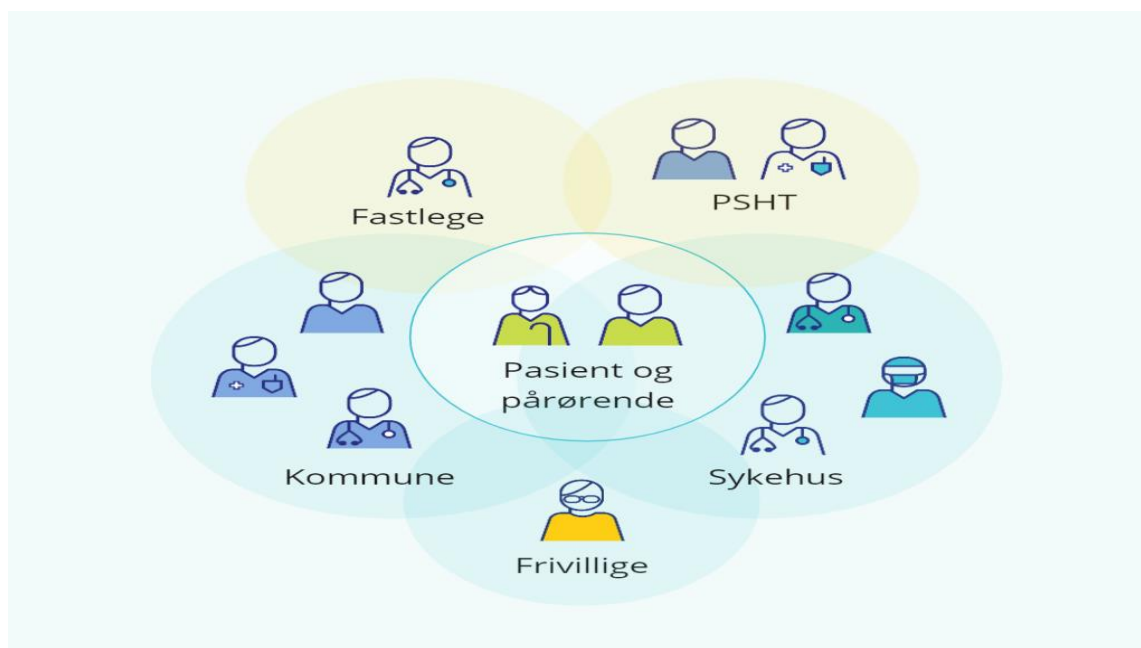




6. september 2023

Rapport

Helhetlig og diagnoseuavhengig pasientforløp for skrøpelige eldre og håndtering av utskrivningsklare pasienter i Helsefelleskapet



Arbeidsgruppe 1 og 2

Trondheim 6. september 2023.



Innhold

1. Bakgrunn	4
1.1. Arbeidsgruppens mandat.....	5
1.2. Arbeidsgruppens sammensetning og arbeid.....	6
1.3. Arbeidsprosess i gruppene	7
2. Arbeidsgruppe 1 – Helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre	8
2.1. Innledning: mandat, avgrensning og potensielle gevinster	8
2.2. Identifisere og benytte kunnskap om skrøpelighet i kontakter med helsetjenesten.....	9
2.2.1 Hva er skrøpelighet?	9
2.2.2 Et felles språk.....	9
2.2.3 Skåring for identifisering av skrøpelighet	10
2.2.4 Potensielle gevinster av skrøpelighetsskåring.....	11
2.3. Vi kjenner pasienten godt, men ikke hverandre: styrket samarbeid om skrøpelige pasienter i forbindelse med sykehusinnleggelse	12
2.3.1 Innleggelse: Vurdere skrøpelighetsnivå	14
2.3.2 Under oppholdet: Benytte informasjon om skrøpelighet i planleggingen av videre tjenestetilbud og vurdering av helsehjelp	15
2.3.3 Utskrivning: Tilpasse videre tjenestetilbud til skrøpelighetsnivå og forventet utvikling, nye tjenestetilbud	16
2.4. Anbefalinger og veien videre	16
3. Arbeidsgruppe 2- Konkrete tiltak for en bærekraftig og effektiv håndtering av det gjenstridige problemet med utskrivningsklare pasienter i helsefellesskapet	18
3.0 Innledning	18
3.1 Mål- og resultatoppnåelse for en effektiv og bærekraftig utvikling i helsefellesskapet	19
3.1.1 Seks KPIer for å følge måloppnåelse og bærekraftig utvikling for utskrivningsklare pasienter.....	19
3.1.2 Kommunale kapasiteter, lokale eskaleringsplaner og overordnet strategisk plan for ekstraordinær overskridelse av kapasitet i helsefellesskapet.....	22
3.1.3 Behov for ytterligere kvalitetsdata	24
3.2 Raskt uttak til tverrfaglig funksjonsvurdering i kommunen etter registrering som UKP ...	25
3.2.1 Et bærekraftig post-akutt tilbud for UKP	25
3.2.2 Samarbeid mellom kommuner	27
3.2.3 Organisering.....	27



3.2.4 Oppsummering og anbefaling.....	30
3.3 Forsterket utskrivelse for UKP med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) på tvers av første og andrelinjetjenesten	31
3.3.1 Formål	31
3.3.2 Organisering.....	33
3.3.3 Implementering	33
3.3.4 Kostnadsoverslag.....	36
3.3.5 Fremtidsmuligheter.....	37
4. Avslutning	38
5. Vedlegg	39



1. Bakgrunn

Høsten 2021 ble utfordringen med utskrivningsklare pasienter (UKP) i helsefelleskapet kartlagt. 24.02.22 ble rapporten «[Utskrivningsklare pasienter i et bærekraftig helsefelleskap](#)» publisert. Den anbefalte flere tiltak:



Figur 1: Tiltak anbefalt i rapporten

Rapporten skisserte også fire overordnede prinsipper for det videre arbeidet med tiltakene:

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

ASU vedtok 09.03.22 å innarbeide tiltakene i Helsefelleskapets handlingsplan for 2022 – 2024. PSU vedtok 07.09.22 å ta saken til orientering og støttet planen for videre arbeid med tiltakene. Fagråd for pasientsamarbeid fikk ansvar for å konkretisere gjennomføringen av tre av tiltakene, og høsten 2022 ble to arbeidsgrupper oppnevnt. **Denne rapporten beskriver deres anbefalinger.** Fagråd for pasientsamarbeid, Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) og Politisk samarbeidsutvalg (PSU) har fått orienteringer underveis i arbeidet, med mulighet for drøfting og innspill.

Arbeidet som er gjennomført og dermed foreliggende rapport er avgrenset til å gjelde somatikk.



1.1. Arbeidsgruppens mandat

Arbeidsgruppens mandat ble utformet av fagråd for pasientsamarbeid.

Arbeidsgruppe 1 skulle 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.

