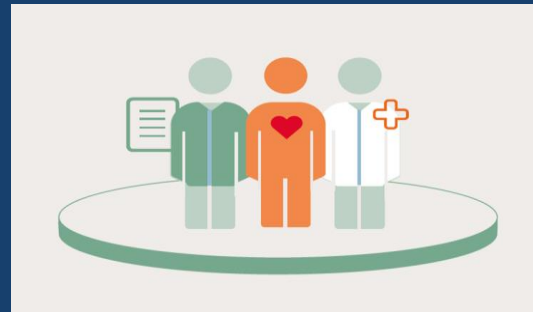


Videre tiltaksarbeid for utskrivningsklare (UKP) og skrøpelige eldre i det bærekraftige helsefelleskap

- Endelig rapport

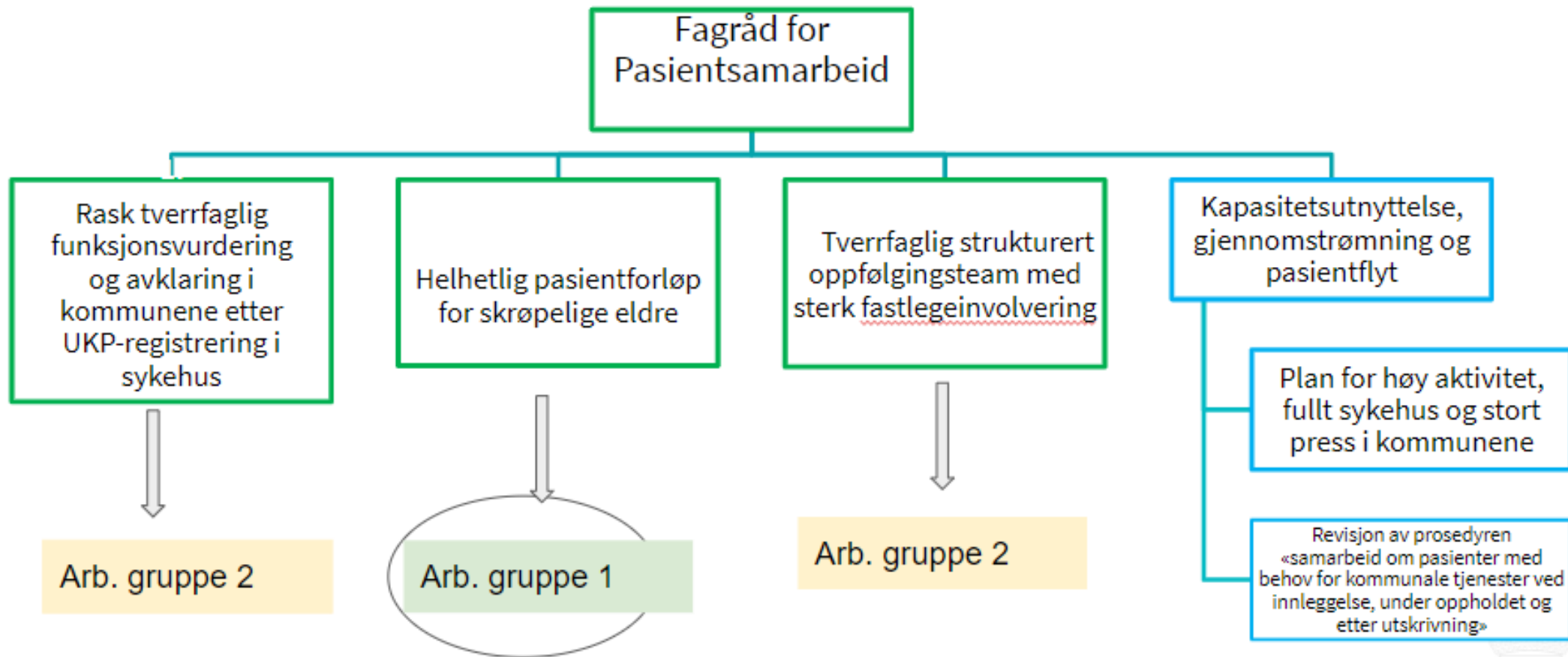
15.06.23



Lars Erik Laugsand, assisterende klinikkjef, Akutten, St. Olavs hospital
Elizabeth Kimbell, sykehjemsoverlege, Trondheim kommune



Tiltak



→ Felles mandat

- 1) Bedre utnyttelse av mulighetene i hjemmebaserte tjenester
- 2) Beslutningsmandat defineres av samarbeidsavtalen
- 3) Utnyttelse av mulighetene som ligger i Helseplattformen
- 4) Felles samhandlingskultur



Arbeidsgruppe 1

Kommunene:

Elizabeth Anna Kimbell (leder, Trondheim kommune), Liv Ågot Haagenen (Skaun kommune på vegne av Trøndelag sørvest), Merike Pallas (Fosen kommune på vegne av Fosenregionen) Marianne Bikset (Stjørdal kommune på vegne av Værnesregionen), Olaug Volden/Kristin J. Fallan (Melhus kommune på vegne av Trondheimsområdet), Tove Røstad, Ingrid Høiseth, Randi Johanne Halsan, Tone Beate Svee og Elise B. Vesterhus (Trondheim kommune).

