP pasienter enn både Bergen og Stavanger.
- Sammenlignet med Bergen har Trondheim noe lavere dekningsgrad i hjemmetjenesten, men noe høyere dekningsgrad på sykehjem. Vi har ikke nok kunnskap til å si at det er en kausal sammenheng mellom tjenestesammensetning i Trondheim og Bergen kommune og antallet UKP. Uansett så har Trondheim kommune en langsiktig plan om å få en tjenesteprofil som er mer lik Bergen sin. Det vil si lavere dekningsgrad på sykehjemsplasser og bedre kapasitet i hjemmebaserte tjenester.
- Det er store sesongvariasjoner for UKP pasienter. I Trondheim kommune er antallet UKP-pasienter ca. 100% høyere i perioden desember-februar sammenlignet med september-oktober. I så måte var 2021 et avvik fra dette, med en topp i mai og høye tall i september og oktober.

¹ De 10 største kommunene

- Før innleggelse kan UKP pasientene grovt sett inndeles i to kategorier:
 - Pasienter med få eller ingen kommunale tjenester før innleggelse på sykehus (50%).
 - Skrøpelige eldre med omfattende tjenestetilbud før innleggelse på sykehus (30%).

Dette kan indikere at det er rom for bedre utnyttelse av hjemmebasert omsorg for UKP, og at det er behov for ulike tiltaksløp for disse to gruppene.

- Det er ikke forskjeller mellom UKP og andre kommunale tjenestemottakere når det gjelder kjønn.

6. Konkrete tiltak for å håndtere UKP i Helsefellesskapet

6.0 Generelt

Statistikken som har blitt presentert viser at det er god kapasitet med tilstrekkelig antall sengeplasser både ved St. Olavs hospital og kommunene i nedslagsfeltet i sammenligningen med andre HF og kommuner det er naturlig å sammenligne seg med. Tiltak bør derfor være rettet mot alternative måter å jobbe på i samhandlingen mellom sykehus og kommuner i helsefellesskapet. Arbeidsgruppas vurdering er at det er nødvendig å jobbe med både struktur, funksjon og kultur for at vi sammen skal nærme oss nullvisjonen om antallet UKP. De foreslåtte tiltakene er rettet mot å oppnå forbedret pasientflyt, skape mer effektiv og målrettet kommunikasjon rundt enkeltpasienter og kapasitet, samt nye arbeidsmåter som ivaretar den skrøpelige komplekse pasientenes behov. Vi har lagt vekt på at tiltakene som vi anbefaler skal være effektive, konkrete og gjennomførbare.

6.1. Viktige strategiske føringer for tiltak for håndtering av UKP på kort og lang sikt

6.1.1 Bedre utnyttelse av mulighetene i hjemmebaserte tjenester

Befolkningsframskrivingene viser en betydelig økning av antall eldre de neste 10-15 årene, og det oppstår dermed et økende behov for helsetjenester (Meld. St. 7 2019- 2020)). Reformen *Leve hele livet* har som mål at eldre kan mestre livet lenger, men samtidig har opplevelsen av trygghet for at de får god hjelp når slike behov dukker opp. Videre er målet at pårørende kan få råd, veiledning og støtte til å stå i krevende omsorgssituasjoner, samt at ansatte kan få bruke sin kompetanse i tjenestene. Strategien for de fleste kommuner har vært å skifte fokus fra institusjonsbaserte tjenester til hjemmebaserte tjenester for å håndtere det økte behovet for helsetjenester og bidra til en mer bærekraftig utvikling. Dette har medført at de hjemmebaserte tjenestene har blitt styrket i kommunene de siste årene.

For å lykkes med denne strategien i det videre arbeidet er det essensielt at alle tjenesteområder innen både kommune og sykehussektoren har en felles og tydelig hovedmålsetning om at «**pasienten skal (rett) hjem**». Utgangspunkt for alle vedtak om kommunale helsetjenester skal være at pasienten skal få faglig forsvarlige tjenester på lavest mulig nivå i omsorgstrappen. Både sykehus og kommunale korttidsenheter må sikres kompetanse om hvilke tilbud de hjemmebaserte tjenestene kan tilby i hjemmet og trygges på den kompetansen som er bygget opp. Det vil kunne skape den nødvendige tilliten blant både de ansatte i helsetjenestene og pårørende om at hjemmebaserte tjenester kan være et godt tilbud for pasientene. For de fleste pasienter vil det være formålstjenlig å foreta vurdering av mulige hjemmebaserte tjenester i pasientens eget hjem, og det er viktig at utøvende tjenester involveres i denne vurderingen. En viktig premiss for å lykkes med målsetningen om at «pasienten skal rett hjem», er også at pårørendestøtten styrkes.

Hovedstrategien om at UKP i størst mulig skal «rett hjem» vil være avgjørende og en sentral primær driver for at man kan redusere antallet utskrivningsklare. De konkrete tiltak vi skisserer i neste delkapittel vil ha denne strategien innebygd i tiltaket.

6.1.2 Beslutningsmandat defineres av Samarbeidsavtalen

Sykehuset samhandler med en rekke ulike kommuner med til dels ulike forutsetninger og organisering. Mens det er sykehuset som etter samarbeidsavtalen avgjør når en pasient er utskrivningsklar, er det kommunen som avgjør hvilke tjenester pasienten skal tilbys. Dette baseres på en individuell vurdering av pasientens behov sett opp mot tjenesteorganisering den aktuelle kommunen har. Det er avgjørende at dette premisset og ansvarfordelingen ligger tydelig til grunn for tiltak rettet mot UKP, at alle nivåer i samhandlingsapparatet er seg bevisst dette forholdet, og at dialogen mellom behandlere og pasient/pårørende i sykehus/helsehus også er tydelig på denne ansvarfordelingen.

6.1.3 Utnyttelse av mulighetene som ligger i Helseplattformen (HP)

I dag rapporteres det på daglig basis hensiktsmessig og relevant statistikk om antall UKP fra de ulike kommuner og kapasitet ved ulike etterbehandlingssteder per mail til relevante aktører i både sykehus og kommuner. HP blir innført som felles kommunal journal for St. Olav og Trondheim kommune fra 01.05.22. Etter dette skal nye kommuner innføres hver 6. mnd. frem til mai 2024. HP gir helt nye muligheter til å følge pasientforløp på tvers av forvaltningsnivå. Allerede fra starten vil alle kommuner som tar i bruk HP motta løpende oppdatert informasjon om utskrivningsklare pasienter som omfatter både antall pasienter og liggetid. I tillegg vil også fastlegene som er en del av HP få oversikt over hvilke pasienter som mottar kommunale tjenester og i hvilket omfang.