Arbeidsgruppe 2 skulle utarbeide konkret forslag til:

1. Organisering, implementering og kostnadsoverslag for tiltaket rask tverrfaglig vurdering og avklaring i kommunene etter UKP registrering i sykehus og optimal utnyttelse av sengekapasitet, inkludert undersøke mulighetene for interkommunalt samarbeid for en slik organisering.
2. Organisering, implementering og kostnadsoverslag for en strukturert tverrfaglig teammodell på tvers av første- og andrelinjetjeneste rettet mot skrøpelige pasienter

Arbeidet skulle koordineres mellom de to arbeidsgruppene, med andre tiltak som er beskrevet i rapporten «utskrivningsklare pasienter i et bærekraftig helsefelleskap» og med annet pågående utviklingsarbeid i sykehus og kommuner rettet mot gruppen skrøpelige pasienter. Dette skulle resultere i et **konkret beslutningsgrunnlag** for ASU, for vurdering hvorvidt det skal tilsluttes for videre beslutning i henholdsvis kommuner og sykehus.

Mandatet beskrev foreløpige ønskede effektmål og ga arbeidsgruppene i oppgave å utarbeide **konkrete og målbare effektmål** (KPIer) for tiltakene.

Foreløpige effektmål beskrevet i arbeidsgruppens mandat:

- Tidligere oppdagelse og forebygging av akutte hendelser ved skrøpelighet
- Mer effektiv kommunikasjon og felles planlegging rundt enkeltpasienter mellom kommunal 1. linjetjeneste, fastleger og sykehus
- Redusert antall øyeblikkelig hjelp innleggelser for skrøpelige eldre
- Raskere uttak av UKP fra sykehus og reduksjon av UKP døgn
- Mer effektiv utnyttelse av kommunale institusjonsplasser
- En større andel av UKP reiser hjem fra sykehus med hjemmebaserte tjenester
- Større grad av interkommunalt samarbeid i håndtering av UKP



1.2. Arbeidsgruppenes sammensetning og arbeid

I arbeidsgruppe 1 har St. Olavs hospital HF og samtlige kommuneregioner i Helsefelleskapet vært representert. Arbeidsgruppe 2 har bestått av representanter fra St. Olavs hospital HF samt Trondheim, Melhus og Midtre-Gauldal kommuner. Man valgte å avgrense sistnevnte arbeidsgruppe til å gjelde kommunene i Trondheimsområde av praktiske hensyn, da deres oppdrag inkluderte å beskrive pilot for et nytt tjenestetilbud (se avsnitt 3.3). To representanter fra Trondheim kommune har sikret koordinering gjennom deltakelse i begge arbeidsgruppene.

Deltakere i arbeidsgruppe 1:

Kommunene:

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

St. Olavs hospital:

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

Brukerrepresentant:

Anne Furseth.

Fastlegerepresentant:

Bjørn Lyngen (Midtre Gauldal kommune).



Deltakere i arbeidsgruppe 2

Kommunene:

Hedda Brodtkorb, Elizabeth Kimbell, Cecilie Nervik, Sigri Ann Stene og Elise Vesterhus fra Trondheim kommune, Ann Sylvi Storvold, Grethe Skauge, Kristin Jørandsdatter Fallan og Olaug Volden fra Melhus kommune samt Ingeborg Vongraven og Solveig Tofte fra Midtre Gauldal kommune.

St. Olavs hospital:

Lars Erik Laugsand (leder), Vigleik Jessen, Anne Sørlie, Mari Omstad, Marit Øverås og Runar Asp.

Brukerrepresentant:

Ann Mari Romul.

Fastlegerepresentant:

Tor Magne Johnsen (Trondheim).

1.3. Arbeidsprosess i gruppene

Arbeidsgruppe 1 har gjennomført elleve arbeidsmøter og arbeidsgruppe 2 tolv arbeidsmøter.

Begge gruppene har gjennomført kartlegging av tjenestene vi har i dag og hvilke behov, flaskehals og mangler systemene har.

Arbeidsgruppe 2 har hatt erfaringsinnhenting fra:

- **Pasientsentrert helsetjenesteteam** Tromsø (studiebesøk 23-24.11.22 ved et utvalg arbeidsgruppedeltakere) - vedlegg 1
- Bergen kommune vedrørende **kommunal allmennt medisinsk sengepost** (digitalt møte 06.12.22) - vedlegg 2
- Stavanger kommunes **etterbehandlingsavdeling** (studiebesøk 07.12.22 v/ et utvalg arbeidsgruppedeltakere) - vedlegg 3

Arbeidsgruppe 1 har hatt erfaringsinnhenting fra:

- Tønsberg sykehus og Larvik kommune vedrørende pilotprosjekt "[Vestfold Integrated Health Care to prevent Development of Frailty](#)" (digitalt møte 10.01.23)

Erfaringsinnhenting har vært grunnlag for diskusjoner i arbeidsgruppene, og flere læringspunkter har blitt inkludert i utformingen av tiltakene.



Det har også vært enkelte arbeidsmøter i mindre grupper og med ressurspersoner utenfor arbeidsgruppene. Dette gjelder særlig analyse vedrørende simuleringsmodeller og KPI-arbeidet, og kompetanse for visualisering av flyt/forløp. I tillegg har det vært løpende koordinering mellom arbeidsgruppeledere og sekretariat.

Vedlegg 4 beskriver samlet møteoversikt for arbeidsgruppene.

2. Arbeidsgruppe 1 – Helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre

2.1. Innledning: mandat, avgrensning og potensielle gevinster

Dette kapitlet beskriver anbefalinger fra arbeidsgruppe 1. Gruppen har hatt i oppgave å utarbeide et konkret forslag til et helhetlig og diagnoseuavhengig pasientforløp for skrøpelige eldre, på tvers av tjenestenivåer. Pasientforløpet skal sikre sammenheng i kontakten mellom de kliniske fagmiljøene på sykehus og i kommunene, inkludert bruken av Helseplattform i samhandlingen mellom aktørene.

Helhetlige pasientforløp kjennetegnes av:

- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte
- Samarbeid – to eller flere virksomheter har et felles forpliktende ansvar over tid
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak
- Informasjonsdrevet - fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov
([Helsedirektoratet, Anders Grimsmo](#))

Arbeidsgruppen har avgrenset sitt arbeid til å kartlegge hvordan helsetjenestene håndterer skrøpelige eldre per i dag og hvordan vi kan styrke samarbeidet om denne pasientgruppen. Vi har hatt fokus på å finne tiltak/justeringer som kompletterer velfungerende arbeidsmåter vi har i dag og ikke krever større omlegging/medfører større merarbeid, hvilket muliggjør målsetting om implementering fra høsten 2023.