St. Olavs hospital:

Ingvild Saltvedt, Anne Hildur Henriksen, Marit Øverås, Kristina Sivertsen, Nina Hassel

Brukerrepresentant:

Anne Furseth

Fastlegerepresentant:

Bjørn Lyngen (Midtre Gauldal kommune)

Mandat, avgrensning og sammensetning

- Mandat: “Utarbeide et helhetlig og diagnoseuavhengig pasientforløp for skrøpelige eldre som går på tvers av tjenestenivåer, og sikrer sammenheng i kontakten mellom de kliniske fagmiljøer på sykehus og i kommunene, inkludert bruken av Helseplattform i samhandlingen mellom aktørene”
- Avgrensning:
 - hva gjør vi i dag?
 - hva fungerer og hva mangler?
 - tiltak/justeringer som ikke krever større omlegging
- Sammensetning: St Olavs hospital, alle kommuneregioner, Trondheim kommune

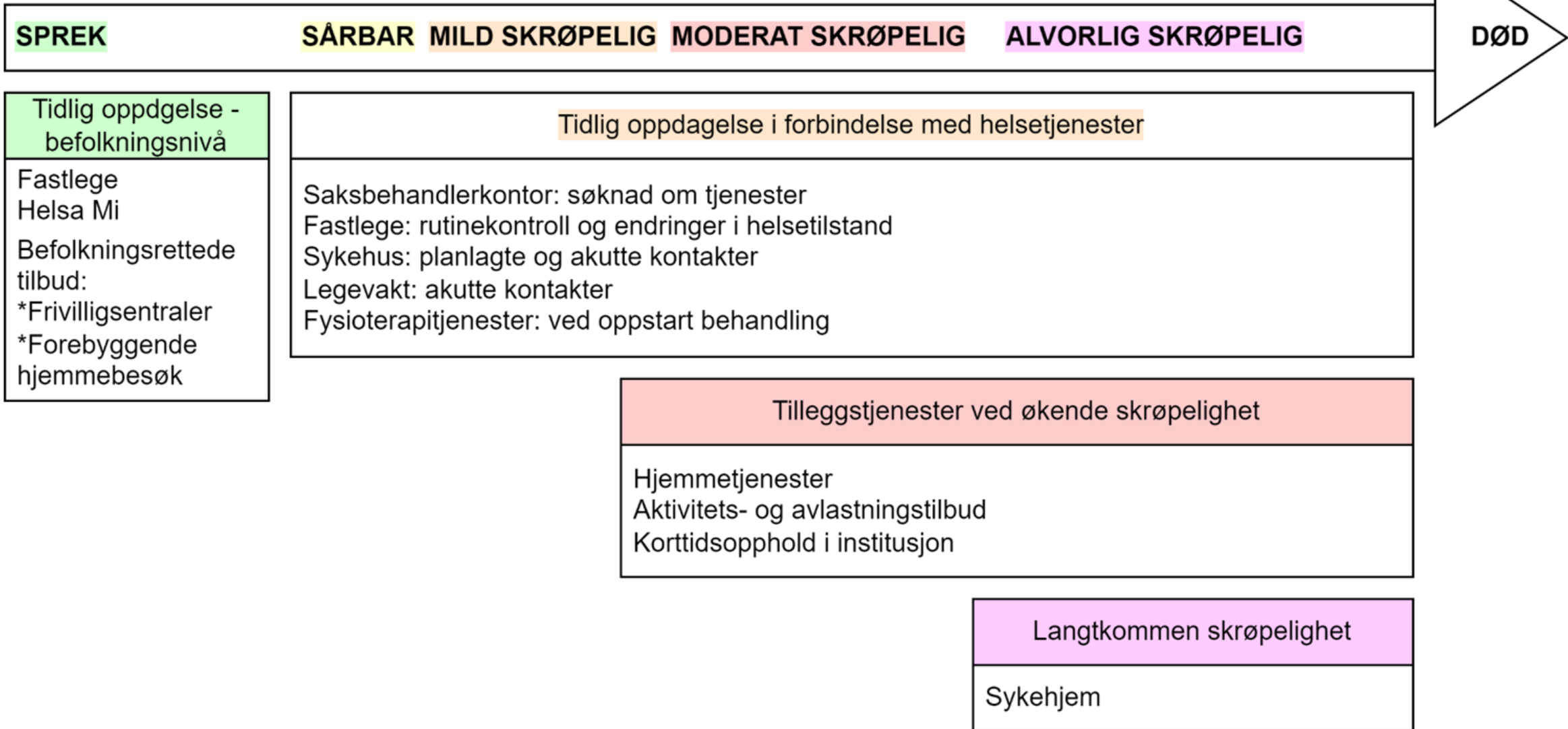
Anbefaling 1 - skåring av skrøpelighet

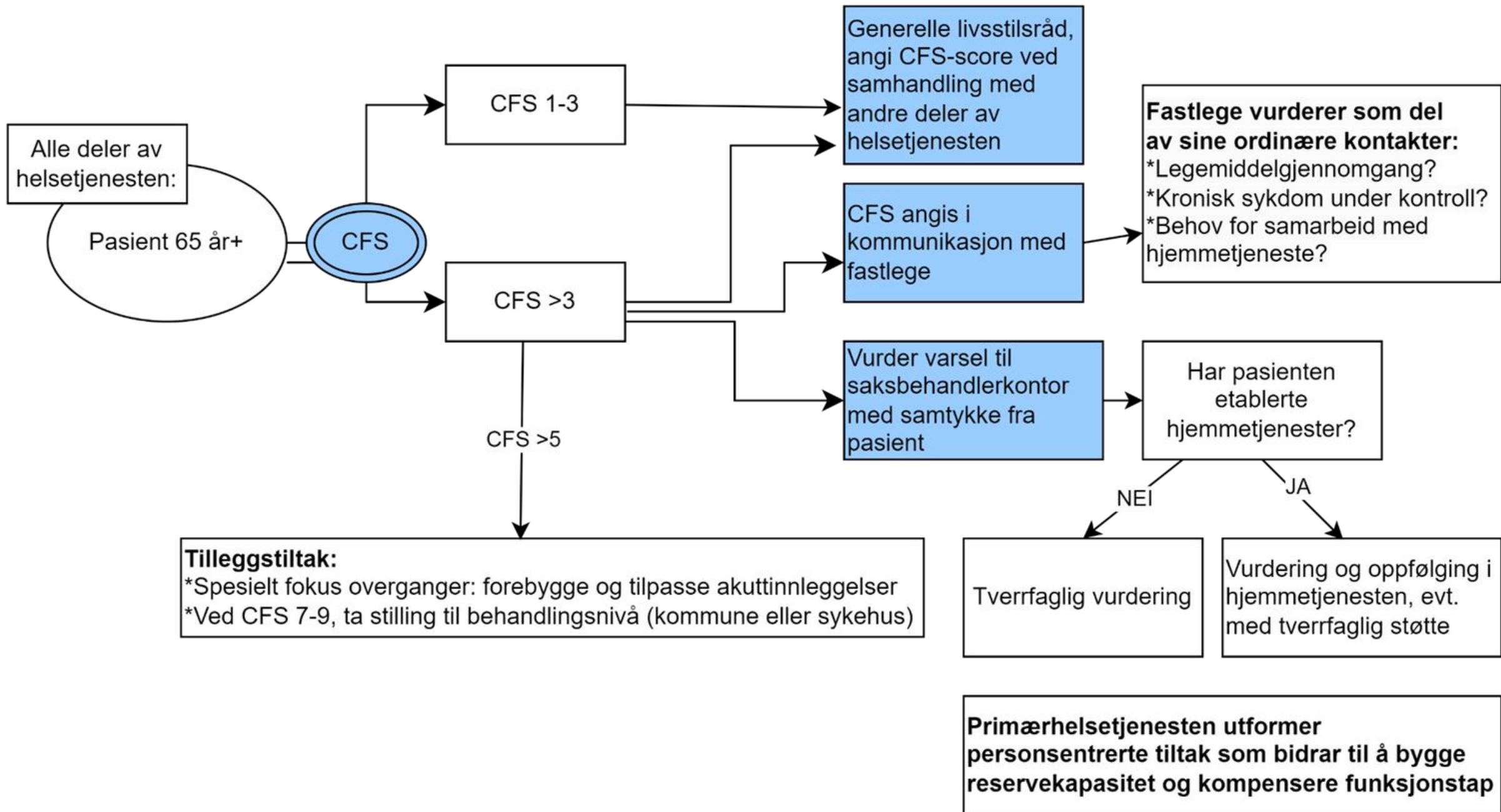
Benytte skåring av skrøpelighet i kontakter med helsevesenet for pasienter >65 år

Hvorfor?

- **øke oppmerksomhet** på betydning av skrøpelighet for planlegging av videre tjenester
- **styrke samhandlingen** mellom aktørene gjennom felles “språk” og situasjonsforståelse