På sikt vil det være muligheter å videreutvikle styringsinformasjon til både St. Olav og kommunene i samarbeid med HP. Styringsdata kan også på sikt kobles til kvalitetsindikatorer fra helhetlige pasientforløp og pakkeforløp, og vil være et viktig element i utviklingen av et evt. helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre (se pkt. 6.2.3). Dette må imidlertid følges opp av analyseressurser både fra sykehus og kommune, i samarbeid med HP samt avklaring av bla. personvern hensyn.

6.1.4 Felles samhandlingskultur

Å lykkes med nullvisjonen for utskrivningsklare pasienter i sykehuset innebærer behov for en kulturendring i både spesialisthelsetjenesten og kommunale helsetjenester. For å skape et gjennombrudd hvor alle aktører virkelig jobber sammen for å løse utfordringen, trenger vi en bevisstgjøring blant alle involverte og vilje til å tenke nytt og annerledes. Lederne er spesielt viktig som kulturutviklere og kulturbyggere. En samlet spesialist- og kommunehelsetjeneste vil kreve et faglig og strategisk lederskap, og det er derfor viktig at Helsefelleskapet satser på felles lederutvikling.

Potensielle tiltak i den forbindelse kan være:

- felles ledersamlinger
- felles fagdager- og seminarer gjennom fagrådene på tjenestenivå.
- gjensidig hospitering på tvers av tjenestestedene
- felles erfaringskonferanser
- etablering av felles kapasitetsråd (se pkt. 6.2.2)

Dette vil kunne bygge en felles samhandlingskultur ved at man får bedre forståelse og økt innsikt og kunnskap blant ansatte i helsetjenestene om mulighetene i de ulike tjenestene, samt at det bygges tillit mellom de ulike tjenestene. Det bør utarbeides en konkret plan med faste felles aktiviteter, hvor planen kan utformes som et årshjul med planlagte samlinger på forhåndsbestemte konkrete relevante tema. Sekretariatet kan utarbeide årshjulet etter innspill på prioriterte områder fra fagråd og vedtas i ASU.

6.2 Forslag til tiltak (ikke prioritert rekkefølge)

Arbeidsgruppens anbefaling er at det jobbes videre med konkrete tiltak innenfor 3 hovedområder:

1. Rask tverrfaglig funksjonsvurdering og avklaring i kommunene etter UKP registrering i sykehus og minimering av «kalde» senger.
2. Kapasitetsutnyttelse, gjennomstrømning og god pasientflyt.
3. Utarbeidelse av helhetlig pasientforløp, utvikling av tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam med sterk fastlegeinvolvering.

6.2.1 Rask tverrfaglig vurdering og avklaring i kommunene etter UKP registrering i sykehus og minimering av «kalde senger»

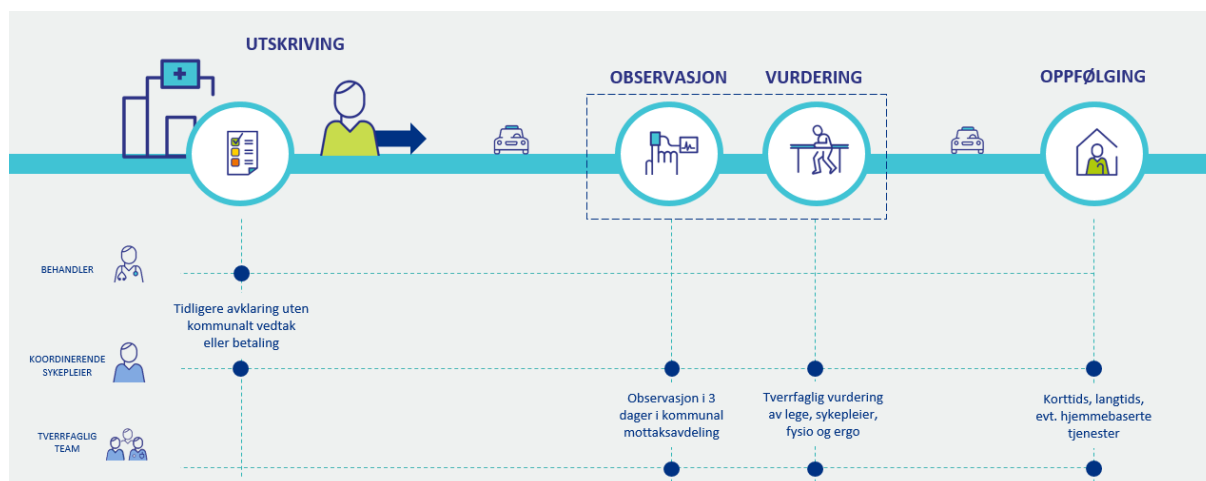
Hovedregelen ved utskrivelse fra sykehus skal være at pasienten skal tilbake til hjemmet. Likevel vil en del UKP ha så store omsorgsbehov at de har behov for et kommunalt institusjonsopphold, enten kort- eller langtidstilbud. For å oppnå en endring fra dagens situasjon med mange UKP med høyt antall liggedøgn er det avgjørende at kommunale institusjonsplasser benyttes mest mulig effektivt og at vurderingsprosessen skjer raskt.

Det er regulert i samarbeidsavtalen at det er kommunen som avgjør tjenestenivå for pasienten, basert på helseopplysninger som sykehuset gir, mens det er lege i sykehuset som definerer når pasienten er utskrivningsklar. Liggetiden på sykehuset blir stadig kortere pga. mere effektive behandlinger og i tillegg foreligger en forventning om at kommunene skal håndtere flere medisinske oppgaver nå enn tidligere. I de tilfeller der det er tvil om videre tjenestebehov, eller der funksjonsvurderingen krever mere omfattende observasjon eller kartlegging, må kommunene ha en strategi for å kunne ta ut UKP raskt fra sykehuset. Det må i slike tilfeller først sikres at pasienten oppfyller kriteriene for å defineres som utskrivningsklar etter vilkårene som gitt av forskrift og Retningslinje 1 i Samarbeidsavtalen. For å sikre effektivitet i utskrivningsprosessen bør kommunene ha god tilgjengelighet på saksbehandlerressurs og tverrfaglig medisinsk kompetanse i tidsrommet hvor meldinger om UKP kommer. Det er viktig å ivareta fokus på at vedtak om videre tjenester, herunder korttidsopphold i institusjon, skal være individuelle og tilpasset pasientens behov. Hjelpemidler som lånes ut til pasienter må gjøres tilstrekkelig tilgjengelig for UKP som skal hjem til egen bolig.