Pasientforløpet vil særlig bidra mot de ønskede effektmålene:

- Tidligere oppdagelse og forebygging av akutte hendelser ved skrøpeligheit.
- Mer effektiv kommunikasjon og felles planlegging rundt enkeltpasienter mellom kommunal 1. linjetjeneste, fastleger og sykehus.

Samtidig vil *anerkjennelse av skrøpeligheit*, som en faktor av betydning for valg av medisinsk behandling, planlegging av videre tjenestetilbud og økt kvalitet i informasjonsutvekslingen, bidra til bedre planlegging. Dette kan bidra positivt mot effektmålene:



- Redusert antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser for skrøpelige eldre.
- Raskere uttak av UKP fra sykehus og reduksjon av UKP døgn.
- Mer effektiv utnyttelse av kommunale institusjonsplasser.
- En større andel av UKP reiser hjem fra sykehus med hjemmebaserte tjenester.

2.1.1. Identifisere og benytte kunnskap om skrøpelighet i kontakter med helsetjenesten

2.2.1 Hva er skrøpelighet?

Forarbeidet til dette prosjektet viste at utskrivningsklare pasienter ofte er skrøpelige ([Rapport "Håndtering av utskrivningsklare pasienter i et bærekraftig Helsefellesskap"](#)). Skrøpelighet skyldes tap av kroppens reservekapasitet, hvilket gjør at man blir mer sårbar for alle typer belastninger. Skrøpelighet er ikke en homogen tilstand, men en prosess som utvikler seg gradvis (fra sprek til sårbar til progredierende skrøpelighet) påvirket av bl.a. aldring og sykdom og livsstil som ernæring og aktivitet samt en rekke andre faktorer. Skrøpelighet manifesteres gjerne som brått funksjonstap i forbindelse med akutt sykdom. Dette medfører økt hjelpebehov og gjerne behov for sykehusinnleggelse.

Skrøpelighetsutviklingen er imidlertid dynamisk og kan til en viss grad forebygges/reverseres. Dette handler dels om å identifisere skrøpelighet på et tidspunkt da det fortsatt er mulig å bygge reservekapasitet og optimalisere faktorer som trigger utviklingen, men også om å håndtere de akutte hendelsene raskt og adekvat. For pasienter med høy grad av skrøpelighet må det gjøres vurderinger av nytte/risiko av utredning og behandling, da langtkommen skrøpelighet predikerer kortere forventet levetid og økt risiko for komplikasjoner etter behandling ([Dejgaard og Rostoft 2021](#)).

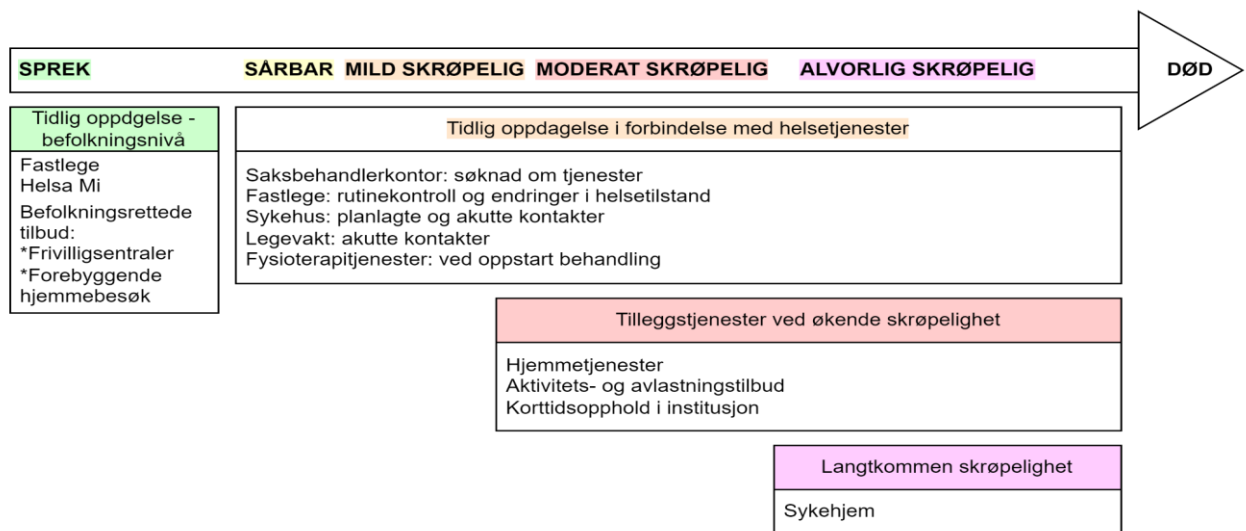
2.2.2 Et felles språk

Det store flertallet av innbyggerne som mottar kommunale tjenester innen eldreomsorgen og en stor del av pasientene som innlegges i sykehus er skrøpelige i noen grad. Likevel er det arbeidsgruppens oppfatning at det per i dag ikke er en felles forståelse i helsetjenesten for hva skrøpelighet er og hva konsekvensen er for tjenester som ytes. Det er behov for et felles språk i helsetjenesten for å synliggjøre skrøpelighet som en faktor som påvirker både behandling og planlegging, og som må brukes aktivt i vurderinger.

For å oppnå dette trenger vi systemer som identifiserer og måler skrøpelighet. Dette kan gjøres gjennom en generell skåring for skrøpelighet ved alle kontakter med helsevesenet hos eldre pasienter, som anbefalt i [Advantage Joint-Action on frailty](#) (AJA), der også Norge deltar. Når skrøpelighet oppdages anbefales intervensjon i form av bl.a. fysisk aktivitet, ernæringsoppfølging og legemiddelgjennomgang. WHO har utviklet en praktisk [håndbok](#) for hvordan slik kartlegging og oppfølging kan implementeres personsentrert innen primærhelsetjenesten.



Skal vi møte utfordringene vi står overfor med en aldrende befolkning, må vi vinkle tjenestene mer mot slik proaktiv og pasientsentrert tilnærming, og i mindre grad reaktive tjenester som vi gjør i dag. Dette er imidlertid et stort endringsarbeid som ligger utenfor denne arbeidsgruppens mandat og påvirkningsområde. Vi mener likevel at en generell anbefaling om å bruke et skåringsverktøy for oppdagelse og kvantifisering av skrøpeligheit kan være en god start på å skape "et felles språk" i helsetjenesten. Figur 2 beskriver ulike aktører i helsevesenet som kan utføre slik skåring.