- tidligere oppstart av tiltak som kan **bygge reservekapasitet og forebygge hjelpebehov**
- **unngå over- og underbehandling**

Hvordan?





Anbefaling 2 - Pasientforløpet under sykehusopphold

Konkrete forbedringsforslag for å styrke kommunikasjon, vurdering og planlegging mellom sykehus og kommune under sykehusinnleggelse - utgangspunkt i nåværende samarbeidsrutine

- Innleggelse - vurdere skrøpelighetsnivå
 - prioritering til geriatrisk avdeling
 - varsel til fastlege
 - fokus på normaltilstand som utgangspunkt for skrøpelighet og informasjonskilder for dette
- Under oppholdet - benytte informasjon om skrøpelighet i planlegging av videre tjenestetilbud og vurdering av helsehjelp
 - “rydding” av e-meldingen
 - hjelpespørsmål
 - tidlig vurdering av veien videre og behov for vurderingsmøte, hjelpemidler
- Utskrivning - tilpasse videre tjenestetilbud til skrøpelighetsnivå og forventet utvikling, nye tjenestetilbud
 - all nødvendig informasjon er avklart i det pasienten meldes utskrivningsklar
 - kommunen da har kapasitet til å ta imot pasienten innen ett døgn - tiltak i AG2

Fargekoder

Eksisterende forløp for pasienter med behov for kommunale tjenester som legges inn i sykehus