Kommunene må systematisk og jevnlig gå gjennom egen praksis gjeldende tildeling av institusjonsplasser for å undersøke om det er plasser i de kommunale helsetjenestene som står ubrukt over kortere perioder og om minimering av slike «kalde senger» kan bidra til at UKP kan tas ut fra sykehus tidligere. Dette kan gjøres i hver kommune for seg, men enkeltkommuner må også vurdere mulighetene for interkommunalt samarbeid dersom handlingsrommet er begrenset i egen kommune. I mandatet til arbeidsgruppa står det skissert at man skulle vurdere tiltak, incentiver og konsekvenser for UKP langliggere. Arbeidsgruppa er usikker på hvordan et slikt virkemiddel skal kunne innføres og gjennomføres lokalt da døgnprisen er besluttet av nasjonale myndigheter. Arbeidsgruppa vurderer derfor at det er rimelig å avvente videre arbeid og konklusjoner fra prosjektgruppa i Helsedirektoratet som for tiden jobber med denne problemstillingen.

I erfaringsutvekslingen med andre helsefelleskap har arbeidsgruppa fått innsyn i flere eksempler på kommuner som har utviklet gode og effektive strategier for effektiv tverrfaglig vurdering i overgangen mellom sykehus og kommunalt tilbud. Tønsberg kommune reduserte antallet UKP med 90% fra 2019 og frem til 2021 ved å ansette en **koordinerende sykepleier** i kommunen. Denne sørger for god og tidlig dialog med sykehuset slik at pasientene blir tatt raskt ut fra sykehus og får vurdering av et tverrfaglig kommunalt team. En slik håndtering bidrar både til at de kommunale vedtakene som fattes er individualisert, og sørger også for at pasientene i større grad håndteres av hjemmebaserte tjenester og at de kommunale plassene utnyttes på en best mulig måte (Sykepleien, 02.12.21, ([Slik reduserte](#)

[kommunen brukt av overliggerdøgn med over 90 prosent \(sykepleien.no\)](https://www.sykepleien.no). Bergen kommune opprettet en **kommunal mottaksavdeling** (KMA) i 2014 hvor UKP pasienter som er ferdig behandlet i sykehus blir tatt raskt ut til tverrfaglig vurdering av lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut samt saksbehandler uten forutgående vedtak. KMA har i dag 23 senger, og målet er at pasientene skal ligge 1-3 dager, men oppholdet kan forlenges til 1 uke. Siden 2013 er antallet somatiske betalingsdøgn redusert fra ca. 2700 døgn/ 11,3 MNOK til ca. 530 døgn/ 1,8 MNOK i 2019. Med et lignende tiltak har Stavanger kommune redusert kostnaden for UKP fra 11,5 MNOK i 2019 til 2,5 MNOK i 2020 og 5,3 MNOK i 2021.



Figur 1: Skisse som viser praktisk gjennomføring av tidligere kommunal avklaring av UKP pasienter

Forslag til videre arbeid

Rask tverrfaglig vurdering og avklaring av UKP i kommunene kan organiseres på ulike måter, og det vil være forskjeller mellom større og mindre kommuner hvilke praktiske løsninger som er best egnet. Tverrfaglig saksbehandlings- og medisinsk vurderingskompetanse i front, med tilstrekkelig tilgjengelighet, vil i alle tilfeller gi mulighet til raske avklaringer og komplettering av informasjon opp mot utskrivende avdeling. Dette skaper et godt grunnlag for å fatte individualiserte og presise vedtak om kommunal oppfølging som bidrar til at sengeplasser i kommunale institusjoner utnyttes mest mulig effektivt. Det bør vurderes muligheten for interkommunalt samarbeid rundt slike vurderingsenheter for å skape ytterligere buffer for UKP i helsefelleskapet.

Potensielle gevinster av tiltaket rask tverrfaglig vurdering og avklaring i kommunene etter UKP registrering i sykehus og minimering av «kalde senger», basert på erfaringsutveksling, antas å være store og vil kunne ha effekt i løpet av kort tid.

- Kommunale korttids- og langtidsplasser utnyttes mer effektivt.
- En større andel av pasientene vil kunne reise hjem med hjemmebaserte tjenester.
- Raskere uttak fra sykehus og reduksjon av UKP døgn.

Det anbefales at helsefelleskapet nedsetter en arbeidsgruppe, med utgangspunkt i fagråd for pasientsamarbeid, som involverer relevante fagaktører for å jobbe videre med dette tiltaket og nærmere beskriver mulighetene i tiltaket. Arbeidsgruppen bør innhente ytterligere erfaringer og informasjon om konkret gjennomføring og organisering av tilsvarende tiltak i Bergen, Stavanger, Tønsberg og andre aktuelle steder, og foreslå en konkret plan for hvordan dette kan gjennomføres med tilsvarende effekter også i vårt helsefelleskap. Videre bør gruppen vurdere mulighetsrommet for interkommunalt samarbeid for tiltaket rask tverrfaglig vurdering og avklaring i kommunene etter UKP registrering og minimering av «kalde senger». Dette må vurderes ut fra hvilke ulike muligheter som finnes og hvordan dette tiltaket kan iverksettes mest mulig hensiktsmessig ut i fra kommunenes egne forutsetninger.