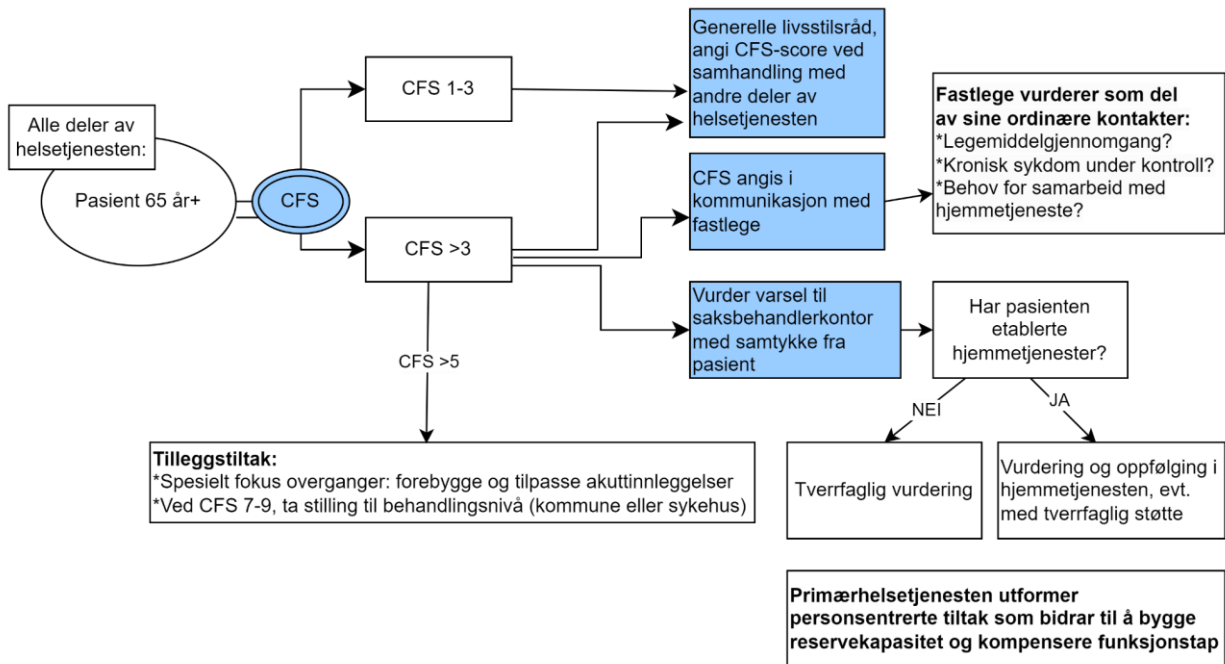


Figur 2: Muligheter for skåring av skrøpeligheit i helsetjenesten

2.2.3 Skåring for identifisering av skrøpeligheit

Clinical Frailty Scale (CFS) er et skåringsverktøy (vedlegg 5) for pasienter over 65 år. Dette er et klinisk kartleggingsverktøy som allerede er i bruk i geriatrike helsetjenester og som kan breddes med enkel opplæring. Det kan i mange situasjoner fylles ut på bakgrunn av informasjonen helsevesenet allerede har tilgang til.

CFS skal aldri benyttes for pasienter under 65 år og skal fylles ut med bakgrunn i pasientens **normaltilstand**, **ikke** situasjonen ved akutt sykdom. Dersom skrøpeligheit oppdages må skåringen følges opp med bred kartlegging (figur 3). Legeforeningen har utviklet en [veileder for skåring med CFS](#). Figur 3 beskriver hvordan skåringsresultatet kan følges opp videre.



Figur 3: Oppfølging av resultat av skåring av skrøpelighet i helsetjenesten

Arbeidsgruppen anbefaler at Clinical Frailty Scale (CFS) benyttes som skåringsverktøy i helsetjenestekontakter for pasienter over 70 år og eldre. Det bør utvikles muligheter for å dokumentere CFS strukturert i pasientjournal og at effekt av en slik skåring over tid bør kunne evalueres.

2.2.4 Potensielle gevinster av skrøpelighetsskåring

Dersom CFS med skår og dato for utførelse følger pasienten ved alle kontakter mellom ulike aktører i helsetjenesten, kan det bidra til å:

- **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** ([Deigaard og Rostoft 2021](#)).



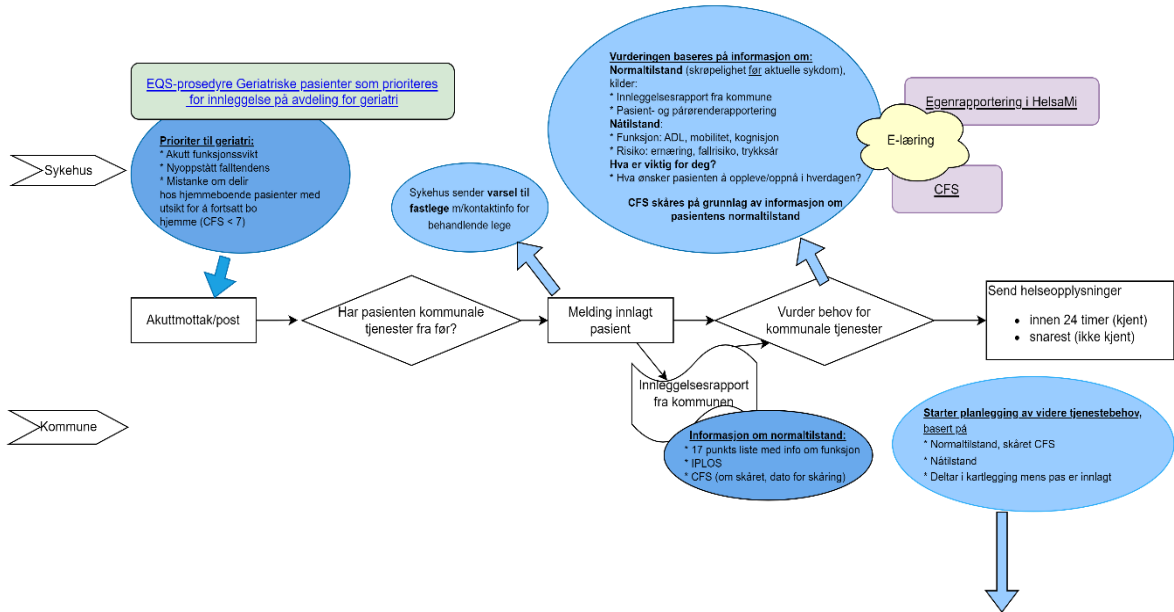
2.3 Vi kjenner pasienten godt, men ikke hverandre: styrket samarbeid om skrøpelige pasienter i forbindelse med sykehusinnleggelse

Arbeidsgruppens kartlegging viser at vi har mange velfungerende tilbud for skrøpelige pasienter med sammensatte behov. I kommunene har man kommet langt i å utvikle tverrfaglige arbeidsmåter i ulike deler av tjenesten, og i sykehus gjøres allerede mye kartleggingsarbeid for å beskrive funksjon og avdekke risiko hos pasientene. Tjenestene kan likevel fremstå uoversiktlige og usammenhengende partene imellom, og vi ser at viktig informasjon ikke utnyttes optimalt.