Forbedringsforslag til samhandling

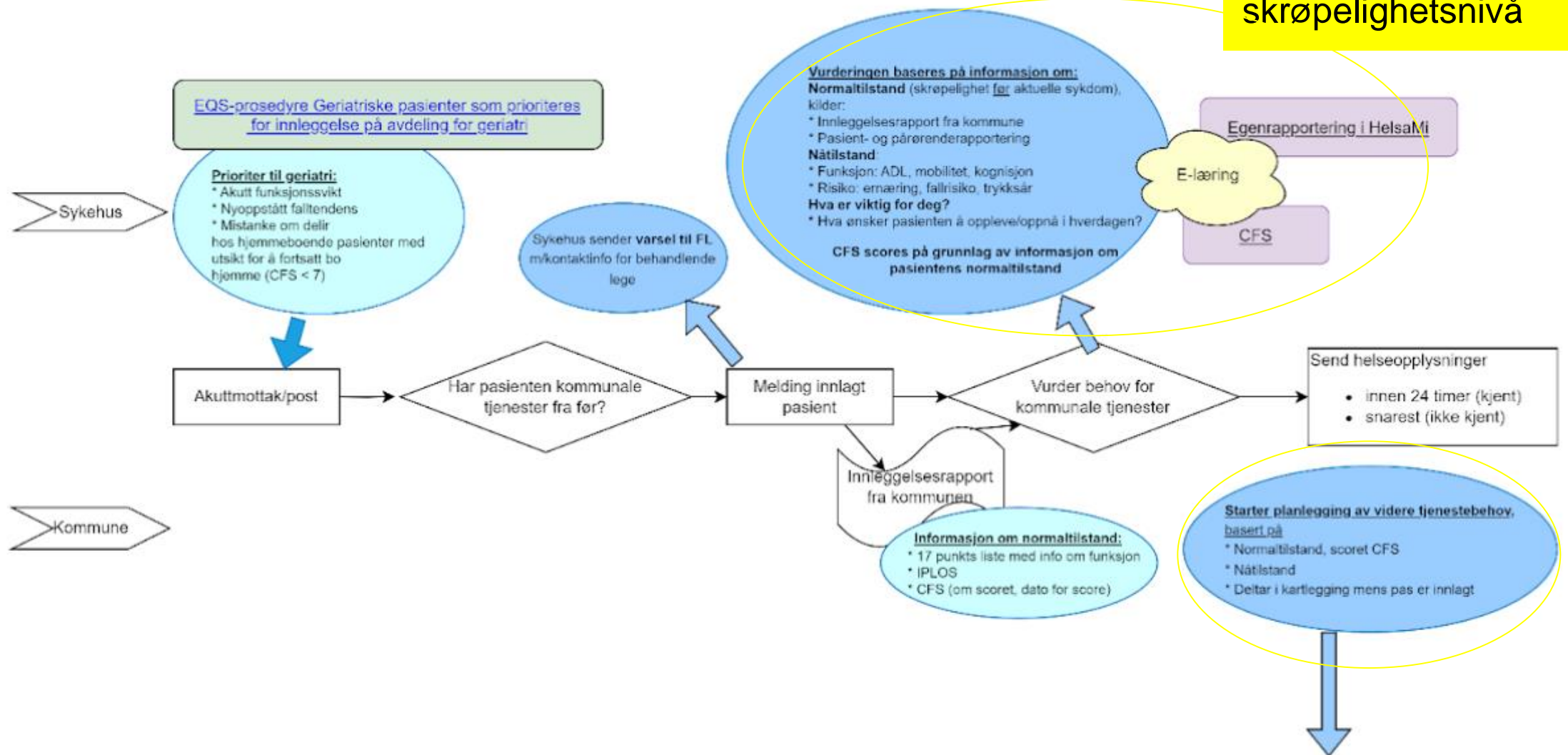
Ulike alternative tjenester

Lenker til rutiner

Lenker til verktøy

Innleggelse: Vurdere skrøpelighetsnivå

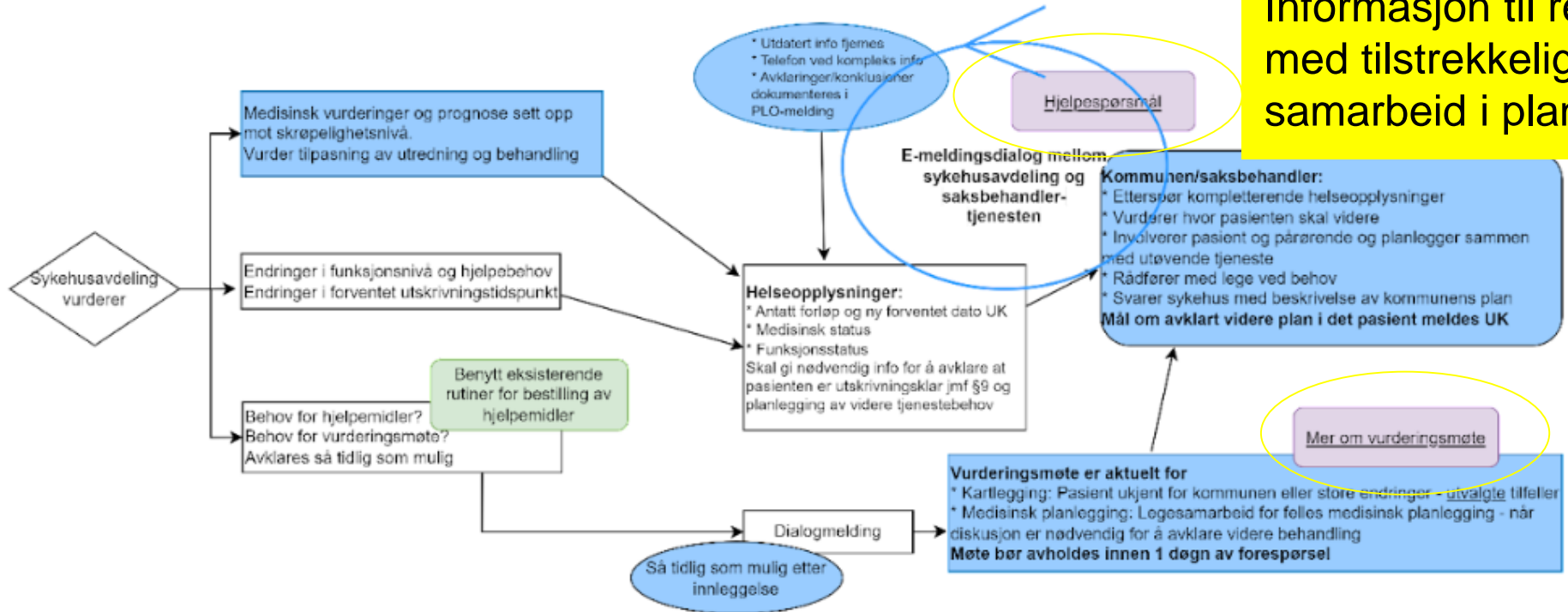
Normaltilstand -> skrøpelighetsnivå



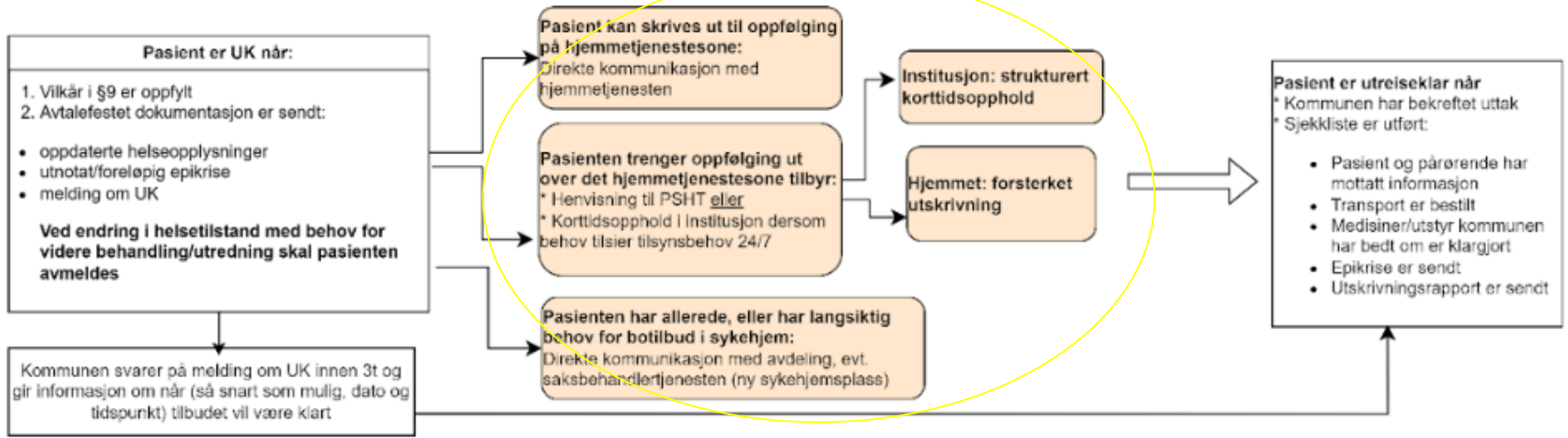
Under oppholdet: Benytte informasjon om skrøpelighet i planlegging av videre tjenestetilbud og vurdering av helsehjelp

Under oppholdet: Benytte informasjon om skrøpeligheit i planlegging av vidare tjenestetilbud og vurdering av helsehjelp

Informasjon til rett tid og med tilstrekkelig detaljnivå, samarbeid i planlegging



Utskrivning: Tilpasse vidare tjenestetilbud til skrøpeligheitsnivå og forventet utvikling



Anbefaling 3 - videre arbeid

- E-læringsprogram for helsepersonell om betydningen, vurdering og skåring av skrøpelighet?
- Skrøpelighetsvurdering som del av beslutningsgrunnlaget i vurderinger av hva som er egnet helsehjelp
- Utvikling av Helseplattformen - støtte sømløse forløp for skrøpelige pasienter