6.2.2 Kapasitet, gjennomstrømning og god pasientflyt

A. Plan for høy aktivitet i sykehuset og kommunene

Både St. Olavs hospital og kommunene opplever regelmessige utfordringer med kapasitet, ofte relatert til svingninger i etterspørselen etter helsetjenester knyttet til konkrete perioder av året (f.eks. influensaseson), og planlagt endring av aktivitet (f.eks. ferieperioder). Sjeldnere inntreffer også andre forhold som påvirker ressurstilgang, etterspørsel og/ eller pasienttilstrømning. Disse periodene belaster ofte sykehus og kommuner samtidig, og fører til at antallet UKP øker markant. Helsefellesskapet har per i dag ikke en felles plan om hvilke tiltak som initieres dersom aktiviteten i sykehuset eller kommunene blir svært høy og medfører kapasitetsutfordringer. Det er behov for å styrke dialogen mellom sykehus og kommuner, både i forkant av, og underveis i slike perioder. I andre helsefellesskap har man opprettet et kapasitetsråd der kapasitetsspørsmålet jevnlig følges opp av partene i planlagt møteaktivitet mellom sykehus og kommuner. Man har også utviklet tiltakskort som beskriver konkrete tiltak som gjennomføres både i sykehus og i kommunene i perioder hvor kapasiteten er utfordret. En tettere dialog vil legge til rette for at man på et tidlig tidspunkt kan fange opp en utvikling med opphopning av UKP og iverksette justerende tiltak på et tidligere tidspunkt. Dette kan f.eks. være plan for høy aktivitet og felles kapasitetsmøter som ved Stavanger Universitetssykehus og/eller konkrete tiltakskort for 1) ekstraordinær oppfølging av UKP og 2) ekstraordinær utskrivning av UKP som ved AHUS.

Samarbeidsavtalen (2015) mellom St. Olavs hospital HF og Trondheim kommune vedrørende «kapasitetsutnyttelse i perioder med stor etterspørsel etter tjenester» anbefales revurdert, og benyttes som grunnlag for utarbeidelse av retningslinje for hele helsefellesskapet. Det er i tillegg viktig å ta hensyn til allerede eksisterende planer i øvrige kommuner.

Det anbefales at ASU gis ansvar for å eventuelt nedsette en arbeidsgruppe for å utarbeide et forslag til retningslinje (alternativt revidere samarbeidsavtalen fra 2015) for løpende samarbeid på strategisk nivå mellom St. Olavs hospital og kommunene, som konkret skisserer samarbeid for håndtering av perioder med kapasitetsutfordringer. I arbeidet vurderes opprettelsen av et kapasitetsråd for jevnlig vurdering av kapasitetssituasjonen og oppfølging av retningslinjen som også kan gi en arena for løpende dialog. Arbeidsgruppen skal videre utarbeide forslag til tiltakskort for praktisk håndtering i perioder med kapasitetsutfordringer. Ved utarbeidelsen av forslag til tiltakskort benyttes tiltakskort fra AHUS og Stavanger Universitetssykehus som grunnlag.

Effekt av tiltaket vil være at sykehus og kommuner har et tettere samarbeid, er bedre forberedt og på den måten har bedre forutsetninger for å håndtere kapasitetsutfordringer. I dette ligger også færre og mere effektivt uttak for UKP og økt utnyttelse av den totale kapasiteten i Helsefellesskapet.

B. Revisjon av prosedyren «samarbeid om pasienter med behov for kommunale tjenester ved innleggelse, under oppholdet og etter utskrivning».

Statistikk fra Trondheim kommune viser at ca. 50 % av UKP har få eller ingen kommunale tjenester, mens ca. 30 % har omfattende kommunale tjenester før de blir innlagt sykehuset. UKP kan derfor deles inn i to hovedgrupper 1) de med kommunale tjenester på innleggelsestidspunktet (kjente) og 2) de med få/ingen kommunale tjenester på innleggelsestidspunktet (ukjente).

Avviksoversikten for 2021 viser manglende etterlevelse av informasjonsutveksling, hvor *innleggingsrapport, helseopplysning, medisinaliste og epikrise* er de områdene med størst utfordring. Samtidig opplever ansatte at forventningene til informasjonsutvekslingen er for omfattende, spesielt i forhold til kjente pasienter med hyppige innleggelser i sykehus. Erfaring viser at både sykehus og kommune er for lite proaktiv gjennom hele utskrivningsprosessen. Sykehuset opplever at kommunene starter planlegging av uttak for sent i prosessen, mens kommunene opplever at sykehuset gir lovnader om tjenester. Vi har per i dag heller ikke rutiner som sikkert fanger opp pasienter som ved innleggelse

kun har lavterskeltilbud (matombrining, trygghetsalarm). Det er behov for å se på en mer effektiv samhandling mellom sykehuset og kommunene, herunder en tidligere og mer offensiv dialog på klinisk operativt nivå. Elektronisk meldingsutveksling er hovedplattformen for dialog, men dette må i noen tilfeller suppleres med digitale møter evt. telefonisk kontakt for rask og tydelig avklaring. Det anbefales å nedsette en arbeidsgruppe på tvers av nivåene i helsefellesskapet for å revidere prosedyren. Ved sammensetning av arbeidsgruppen sikres tverrfaglig kompetanse, blant annet fra tjenestene, forvaltning og annen relevant fagkompetanse. Arbeidsgruppen skal særlig se på følgende:

- beskrive flyten og dialogen i hele utskrivningsprosessen, på tvers av nivåene, vurdere behov for differensierte forløp for 1) kjente og 2) ukjente pasienter og beskrive hvordan gruppe 2) kan identifiseres så tidlig som mulig ved/etter innleggelse
- beskrive situasjoner der kommunikasjon utover PLO-melding skal utløses (f.eks. digitale møter og telefonisk kontakt) og rutiner for å få dette til å skje så raskt som mulig
- beskrive hvordan faste kontaktpunkter kan etableres for informasjonsutveksling særlig med hjemmetjenesten
- beskrive hvem sykehuset tar kontakt med, og hvem som har ansvar og beslutningsmandat i situasjoner der det oppstår uenighet om tjenestenivå for pasienten ved utskrivning.

Arbeidet må bygge på *forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*. Videre skal rapporten fra H.dir «*utredning av ønsket innretning av utskrivningsprosessen*» (01.09.21) og egne erfaringer i Helsefellesskapet legges til grunn for revidering av prosedyren.

Sykehuset vil på kort sikt gjennomføre en forenklet hendelsesanalyse for å vurdere flyten i forløpet.

Effekt av tiltaket forventes å føre til bedre og mer effektiv dialog og samarbeid på operativt nivå (evt. systemnivå), tydeligere kommunikasjonslinjer gjennom hele utskrivningsprosessen og færre samhandlingsavvik. Dette kan gi tidligere og raskere uttak av UKP, mer effektiv bruk av ressurser i utskrivningsprosessen og økt pasientsikkerhet. Vi forventer å se effekt så snart nye justerte rutiner iverksettes, dvs. på relativt kort sikt.