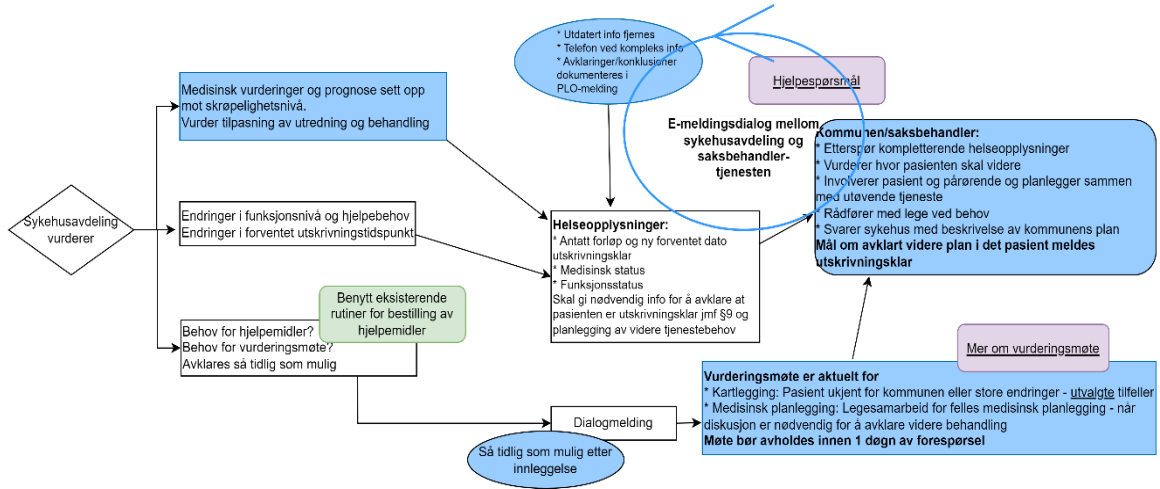
Med kortere liggetid i sykehus erfarer kommunene at kompleksiteten i den medisinske behandlingen i primærhelsetjenesten øker. Diskusjoner i arbeidsgruppen har avdekket at spørsmålet om ansvars- og oppgavefordeling mellom sykehus og kommune, inkludert “når er pasienten utskrivningsklar”? er viktig dersom vi skal få til god samhandling om komplekse skrøpelige pasienter. Mens sykehuslege avgjør når pasienten er ferdigbehandlet i sykehus, er det kommunen som, på bakgrunn av egen kjennskap til pasienten og informasjon fra sykehuset, skal avgjøre hva som er egnet tjenestetilbud etter utskrivelse, jfr. §9 i [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#) og som er grunnlaget for [Samarbeidsavtalen](#) i Helsefellesskapet. Samtidig kjenner vi ikke hverandres tjenestetilbud godt, og det kan være stor forskjell i hvordan tjenestene er organisert i ulike kommuner. Partene kan ikke utlove tjenester på vegne av hverandre.

Ansvars- og oppgavefordeling handler til dels om ressurs- og kompetansetilgang i de ulike nivåene av helsetjenesten, men også om felles proaktiv planlegging med utgangspunkt i den enkelte pasients forutsetninger og ønsker. Det førstnevnte vil bli stadig mer aktualisert i forbindelse med omstillingen helsetjenesten nå står overfor ([Helsepersonellkomisjonens rapport](#)), men ligger utenfor denne arbeidsgruppens mandat. Det sistnevnte kan imidlertid styrkes gjennom tettere dialog og planlegging under innleggelsen, og skape felles forståelse for muligheter og målsetning for behandling av den enkelte skrøpelige pasient. Pårørende har ofte en nøkkelrolle i dette, både som informant og omsorgsgiver, og deres medvirkning må styrkes.

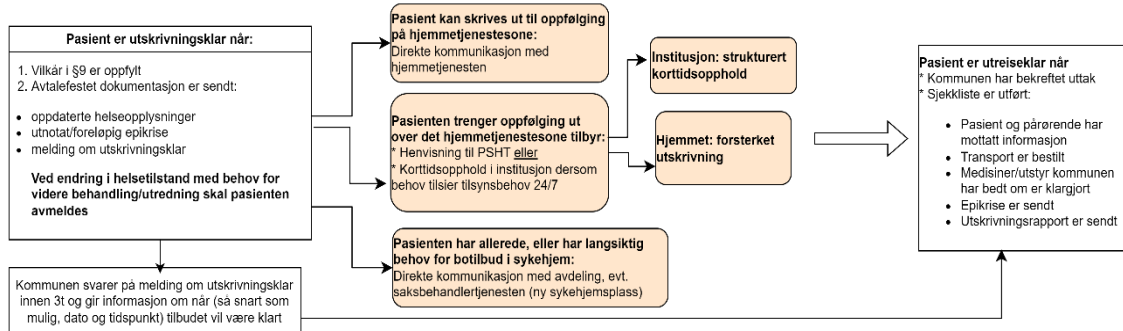
Figur 4, som beskrives nærmere i kapitlene 2.3.1 - 2.3.3, visualiserer forløpet for pasienter, med behov for kommunale tjenester, som innlegges i sykehus. Det tar utgangspunkt i dagens gjeldende forløp for [samhandling om innlagte pasienter med behov for kommunale tjenester](#) og viser forbedringsforslag som mørkeblå figurer (elipser/rektangler). Dette er endringer arbeidsgruppen mener det er mulig å gjennomføre i dagens praksis uten større omlegging av arbeidsrutiner og som vil bidra til mer pasientsentrert planlegging og bedre kontinuitet gjennom styrket kommunikasjon og samarbeid.



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



Utskriving: Tilpasse videre tjenestetilbud til skrapelighetsnivå og forventet utvikling



Figur 4: Helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre ved sykehusinnleggelse



Rutiner og verktøy i forløpet:

EQS-prosedyre Geriatriske pasienter som prioriteres for innleggelse på avdeling for geriatri (vedlegg 6)

Pictorial Fit frail scale (vedlegg 7)

CFS (vedlegg 5)

Rutine for bestilling av hjelpemidler (vedlegg 8) - eksempel fra Trondheim kommune

Hjelpespørsmål (vedlegg 9)

Mer om vurderingsmøte (vedlegg 10)

2.3.1 Innleggelse: Vurdere skrøpelighetsnivå

2.3.1.1 Prioritering til Avdeling for geriatri - [Eksisterende prosedyre](#) (for interne ved St. Olavs)
For eksterne; se vedlegg 6 (selvstendig vedlegg i Pdf)

St. Olav har en prosedyre som beskriver hvilke pasienter som bør prioriteres for innleggelse i Avdeling for geriatri, basert på at de antatt vil ha størst nytte av bred geriatrisk vurdering for funksjonsnivå. Dette er hjemmeboende pasienter som ikke er alvorlig skrøpelige og som har utsikt for å fortsatt bo hjemme.