Arbeidsgruppe 2

Disposisjon

- ❑ Mandat
- ❑ Business case
- ❑ Mål og resultatoppnåelse (KPIer)
- ❑ Tiltak1
- ❑ Tiltak2
- ❑ Oppsummering



Mandat- resultatmål

- I. Organisering, implementering og kostnadsoverslag for **strukturet tverrfaglig teammodell** på tvers av 1. og 2. linjetjenesten rettet mot skrøpelige pasienter (PSHT)

- II. Organisering, implementering og kostnadsoverslag for tiltaket **rask tverrfaglig vurdering og avklaring i kommunene etter UKP registrering i sykehus** og en optimal utnyttelse av sengekapasitet, inkludert undersøke mulighet for interkommunalt samarbeid for en slik organisering (TFV)

Arbeidet skal resultere i et konkret beslutningsgrunnlag for kommuner og sykehus



Business case

Hva koster UKP St. Olavs hospital

- Døgnsats UKP 2022 = 5.306,- (5.508,- i 2023)
- En sykehusseng er beregnet til å koste ca. 4x døgnsats
- 4xdøgnsats = 21.200,- og gir følgende kostnad for sykehuset:
 - UKP totalt; 21.200,- x 11.300 døgn = ca. 240 mill.
 - UKP somatikk; 21.200,- x 9.500 døgn = ca. 200 mill.