6.2.3 Utarbeidelse av helhetlig pasientforløp, utvikling av tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam og sterk fastlegeinvolvering

Hovedtyngden av UKP ved St. Olavs hospital kjennetegnes av høy alder, flere samtidige sykdomstilstander og skrøpeligheit. Skrøpeligheit betegner helse- og funksjonsfall som medfører lidelse for den enkelte, men som også bidrar til økte kostnader og merbelastning på helse- og sosialtjenesten. Skrøpelige pasienter har gjerne omfattende og komplekse medisinske behov som krever oppfølging på tvers av tjenestenivåer. Samtidig er skrøpeligheit en risikofaktor for øyeblikkelig- hjelp innleggelse i sykehus, økt liggetid og komplikasjoner etter innleggelse inkludert re-innleggelse. Sistnevnte er en sterk risikofaktor for nye innleggelser og mortalitet. Når skrøpelige pasienter havner i pasientforløp som baserer seg på enkeltdiagnoser som ikke tar hensyn til kompleksiteten og helheten i deres behov, er det økt sjanse for utilstrekkelig eller feil behandling av pasienten. Konsekvensen av dette kan bli økt liggetid i sykehuset og funksjonstap som fører til økt omsorgsbehov. Dette skaper i sin tur press på kommunale institusjonsplasser og kan bidra til at pasienter blir liggende utskrivningsklare i sykehus.

A. Helhetlig pasientforløp

Skrøpelige pasienter har ofte stort behov for helsehjelp, samtidig som de har økt risiko for negative effekter av helsehjelpen. For å gi optimal oppfølging og behandling til de skrøpelige pasientene er det nødvendig med et helsesystem som har et sterkt fokus på denne gruppas behov og også har god evne til koordinering som bidrar til kontinuitet i oppfølgingen. De siste årene har elektronisk

meldingsutveksling blitt tatt i bruk for å skape kontinuitet i overgangen mellom ulike områder av helsetjenesten. I enkelte kommuner har man også etablert helhetlige og diagnoseuavhengige pasientforløp for grupper av pasienter f.eks. i hjemmetjenesten og kreftomsorgen. Så langt har imidlertid ikke metoder for å identifisere skrøpeligheit blitt tatt i bruk, og geriatriske arbeidsmetoder har heller ikke gjennomgående blitt implementert i håndteringen av disse pasientene. Skrøpeligheit må anerkjennes som en tilstand som både påvirker prognose og tiltak.

[Helsedirektoratet](#) anbefaler at det utvikles helhetlige og diagnoseuavhengige pasientforløp for pasientgrupper med komplekse og sammensatte behov på tvers av tjenestenivåer. Helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke har blant annet blitt utviklet ved [Oslo Universitetssykehus](#).

B. Tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam med sterk fastlegeinvolvering

I nasjonal helse- og sykehusplan løftes strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam frem som et virkemiddel for å skape helhetlige helse- og omsorgstjenester for pasienter med omfattende behov (ref.: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap/team>)

Pasientsentrerte helsetjenesteteam ved UNN er et eksempel på et slikt team. Teamet har som mål å styrke overgangen mellom sykehus og pasientens hjem, og samarbeidet mellom sykehus og kommune for raskere å kunne iverksette utredning, behandling og tiltak. Dette er et supplement til eksisterende tilbud i sykehus og kommune, og teamet samarbeider tett med disse. Teamet er tverrfaglig sammensatt og har ansatte fra både sykehuset og kommunene. De jobber inne på sykehus med tidlig vurdering av nylig innlagte pasienter og planlegging av utskrivelse, men også ute i kommunene med tidlig vurdering og diagnostikk av hjemmeboende i nært samarbeid med fastlege for å forebygge innleggelse. Arbeidsmodellen har oppnådd gode resultater i form av reduksjon i antall øyeblikkelig hjelp innleggelser, liggedøgn i sykehus og dødelighet. Suksessfaktor for modellen antas å være ([Berntsen et al 2019](#)):

- pasientsentrert styring av tiltak, der pasienten selv er med på å identifisere utfordringer som bidrar til å identifisere sårbarhet og fallgruver
- proaktiv og helhetlig planlegging
- tidlig utskrivelse til kjent miljø forebygger delir og funksjonsfall
- legemiddelgjennomgang forebygger bivirkninger/skade av legemiddelbehandling
- helhetlig retning i tiltaksplan i tråd med pasientens prioriteringer hvor alle aktører jobber mot samme mål
- fleksibilitet og målstyring i tiltaksplan tillater skreddersydde løsninger

Fastlegene har en nøkkelrolle i oppfølging av hjemmeboende eldre skrøpelige pasienter, både med og uten kommunal oppfølging, og vil ha en sentral rolle som samarbeidspartnere for tverrfaglige pasientsentrerte team. De vil ha førstehåndskunnskap om pasientene sine, og vil ha god kjennskap til pasientenes sykdomsutvikling over tid og helhetlige situasjon.

Forslag til videre plan i helsefelleskapet

Både helhetlige og diagnoseuavhengige pasient-/samhandlingsforløp på tvers av tjenestenivåer og tverrfaglige strukturerte teammodeller anbefales fra nasjonale helsemyndigheter for pasientgruppen som UKP ved St. Olavs hospital ofte tilhører. Dette er arbeidsmåter som har blitt identifisert som utviklingsområder fra helsefelleskapene. Arbeidsgruppa anbefaler at man jobber videre med dette også i vårt helsefelleskap. Det videre arbeidet må involvere relevante fagmiljøer i primær- og spesialisthelsetjeneste hvor overordnet mål blir å beskrive hvordan man kan sikre kontinuitet og sømløshet i kontakten mellom de kliniske fagmiljøene på sykehus og i kommune. Det er viktig at fastlegenes kompetanse sikres inn i arbeidet, i tillegg til representasjon fra det geriatriske fagmiljøet og kommunale helsetjenesteaktører fra kommuner av ulike størrelse.