Når pasienter ikke prioriteres for innleggelse i Avdeling for geriatri på grunn av alvorlig skrøpelighet, må begrunnelsen dokumenteres og dette tas hensyn til i videre forløp.

2.3.1.2 Tidlig varsel til fastlege ved innleggelse

Fastlegen har viktig kunnskap om pasienten som sykehuset vil ha nytte av i sine vurderinger, og kommunen i planleggingen av videre oppfølging og behandling. Fastlegen har ofte ikke kunnskap om at pasienten er innlagt på sykehus. Avdeling for geriatri ved St. Olavs hospital sender varsel til fastlege ved alle innleggelser, med kontaktinfo til behandlende lege. Det legger til rette for at fastlegen enkelt kan ta kontakt for diskusjon og informasjon, dersom det er relevant.

Arbeidsgruppen anbefaler at praksisen med å varsle fastlege om innleggelse utvides til alle sykehusavdelinger for pasienter 70 år og eldre.



2.3.1.3 Bedre kartlegging av normaltillstand som grunnlag for skrøpeligheitsvurdering

Helsetjenestene samlet har mye og god informasjon om pasientene. Denne utnyttes ikke maksimalt i vurdering og planlegging når en pasient blir eller er innlagt. Pasientens normale funksjonstilstand definerer graden av skrøpeligheit, men det er gjerne nåtilstanden, som ofte er preget av akutt funksjonsforverring i forbindelse med akutt sykdom, som tar fokus. Det kan være krevende å skille på mer og mindre skrøpelige pasienter i en situasjon med akutt sykdom og funksjonssvikt. Den mindre skrøpelige pasienten vil kunne ha nytte av mer aktiv medisinsk behandling og rehabiliterende tiltak enn den som er langtkommet skrøpelig. Derfor blir skrøpeligheitskartlegging viktig for å vurdere prognosen for både behandling og videre hjelpebehov.

Når pasienten har kommunale tjenester fra før skal informasjon om normaltillstand gis av kommunen. Denne informasjonen styrkes ytterligere dersom CFS-skår følger med.

Når nyoppstått behov for kommunale tjenester identifiseres under sykehusinnleggelse, må sykehus og kommune samarbeide om kartleggingen og involvere pasient og pårørende. Forarbeidene til dette prosjektet ([Utskrivningsklare pasienter i et bærekraftig helsefelleskap](#)) viste at dette for Trondheim kommune kan gjelde halvparten av pasientene som i dag blir liggende utskrivningsklare.

Arbeidsgruppen anbefaler at det i pasientforløpet gjøres tydeligere hvilke informasjonskilder sykehuset har om pasientens normaltillstand. Kommunene må beskrive pasientens normale funksjonsnivå før akutt sykdom inntraff, i innleggelsesrapporten. Det bør legges større vekt på pasient- og pårørendeinvolvering og -rapportering rundt ønsker, funksjon og behov, særlig når pasienten ikke er godt kjent for kommunale tjenester fra før. For å lette arbeidet kan informasjonsinnhenting støttes av strukturert egenrapportering i HelsaMi. Dette må i så fall utvikles. Det finnes kartleggingsverktøy på engelsk som kan danne utgangspunkt (f.eks. [Fit-frail-scale](#)).

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

Kommunikasjonsprosessen rundt inneliggende pasienter og planleggingen av tjenester etter uttak er svært arbeidskrevende for både sykehus og kommune. Kommunikasjonen skjer først og fremst via elektroniske meldinger, og det kan gjerne gå 6-7 meldinger fram og tilbake før informasjonen er avklart.

Arbeidsgruppen mener det vil være mulig å oppnå bedre kvalitet og effektivitet i kommunikasjonen med følgende grep:

- Utdatert informasjon fra tidligere e-meldinger fjernes i påfølgende meldinger
- Lavere terskel for telefonkontakt ved mer kompleks informasjon (samtalens innhold dokumenteres så kort i e-melding)



- Bruk av *hjelpespørsmål* (se vedlegg) utarbeidet med utgangspunkt i §9 i [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#). Hjelpespørsmålene benyttes som støtte til e-meldingsdialogen under sykehusinnleggelse og bidrar til at man på et så tidlig tidspunkt som mulig deler informasjon som er nødvendig for videre planlegging og at denne informasjonen holder nødvendig detaljering/kvalitet. Dette gjelder særlig spesielle hensyn i forbindelse med alvorlig skrøpeligheit.
- Kommunens saksbehandler bør så tidlig som mulig etter innleggelse starte vurderingen av hva som vil være sannsynlig tjenestenivå og -behov etter innleggelse basert på pasientens skrøpeligheitsnivå, kontakt med hjemmetjenester og involvering av pasient og pårørende. Dette vil legge til rette for raskt uttak. Det vil også motvirke at det skapes urealistiske forventninger og sikre kommunens mandat som beslutningstaker ift. videre tjenester.
- Ved behov for vurderingsmøter bør dette initieres så tidlig som mulig. Dette kan være med formål å kartlegge pasientens tjenestebehov eller for avklaring av videre medisinsk behandling. Vurderingsmøter vil være aktuelt kun i utvalgte tilfeller når e-meldingsdialog (evt. komplettert av telefonkontakt) ikke gir tilstrekkelig informasjon. De bør kunne gjennomføres innen 1 døgn fra forespørsel. Se vedlegg 10 for rutine.
- Praktiske spørsmål som hjelpemidler bør ikke stå i veien for hjemreise. Det finnes [samhandlingsrutiner](#) i dag som må gjøres bedre kjent.

Arbeidsgruppen anbefaler at e-meldingsdialogen under sykehusinnleggelse styrkes med hjelp av støtterutiner og at utreiseplanleggingen, hvor saksbehandler ved tildelings-/forvaltningskontor i kommune er svært sentral, starter så tidlig som mulig og involverer alle relevante aktører. Pårørendes rolle i prosessen må særlig ivaretas og deres medvirkning styrkes.

2.3.3 Utskrivning: Tilpasse videre tjenestetilbud til skrøpeligheitsnivå og forventet utvikling, nye tjenestetilbud

Ved utskrivning danner informasjonsutvekslingen under innleggelse utgangspunkt for planlegging av pasientens vei videre. Målet er at all nødvendig informasjon er avklart i det pasienten meldes utskrivningsklar og at kommunen da har kapasitet til å ta imot pasienten innen ett døgn. I arbeidsgruppe 2 har man jobbet med forslag til hvordan denne kapasiteten kan sikres gjennom nye og endrede post-akutte tjenestetilbud. Disse beskrives i kapittel 3.