Hva koster UKP kommunene

- UKP totalt: 11.300 døgn x 5.306,- = ca. 60 mill.
- UKP somatikk: 9.500 døgn x 5.306,- = ca. 50 mill.
Trondheim: totalt 34 mill. (6.400 x 5.306,-), somatikk 28 mill. (5.300 x 5.306,-)

Mål og resultatoppnåelse- 6 KPIer- «blant de beste i landet»

KPI	Nåverdi	Målverdi	Milepæl
Antallet UKP døgn per år	9990	1000	50% innen 2024 og 100% innen 2025
Andel UKP opphold med 0 døgn	70%	90%	80% innen 2024 og 90% innen 2025
Gjennomsnittlig liggetid som UKP	5 døgn	2 døgn	50% reduksjon innen 2024 og 100% innen 2025
Andel UKP som reiser rett hjem	??	30%	Oppnås innen 2025
Andel re-innleggelser < 30 døgn	16%	16%	Holdes uendret
Liggetid KO Øya HH	25 dager	20 dager	Oppnås innen 2025

*På lik linje med Stavanger/ Bergen



KPI UKP døgnet somatikk og folketall 2022

Kommune	Befolkning 2022	UKP døgnet 2022 (somatikk, St. Olavs hospital)	UKP døgnet per 1000 innbygger	KPI døgnet Stavanger	KPI døgnet Bergen
5028 Melhus	17123	1840	107,5	104	61
5033 Tydal	750	43	57,3	5	3
5059 Orkland	18502	949	51,3	112	66
5031 Malvik	14425	706	48,9	87	51
1566 Surnadal	5849	254	43,4	35	21
5057 Ørland	10371	409	39,4	63	37
5001 Trondheim	210496	5449	25,9	1274	751
5021 Oppdal	7066	172	24,3	43	25
5027 Midtre Gauldal	6120	140	22,9	37	22
5058 Åfjord	4252	77	18,1	26	15
5056 Hitra	5156	78	15,1	31	18
5029 Skaun	8360	76	9,1	51	30
5054 Indre Fosen	9899	88	8,9	60	35
5061 Rindal	1980	17	8,6	12	7
5055 Heim	5884	46	7,8	36	21
5014 Frøya	5265	36	6,8	32	19
1103 Stavanger	144699	876	6,1	876	516
4601 Bergen	286930	1024	3,6	1737	1024
5022 Rennebu	2443	7	2,9	15	9
5032 Selbu	4090	6	1,5	25	15
5025 Røros	5572	0	0,0	34	20
5026 Holtålen	1953	0	0,0	12	7

Eksempel: hvis Trondheim kommune legger seg på nivå med Stavanger kommune, vil de ha *1274 UKP døgnet per år*. Hvis de legger seg på nivå med Bergen kommune, vil de ha *751 UKP døgnet per år*.

Datakilde: SSB og [Rapport HMN RHF](#).

Tiltak 1: Rask tverrfaglig funksjonsvurdering med dedikerte UKP plasser

- Uttak av UKP er dimensjonert ut fra at kommunen har tilstrekkelig kapasitet med dedikerte plasser
- Lokal eskaleringsplan dersom kapasitetsoverskridelse
- Sykehus i samarbeid med kommune bør ha felles plan for ekstraordinær kapasitetsoverskridelse

Kommune	Maks antall 2024	Maks antall 2025
Trondheim	10	5
Melhus	4	2
Orkland	4	2
Malvik	3	1
Andre	1	1