I det videre arbeidet bør det være særlig fokus på:

- hvordan Helseplattformen kan utnyttes for å fremskaffe gode styringsdata
- hvordan teknologi kan understøtte det utadvendte sykehus
- hvordan skrøpelig og negative helse- og funksjonsutvikling kan oppdages så tidlig som mulig og meldes til kommunalt tjenesteapparat
- hvordan det skal legges til rette for at fastlegen kan fokusere på de sykeste pasientene på sin pasientliste, slik at særlig pasientene som mottar kommunale tjenester i hjemmet eller som bor i omsorgsbolig sikres tilstrekkelig prioritet
- hvordan pasienter som pga. skrøpelig har utfordringer med å møte opp til fysisk undersøkelse på legekontor og poliklinikk kan sikres god tverrfaglig oppfølging i samarbeid mellom fastlege, sykehuslege og kommunalt helsepersonell
- hvordan leger og annet helsepersonell i sykehus og kommune effektivt kan etablere kontakt ved behov for felles vurdering og planlegging omkring enkeltpasienter
- hvordan sykehusepikrisen og annen skriftlig informasjonsoverføring kan styrke langsiktig planlegging for skrøpelige pasienter, f.eks. tydeliggjøring av plan for videre behandling, inkludert behandling som ikke vurderes egnet, og hvilke kriterier og betingelser som overveies før en evt. reinnleggelse
- hvordan eventuelle eksisterende helhetlige pasientforløp i kommunen kan integreres i nye arbeidsformer

Effekter av tiltaket.

Utvikling av helhetlige pasient-/samhandlingsforløp for gruppen skrøpelig eldre og strukturerte tverrfaglig team med god fastlegeinvolvering, er tiltak som gjerne kan ses i sammenheng og utvikles samlet. Det er langsiktige tiltak som krever forpliktelse fra både sykehus og kommuner, god forankring på ledernivå og at det avsettes tid og ressurser hos fagpersoner i de relevante beskrevne kliniske fagmiljøer. Et slikt arbeid kan organiseres som et tjenesteinnovasjonsprosjekt i Helsefellesskapet. Arbeidet vil være tidkrevende, og effekter på antallet UKP vil først kunne forventes på sikt. Effektene kan imidlertid være store, og innebære redusert antall ø-hjelpsinnleggelser, redusert liggetid på sykehuset og forebygging av funksjonstap og redusert behov for langtidsopphold i sykehjem.

Vedlegg A; Oversikt over hovedområder for tallgrunnlaget

| |
|--|
| Hvilke data? |
| UKP; Utfordringsbilde; antall opphold, antall døgn og liggetid <ul style="list-style-type: none">○ Utskrivningsklare, antall døgn i St. Olavs opptaksområde (utvikling 2018 – 2021)○ Sammenlignbare tall nasjonalt 2018, 2019, 2020○ Sammenlignbare tall nasjonalt 2021 (tom. 2. tertial)○ Sammenlignbare tall St. Olavs hospital vs. Helse Bergen |
| Pasientpopulasjon – hvem er de utskrivningsklare pasientene? St. Olavs hospital vs. Helse Bergen <ul style="list-style-type: none">○ Hoveddiagnoser○ Fordeling av UKP på alder og liggetid○ Fordeling av UKP på kjønn og liggetid○ De 10 største diagnosegruppene i hver liggetidsgruppe diagnose og liggetid alderssammensetning og Drg.○ Forskjeller på de med flest og færrest liggedøgn○ Fordeling på klinikk/avdeling○ Kommunevis fordeling 2021○ Andel UKP døgn vs andel befolkning○ Antall «meldt UKP» fordelt på ukedag |
| Re-innleggelser, mønster i liggetid og sengekapasitet |
| Statistikk akutt-/mottaksfunksjon St. Olavs <ul style="list-style-type: none">○ Andel inn via akuttmottaket; pasienttilstrømming○ Henvisende instans○ Pasientpopulasjon i akuttmottaket○ Aldersfordeling – 10-års aldersgrp.○ Hvor havner pasienten etter akuten |
| Hvem er de utskrivningsklare pasientene - kommuneperspektiv (TK vs. andre kommuner + Bergen <ul style="list-style-type: none">○ Demografisk utvikling○ Dekningsgrad sykehjem○ Alder-/alderssammensetning (andel skrøpelige eldre?), kjønn, aleneboende mv.○ UKP med kommunale tjenester vs ikke kommunale tjenester (kjente/ukjente)○ Frailty-indeks○ Historisk utvikling UKP○ Sosiale forhold○ Re-innleggelser○ Detaljert oversikt UKP måned for måned 2021 og liggetidsgrupper○ Antall «meldt UKP» fordelt på ukedager Trondheim kommune |

Vedlegg B; Oppsummering av alle foreslåtte tiltak (idedugnad)

| Primærdriver | Sekundær driver | Tiltak |
|--------------------------------|--|---|
| Organisering og ledelse | <ul style="list-style-type: none"> • Kapasitet • Pasientlogistikk • Samhandlingsarena • Rehabilitering • Helseplattformen • Økonomi • Kultur og omdømme • Øyeblikkelig Hjelp Døgn (kommune) • Bemanning • Avtaler • ? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Eskaleringsplan ved fullt sykehus, 2) Revidere samarbeidsavtale St.O/TK fra 2015 (felles plan ved høy aktivitet). ○ Tiltakskort; 1) kapasitetsmøter, 2) fortetning, 3) buffersenger. ○ Etablere kommunal UKP enhet for vurdering og avklaring («mottaksavdeling»). Jf. Bergen og Stavanger ○ Interkommunalt samarbeid (mindre kommuner). ○ Kjøp av plasser (kommunesamarbeid vs kjøp av private). ○ «Kalde senger» - prosjekt (ledig seng dag 0 = full seng dag 1). Jf. SUS ○ Tydeliggjøre rolle samhandlingsleder ved St. Olavs hospital. ○ Koordinator i sykehus med ansvar for samhandling med kommuner. ○ Økt tilgjengelighet saksbehandler helse og velferdskontor (8-22). ○ Opprette tverrfaglig «hjemreiseteam». Etablere felles tema St.O/TK for å sikre bedre overganger ved utskrivelse. ○ Fastlegesamarbeid styrkes – identifisere forbedringspunkter ved innleggelse og utskrivelse. ○ Nettverksmøte samhandling (pasientkoordinering) internt ved St.O (samhandling og fag vs klinikk/avdeling), intern samordning (KE) ○ Nettverksmøte med Samhandling St.O vs saksbehandlertjenesten i kommunen, ekstern samhandling (KE). ○ Felles forståelse vedrørende hva som er spesialisert versus kommunal rehabilitering. Avklare Rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. ○ Mulighetsrommet for en tettere og mer integrert dialog på tvers av kommuner og sykehus i fellesskap. ○ Økt kostnad (døgn) for UKP over 7 og 10 dager. ○ Spill hverandre gode» (styrke dialogen, samarbeidet og felles forståelse). ○ Kampanje: «pasienten skal hjem». ○ Kartlegge om ØHD fungerer etter intensjonen. ○ Evaluere bemanningsnormen i kommunen. ○ Reforhandle renholdsavtaler. ○ Kartlegge/følge opp brukere m/trygghetsalarm/matombringing/multidose. ○ Økt pårørendefokus – kommunen registrerer pårørende; tydelig kommunikasjonsvei (vedtak fra 01.01.22) ○ Nidarvill helsehus; endre navn til Nidarvoll rehabilitering. ○ Øke antall besøk, utnytte velf.tek., frivillige og andre kreative løsninger. |
| Pasientforløp | <ul style="list-style-type: none"> • Prosedyre | <ul style="list-style-type: none"> ○ Opplæring i og implementering av prosedyren; <i>samarbeid om pasienter med behov for kommunale tjenester ved innleggelse, under oppholdet og ved utskrivning (flyt, meldinger og dialog)</i>. Revidere prosedyren til å gjelde 1) kjente brukere og 2) ukjente brukere. |