2.4 Anbefalinger og veien videre

Utskrivningsklare pasienter og pasienter som mottar kommunale tjenester er i all hovedsak skrøpelige, og graden av skrøpeligheit er en viktig predikerende faktor i planleggingen av både helsehjelp og omsorgstjenester. Arbeidsgruppen mener at bevissthet på og kompetanse om betydningen av skrøpeligheit bør styrkes generelt i helsetjenesten. Dette er nødvendig i samhandlingen ved sykehusinnleggelse for å styrke kvalitet i pasientforløp og ressursbruk, men også for å kunne oppdage begynnende skrøpeligheit på et tidspunkt det er mulig å stabilisere/reversere.



Arbeidsgruppen anbefaler at CFS innføres som skåring og mål for skrøpelighet, og at informasjon om CFS-skår følger som del av pasientinformasjon i kontakt mellom ulike deler av helsetjenesten. Det bør utvikles muligheter for å dokumentere CFS strukturert i pasientjournal og at effekt av en slik skåring over tid bør kunne evalueres.

I forbindelse med sykehusinnleggelse har arbeidsgruppen utarbeidet konkrete forbedringsforslag som kan støtte helsepersonell til å oppnå bedre kontinuitet og større sømløshet for skrøpelige pasienter. Men her er det også behov for å styrke kunnskap om hvordan informasjon om funksjon kan brukes i skrøpeligheitsvurdering. Arbeidsgruppen ser behov for et e-læringsprogram for helsepersonell om betydningen, vurdering og skåring av skrøpelighet. Dette er ikke tilgjengelig per i dag. Vi har imidlertid kjennskap til at også andre Helsefelleskap jobber med lignende utviklingsarbeid, og et nasjonalt læringsprogram vil sannsynligvis være av interesse for flere. Arbeidsgruppen foreslår at en henvendelse sendes til Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse med oppfordring til å utvikle e-læringsprogram.

Arbeidsgruppen har også diskutert hvordan skrøpeligheitsvurdering kan benyttes som del av beslutningsgrunnlaget i vurderinger av hva som er egnet utredning og behandling ved ulik grad av skrøpelighet. Dette er viktig, både for å unngå skadelig helsehjelp til de mest skrøpelige, og å sikre nødvendig helsehjelp til mindre skrøpelige pasientgrupper. Her mangler vi i dag tydelige retningslinjer. Men dette vil bli avgjørende for å kunne gjøre gode prioriteringer framover - for den enkelte pasienten og for samfunnet.

Arbeidsgruppen anbefaler at Helsefelleskapet jobber videre med dette, samt spørsmålet om ansvars- og oppgavefordeling framover sett opp mot ressursnivå i de ulike nivåene av helsetjenesten.

Det har også vært del av arbeidsgruppens mandat å beskrive mulighetene som ligger i Helseplattformen. I tidsperioden arbeidsgruppen har vært virksom har det imidlertid vært store utfordringer tilknyttet Helseplattformen. Det er også usikkert tidsperspektiv for når alle kommunene i Helsefelleskapet vil ta løsningen i bruk. Derfor har det vært vanskelig å beskrive dette som del av pasientforløpet. Vi registrerer imidlertid at vi allerede drar nytte av tilgang til hverandres dokumentasjon, samtidig som viktige kartleggingsinformasjon også kan være skjult mellom nivåene. Helsefelleskapet bør ha fortsatt fokus på hvordan Helseplattformen kan legge til rette for bedre samhandling om skrøpelige pasienter.

Arbeidsgruppens anbefalinger for videre arbeid:

- Det bør utvikles et e-læringsprogram for helsepersonell om betydningen, vurdering og skåring av skrøpelighet.
- Helsefelleskapet bør jobbe videre med hvordan skrøpeligheitsvurdering kan benyttes som del av beslutningsgrunnlaget i vurderinger av hva som er egnet utredning og behandling ved ulik grad av skrøpelighet.
- Helsefelleskapet bør jobbe videre med, og gi innspill til utviklingen av Helseplattformen slik at det blir et verktøy som støtter sømløse forløp for skrøpelige pasienter.



3. Arbeidsgruppe 2- Konkrete tiltak for en bærekraftig og effektiv håndtering av det gjenstridige problemet med utskrivningsklare pasienter i helsefellesskapet

3.0 Innledning

Utskrivningsklare pasienter (UKP) representerer et gjenstridig problem i Helsefellesskapet Søndre Trøndelag. Gjenstridige problemer karakteriseres ved at både definisjonen og løsningene på problemet er uklare. På den ene siden lar problemet seg vanskelig avgrense og har flertydige årsaker. På den andre siden finnes ingen objektive kriterier for hva som er beste løsning og når problemet er løst. Hver problemløsning vil være unik, og løsningene vil ofte være gode eller dårlige fremfor riktige eller gale.

UKP representerer en kollektiv utfordring for både sykehuset og kommunene i helsefellesskapet. Utfallet av beslutninger som omhandler UKP vil ikke bare være avhengig av hva den ene aktøren gjør, men også av hvilke valg de andre aktørene foretar seg. Derfor har det vært grunnleggende i dette utviklingsarbeidet å utarbeide tiltakene i fellesskap og bidra til å bygge systemer som skaper tillit mellom aktørene og en ansvarlig forvaltning av samfunnets interesser. Dette er også hovedformålet med etableringen av helsefellesskap.

I 2022 hadde sykehuset belagt i gjennomsnitt 30 senger daglig i somatikken til UKP. Dette gav et reelt inntektstap for sykehuset tilsvarende ca. 200 MNOK pga. ineffektiv drift og fullt sykehus, samt tap av pasientbehandling. En utskrivningsklar pasient er beregnet til å koste ca. fire ganger døgnseten (5.306 NOK i 2022) kommunene betaler til sykehuset for at pasienten blir værende på sykehuset fremfor å komme på et kommunalt opphold. Dette er ressurser som kunne vært benyttet til å håndtere øyeblikkelig hjelp pasienter og elektive pasienter som henvises fra alle kommuner i nedslagsfeltet, på en mer effektiv og bedre faglig måte enn tilfellet er i dag. Dette vil i sin tur kunne bidra til mindre problemer med fullt sykehus og fullt akuttmottak og bidra til at ventelistene til elektiv behandling blir kortere. Kommunene benytter også ressurser på en uhensiktsmessig måte idet kommunene betaler døgnseten for UKP innenfor somatikken tilsvarende 50 MNOK til sykehuset per år. Samfunnet benytter på den måten til sammen 250 MNOK på UKP, som alternativt kan benyttes til god behandling, oppfølging og rehabilitering av pasientene.

Hva koster UKP St. Olavs hospital – somatikk 2022?

- Døgnseten UKP 2022 = 5.306,-
- En sykehusseng for UKP er beregnet til å koste ca. 4x døgnseten
- 4 x døgnseten = 21.200,- gir følgende kostnad for sykehuset:
- UKP somatikk: 21.200,- x 9.500 døgn = ca. 200 mill.

Hva koster UKP kommunene – somatikk 2022?