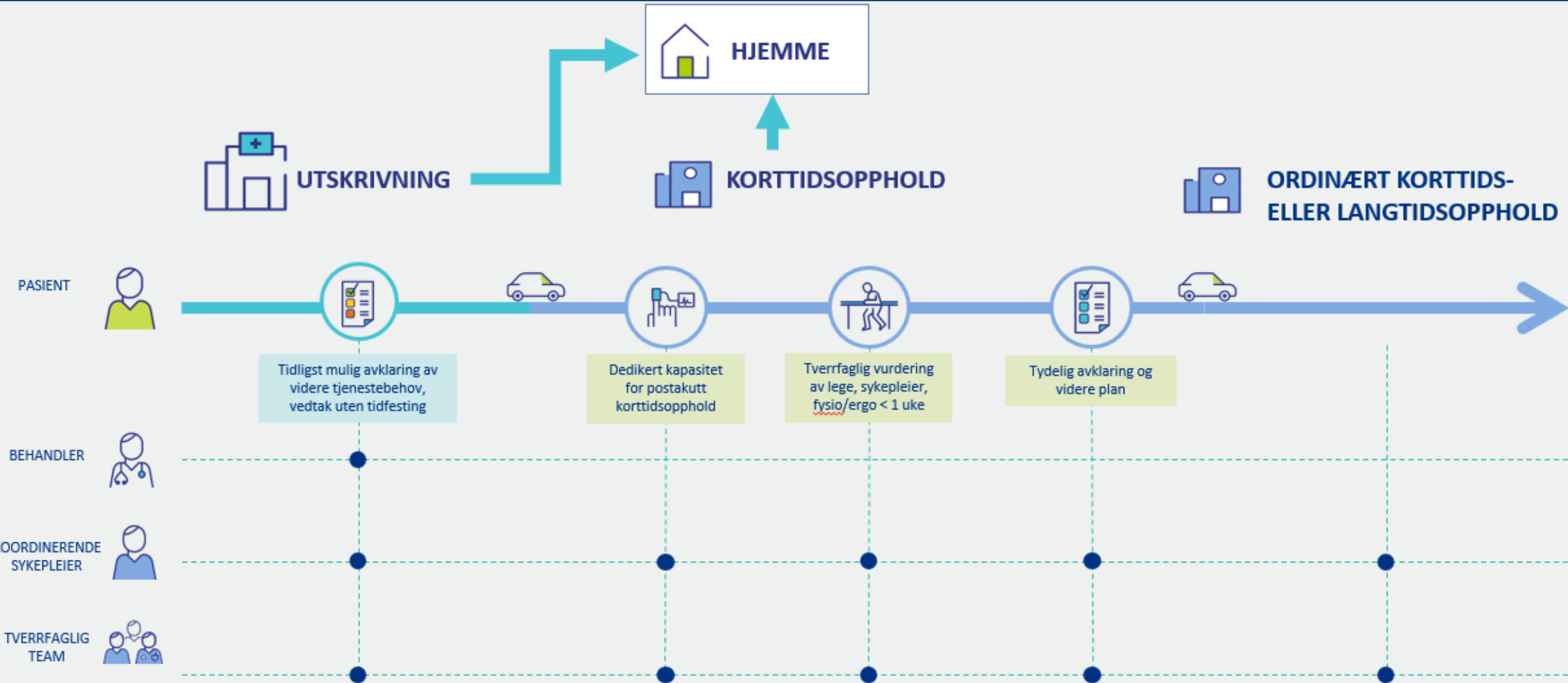
Tiltak 1: Trondheim kommune- postakutt kommunal helsetjeneste på Øya

- Øremerkede plasser for UKP i helsehus
- Ingen kalde senger
- Unngå at vedtaksformulering skaper forventning om varighet
- Strukturerte arbeidsprosesser og tidfestet vurderingsforløp 1. uke
- Forløpskoordinering
- Klare bestillinger inn og ut

- **Økt bufferkapasitet gjennom effektivisering**
 - Trenger kapasitet til å ta ut 30 pasienter per uke - oppnås gjennom effektivisering
 - Mangler i dag buffer til svingninger -> hindrer uttak innen 1 døgn og skaper opphopning
 - Reduksjon i gjennomsnittlig liggetid (25 -> 20 dager) frigjør den nødvendige kapasiteten
 - Tilleggstiltak for perioder med høy belastning



Tiltak 1: Tverrfaglig funksjonsvurdering i team som bygger bro til hjemmet



Forsterket utskrivelse for UKP og pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)

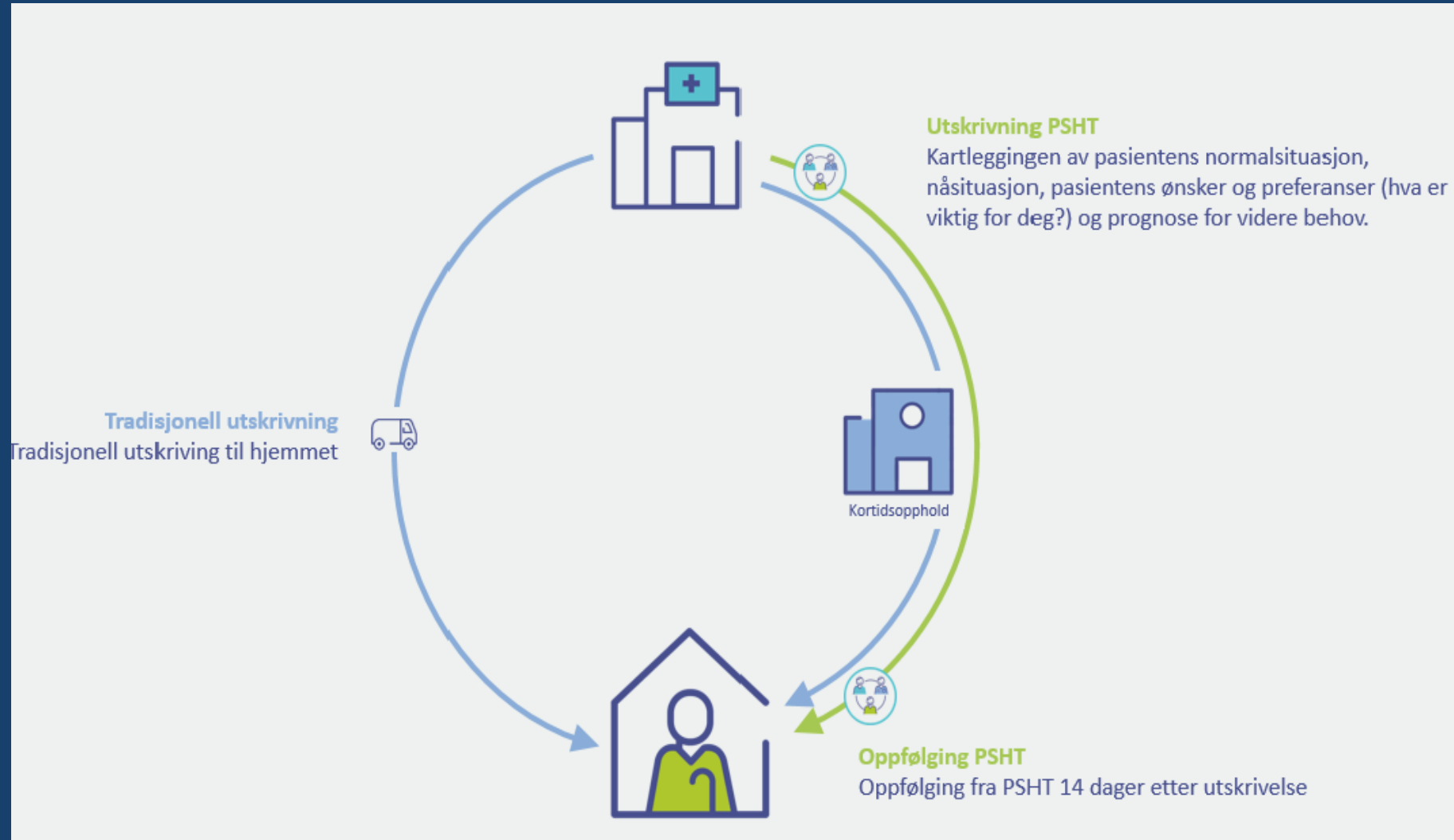
- Forsterket samarbeid og samhandling mellom sykehus og kommuner
- Pasientsentrert helsetjenesteteteam med fokus på «hva er viktig for deg?»
- Kvalitetssikring av overgang sykehus- institusjon/ hjem
- Større mulighet til oppfølging hjemme