| | | |
|-------------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● Stormottakere ● Skrøpelige eldre ● Pasientlogistikk | <ul style="list-style-type: none"> ○ Utarbeide helhetlige pasientforløp for «stormottakere». ○ Utarbeide helhetlige pasientforløp for skrøpelige eldre. ○ Vurdere pasientsentrerte team for begge overnevnte. ○ Tidlig varsling; pasienter/brukere uten/med lite tjenester/endret behov. ○ Sykehuset etablerer tidlig kontakt med kommunen etter innleggelse, for å planlegge for utskrivelse omgående (digitalt/telefon). ○ Kommunen starter planlegging av uttak tidligst mulig etter henvisning/innleggelse. ○ E-mld. (tid); ta i bruk/utnytte/utvikle digitale verktøy for bedre overganger ○ Saksbehandler fra kommune tilstede på St.O for vurdering av pasientens behov (kartleggingssamtale). ○ Før utskrivning; digitalt møte/telefonisk kontakt. |
| Kompetanse | <ul style="list-style-type: none"> ● Hospitering ● Erfarings- og kunnskapsdeling | <ul style="list-style-type: none"> ○ Hospiteringsordninger mellom sykehus og kommune (begge veier). ○ Etablere samarbeidsteam mellom geriatri St. O og kommunen. ○ Kommunen informerer sykehusavdelinger og Øya helsehus om tjenester i kommunen; både generelt, men spesielt vedrørende hjemmetjenesten. ○ St. Olavs hospital informerer kommunen/kommunale enheter om arbeidsform og flyt i sykehuset. ○ Geriatri St. Olavs vs hjemmetjeneste i kommunen; kunnskapsdeling om skrøpelig eldre (toveis). Muligheter i hjemmetjenesten må synliggjøres; hva er hjemmebaserte tjenester (inkl. velferdsteknologi) ○ Felles fagdager/temadager på sentrale områder (prioriterte områder må evt. gjøres i det videre arbeidet). |

Vedlegg C; Erfaringsdeling med andre helsefelleskap og kommuner

Fra andre Helsefelleskap

- Presentasjoner gitt i Arbeidsgruppemøte 3, 26.10.21 utfra følgende «spisset» bestilling:

- Hvilke konkrete tiltak har dere (sykehus og kommune(r) gjennomført for å;
 - redusere antallet utskrivningsklare pasienter og/eller holde dette så lavt som mulig (tiltak; hva er gjort?, hva tenker dere å gjøre?, hvilke tiltak mener dere gir god effekt?)
 - skape bedre flyt mellom sykehus og kommune?
- Hvordan jobbes det med samhandling i det daglige mellom sykehus og kommune?
 - «dialogen i den operative hverdagen»?
- Hvordan har evt. pandemien virket inn på antallet UKP
 - har den hatt vesentlig innvirkning i den en eller andre retningen?

Helse Bergen

- Kommunene (18 kommuner) i nedslagsfeltet har dimensjonert sine tjenester godt.
- Satsing på kompetansebygging i kommunene. HB bidrar med kompetansebygging og Bergen kommune har hatt UV for tilsatte i HB om de ulike tilbudene i kommunen.
- Melder tilbake til HB om hvilke behov de har for informasjon - tidlig dialog og at tilsatte gir informasjon om funksjonskartleggingen og ikke lover noe på vegne av kommunene).
- Faste samarbeidsmøter mellom HB og forvaltning + hjemmetjeneste i Bergen kommune.
- Nettverk + oppfølging av kommunene sine kreftkoordinatorer.
- Opprettelse av kommunal mottaksavdeling (KMA) oktober 2014
 - Redusert antall betalingsdøgn, somatikk; ca. 2700 døgn/ca. 11,3 millioner kr i 2013 til ca. 530 døgn/ca. 1,8 millioner kr i 2019 (psykisk helsevern: 2019 ca. 1600 døgn og ved utgangen av sept. 2021 ca. 1400 døgn).
 - saksbehandler tilstede alle dager – styrer inntak og utskrivning
 - prioriterer tildeling av institusjonsplasser til pasienter på KMA – sirkulasjon
 - liggetid: 1-3 dager, kan forlenges til 1 uke (gjennomsnitt ca. 6 dager
 - tverrfaglig kompetansesammensetning; sykepleier, lege, fysio., saksbehandler
 - ikke vedtak, ikke betaling
 - startet med 27 senger – redusert til 23 senger (oktober -2020) lokaler
 - KMA og ØHD slås sammen fra 2022 med totalt 34 senger; fleksibel bruk