Basert på **pasientsentrert teammodell**

- Tverrfaglig funksjonsvurdering/post-akutt oppfølging **i hjemmet fremfor innleggelse** i institusjon
- Sikre tidligere hjemreise for pasienter som er i stand til det- både fra sykehus og HH
- Avlaster institusjonstilbudet - bidrar til å bygge buffer
- Kan **forebygge innleggelser** med proaktiv innsats i samarbeid med fastleger
- Pilot: Trondheim kommune og St. Olavs med lokale koordinatorene i andre kommuner



Forsterket utskrivelse for UKP og pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)



Tjenesteinnovasjonsprosjekt på tvers av SOHO og TK- spleiselag

Stilling	Årsverk	Kostnad inkl. sosiale påslag
Lege	1,0	1 200 000
Sykepleiere	3,0	2 520 000
Fysioterapeut	0,5	420 000
Ergoterapeut	0,5	420 000
Ernæringsfysiolog	0,2	170 000
Farmasøyt	0,2	190 000
Samlet		4 920 000

I tillegg: Behov for bil, kontor- og PC utstyr, kontorleie

Tjenesteinnovasjonsprosjekt- arbeidsmetodikk

- Felles arbeidsplass- fortrinnsvis Øya helsehus
- Kommunal saksbehandler identifiserer- lav terskel og bred inklusjon
- Alle henvisninger vurderes i daglig tverrfaglig møte
- Første vurderingsbesøk på sykehus samme dag som henvisning
- Samarbeid med relevante aktører (FL, pårørende, sykehus, hjemmetjenester)
- Dersom hjemreise mulig: proaktiv og pasientsentrert behandlingsplan
- Oppfølging inntil 14 dager etter utskrivelse- involvering av hjemmetjeneste/ FL
- Kapasitet: 3 nye og 3 oppfølging per dag = 30 per uke

Tiltak UKP

- Helsefelleskapet Søndre Trøndelag benytter 270 MNOK per år i alternativkostnader til UKP som kunne vært benyttet til god behandling og helsefremmende helse og omsorgstiltak
- Konsensus om følgende:
 1. Mål om å være blant de beste i landet i forhold til 6 KPI innen 2 år
 2. Kommunene må ha dedikerte plasser og kapasitet til å raskt motta UKP
 3. Hver kommune bør lage egen eskaleringsplan v/ høyt antall UKP på sykehus
 4. ASU bør nedfelle en plan for tiltak ved ekstraordinær høy belastning på tjenestene
 5. Trondheim kommune: Mål om å effektivisere for å skape buffer som tillater uttak av 30 UKP per uke løpende
 6. Tiltak: kortere KO, pasientforløp, ingen kalde senger, klare planer inn og ut
 7. Forsterket utskrivelse med PSHT fra SOHO og TK samt lokale koordinatorene fra andre kommuner
 8. PSHT skal bidra til raskest mulig pasientsentrert bred tverrfaglig tilnærming
 9. Mål om 30% av pasientene kan rett hjem fra sykehus fremfor KO m/ forsterket utskrivelse
 10. PSHT som tjenesteinnovasjonsprosjekt- spleiselag ca 5- 6 MNOK

-> Disse tiltakene vil bidra til både mer effektiv og bærekraftig håndtering av UKP



Spørsmål og diskusjon