17.3 Kommunal mottaksavdeling

| Tjenestekode | Tjeneste |
|---|--------------------------|
| SMA | Kommunal mottaksavdeling |
| Primær målgruppe/tildelingskriterier: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale pleie – og omsorgstjenester og hvor det ikke finnes annet egnet tilbud.• Utskrivningsklare pasienter med fortsatt behov for opphold i institusjon av inntil en ukes varighet, før hjemreise• Pasienter som meldes utskrivningsklare på helg/høytidsdager og som ikke har hatt hjemmetjenester tidligere eller hvor tjenestebehovet er endret i forhold til tidligere | |
| Tilleggsopplysninger: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Opphold på mottakssykehjem varer som hovedregel fra 1-3 dager men kan forlenges til inntil en uke.• Følgende pasientgrupper er ikke kandidater for opphold på mottaksavdelingen, da en ekstra flytting vil medføre betydelig ulempe for pasienten, eller fordi det er vanskelig å ivareta pasienten på en god måte på mottaksavdelingen:<ul style="list-style-type: none">○ Pasienter med delirtilstander,○ Pasienter med særlig utfordrende adferd• Følgende pasientgrupper skal som hovedregel tildeles opphold på ordinær korttids/rehabiliteringsavdeling. Dersom dette ikke er mulig, må disse pasientene innvilges opphold på mottaksavdelingen for å unngå betalingsdøgn på sykehus.<ul style="list-style-type: none">○ Terminale pasienter○ Pasienter med behov for spesialisert rehabilitering○ Pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser som trenger psykiatrisk behandling | |

- Tidlig dialog – telefonisk kontakt ved behov (ikke bare plo)
- Dialog på individnivå (operativt) og systemnivå
- Samhandling deltar på kapasitetsmøter (oversikt, helhet og prioritet på uttak)
- Ingen spesielle utfordringer vedr. UKP knyttet til pandemien.

Stavanger Universitetssykehus (15 kommuner)

- Korttidssykehjem med EBA (etterbehandlingsavdeling) for UKP
 - kun UKP, uten vedtak, liggetid 3-5 dgr. videre forløp planlegges tverrfaglig
 - UKP-betaling redusert fra 11,5 mill. i 2019 til 2,5 mill. i 2020 og 5,3 mill. i 2021
- Fjernet kalde senger (når seng blir ledig dag 0 flyttes pasient inn senest dag 1)
- God pasientflyt – 4-6 UKP pr. dag
- Gode relasjoner er bygd opp
- UKP er tematikk i Helsefellesskapets struktur
- Møter og oppfølging av enkeltkommuner etter behov
- Kulturbygging – «omdømmekonferanse»
- Utstrakt opplæring i PLO meldinger (jf. intern prosedyre – flytskjema)
- Def.makten ift. omsorgsnivå i kommune
- Samhandling - dialog med sengeposter
- Samhandling deltar i kapasitetsmøter
- Plan for høy aktivitet (kapasitet og buffer)

Akershus Universitetssykehus (21 kommuner og 3 bydeler Oslo)

- Daglig statusrapport somatikk ved UKP 10 + (over 24 timer).
- E-post til kommuner for prioritering av ønsket uttak av UKP.
- Telefon/e-post til kommuner med flere UKP eller enkeltsaker.
- Deltar på kapasitetsmøter internt i sykehuset.
- Etablert nettverk med forvaltning/tildeling/saksbehandlertjenesten i kommunene.
- Ingen spesielle utfordringer knyttet til pandemien (i perioder flere og færre UKP).
- Sender Plo-melding om UKP så tidlig som mulig på dagen.
- Handlingsplan ved akutt overbelegg – tiltakskort:
 - ekstraordinær oppfølging UKP
 - ekstraordinær utskrivning av UKP
- Direkte telefonkontakt ved behov.
- Ledetekster Plo «helseopplysning» og «utskrivningsrapport» (jf. egen prosedyre).
- Omsorgsnivå og tildeling av tjenester er et kommunalt ansvar.
- Fokus på at flest mulig pasienter skal hjem med oppfølging der.
- Tjenester i form av Innsatsteam og «Tillitsmodellen»
- Effektiv bruk av korttidsplasser og avlastningsplasser (varighet på opphold).
- Øremerkede vurderingsplasser?
- Kjøper/leier institusjonsplasser av private aktører.
- Vurderingsbesøk og/eller telefonisk kontakt og dialog.

Fra kommuner i Helsefelleskapet

- Presentasjoner gitt i Arbeidsgruppemøte 2, 07.10.21.

Trondheim kommune: «hvilke planer for tiltak har vi i Trondheim kommune?»

- økt pårørendestøtte
- tidlig innsats
- styrking og dreining av aktivitets- og avlastningstilbud til hjemmeboende
- generell styrking av hjemmebaserte tjenester og hjemmetjenester på natt
- teknologi og velferdsteknologi i hjemmet og ulike boformer
- vurdere dekningsgrad og fordeling mellom ulike plasser
- redusere antall utskrivningsklare pasienter
- økt støtte til enheter mht. kompetanse på utfordrende adferd
- ambulante tjenester til de med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

Iverksatte tiltak sommeren 2021:

- gjenåpning av E.C Dahls HVS, iverksatt sommeren 2021
- gjennomgang og kvalitetssikring av vedtak, iverksatt
- tildelingspraksis, iverksatt
- økte tjenester på natt, iverksatt sommeren 2021

Melhus kommune: «hva er utfordringsbilde for/hos oss?»

- velferdsteknologiske løsninger
- innsatsteam
- rammeavtaler for kjøp av plasser
- re-start av aktivitetstilbud
- dobbeltrom benyttet (kort sikt)
- omsorgsbolig i bofellesskap tatt i bruk (kort sikt)
- avlastningsopphold i ledig leilighet i omsorgssenter tatt i bruk (kort sikt)
- midlertidig korttidsavdeling med 9 plasser planlagt i november
- bofellesskap, gjenåpning av bygdekafeen, utvidelse av aktivitetstilbud (lengre sikt)
- fra omsorgskultur til egenmestringskultur

Malvik kommune: «hva har vi gjort og hva tenker vi å gjøre?»

- godt utbygd hjemmebasert omsorg
- hverdagsmestringsteam
- ukentlige treningsgrupper for hjemmeboende
- godt samarbeid med fastlegene
- økt heltidskultur
- avtale med Lukas hospice
- interkommunalt samarbeid
- dobbeltrom i perioder + vikarbyrå benyttet
- økt kapasitet på heldøgns plasser
- frisklivstilbud og rehabiliteringstilbud