- 9.500 døgn x 5.306 = ca. 50 mill. (alle kommuner)
- 5.300 døgn x 5.306 = ca. 28 mill. (Trondheim kommune)



Tiltakene for UKP som foreslås av arbeidsgruppen er i tråd med de tre strategiområdene til Helsefelleskapet i Søndre Trøndelag som er: 1) pasientens helsetjeneste, 2) bærekraftige helsetjenester og 3) felles kultur for innovasjon og samskaping. Tiltakene som foreslås for UKP er motivert av et ønske om å skape *vinn-vinn* situasjoner for både sykehus og kommuner i håndteringen av UKP pasienter i helsefelleskapet. For å oppnå dette er det viktig at alle aktører erkjenner at både St. Olavs og alle tilhørende kommuner i fellesskap må bidra til å håndtere det gjenstridige problemet med UKP. Dette innebærer å utnytte de kollektive godene til det beste for hele helsefelleskapet og ikke minst til beste for pasientene. Forutsetningen for at helsefelleskapet som helhet skal hente ut alternativgevinstene er at sykehus og kommuner må investere litt ekstra.

Videre i rapporten drøfter vi hvordan arbeidsgruppen anbefaler at Helsefelleskapet i Søndre Trøndelag bør enes om en klar og ambisiøs strategi om ønsket måloppnåelse, med tydelige KPIer (key performance indicator) og med en tydelig milepælsplan. Videre beskriver vi hvordan vi ønsker å organisere og implementere tiltaket *rask tverrfaglig funksjonsvurdering og avklaring etter registrering som UKP*, gjennom etablering av et bærekraftig post-akutt tilbud for UKP og et godt planlagt og mer effektivt pasientforløp. Dette vil kunne bidra til redusert gjennomsnittlig oppholdstid, særlig ved Øya helsehus og til raskere uttak av nye UKP. Deretter skisserer vi hvordan kapasiteten til å håndtere UKP vil kunne styrkes ytterligere gjennom organiseringen av *forsterket utskrivelse for UKP med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) på tvers av første og andrelinjetjenesten* som et felles tjenesteinnovasjonsprosjekt. Fokuset i dette tiltaket er på pasientsentrert tilnærming og gode medisinske avklaringer før utreise fra sykehus, som vil kunne bidra til at en større andel av UKP kan reise rett hjem fremfor å bli innlagt til korttidsopphold.

3.1 Mål- og resultatoppnåelse for en effektiv og bærekraftig utvikling i helsefelleskapet

3.1.1 Seks KPIer (måltall) for å følge måloppnåelse og bærekraftig utvikling for utskrivningsklare pasienter i somatikken

Det er konsensus i arbeidsgruppen om at helsefelleskapet skal ha som mål å være blant de beste i landet i forhold til utskrivningsklare pasienter (UKP) i somatikken, blant annet ift. antall UKP-døgn.

KPI (key performance indicator = måltall) for antallet UKP døgn/1000 innbygger per år i den enkelte kommune (vedlegg 11), andelen av alle UKP som utskrives fra sykehuset innenfor første døgn med mål om 90 % (vedlegg 12) og gjennomsnittlig liggetid som UKP på St. Olavs hospital (vedlegg 12) skal være på linje med Helse Bergen og Helse Stavanger, som det er nærliggende å sammenligne seg med i denne sammenhengen. Disse **tre KPIene** vil gi indikasjon på om pasientene får rett behandling på rett sted, og at helsefelleskapet som helhet har den ønskede bærekraftige utviklingen. På bakgrunn av erfaringer fra endringsprosjekter gjennomført i Helse Bergen og Helse Stavanger vil



Helsefellesskapet Søndre Trøndelag etablere en milepælsplan fra og med høsten 2023 som tilsier at kommuner og sykehus i fellesskap skal oppnå disse effektmålene med 50% innen 1 år og fullt ut innen 2 år.

En overordnet strategi for helsefellesskapet er at en større andel UKP, etter endt sykehusopphold, skal følges opp i eget hjem med hjemmebaserte tjenester fremfor i institusjon. Tiltaket med forsterket utskrivelse vil kunne bidra positivt til denne endringen. Et økt antall UKP som håndteres hjemme fremfor i institusjon vil bidra til at institusjonstilbudet i kommunene avlastes og skape buffer i korttidsplassene for å kunne ta imot UKP slik at de ikke blir liggende i sykehuset i påvente av kommunalt tilbud. Foreløpig har vi dessverre ikke gode nok nullpunktsmålinger for dette som **fjerde KPI**, og det må fremskaffes. Det er imidlertid ønske om en betydelig økning, tilsvarende minimum 30 prosent av nåverdien basert på kliniske erfaringer vedrørende UKP pasienter som kommer til Øya helsehus. Både Midtre-Gauldal og Melhus kommune erfarer at dersom de skal kunne lykkes med å ta imot flere UKP direkte til egen bolig må hjemmetjenestene styrkes i de respektive kommunene. Det blir også viktig å følge opp at de skisserte endringene ikke får negativ innvirkning på behandlingskvaliteten. Den **femte KPI** som helsefellesskapet vil følge opp er andel re-innleggelser i sykehuset innen 30 dager for UKP. Re-innleggelser av UKP pasienter er forbundet med dårligere prognose med økt morbiditet og mortalitet for pasientene. Det er derfor ønskelig at andelen re-innleggelser for UKP ikke øker, men holder seg på tilsvarende nivå som ved St. Olavs hospital i dag som er 16 prosent. Dette er på nivå med de HF med lavest antall re-innleggelser. Trondheim kommune har satt et mål om å effektivisere korttidsoffholdene for pasientene på Øya helsehus slik at oppholdenes varighet reduseres til 20 døgn i gjennomsnitt. En tilsvarende effektivisering med reduksjon i liggetid for pasienter på korttidsoffhold som sikrer effektiv gjennomstrømning og tilstrekkelig kapasitet bør også være et mål for de øvrige kommunene. Dette blir den **sjette KPI** som skal følges opp.

Det er viktig å understreke at dersom disse seks KPIene skal nås må alle de forutgående skisserte tiltakene følges opp i fellesskap, både fra sykehus og kommuner. UKP- problematikken påvirkes av faktorer gjennom hele behandlingsskjeden, både i sykehus og kommuner. Det er nødvendig å sette i gang tiltak både på helseforetaks- og på kommunenivå for å oppnå full effekt på de skisserte KPIene. Det er viktig at kommuner og sykehus både hver for seg og i fellesskap har kontinuerlig fokus på måloppnåelse og vurderer å sette inn kompensierende tiltak fortløpende dersom man ikke oppnår KPI mål underveis. I dette arbeidet har vi hatt fokus på UKP for somatikken. Det er viktig at helsefellesskapet fremskaffer separate tall for henholdsvis psykiatri og somatikk.

Styringsdata som er viktig for å kunne evaluere igangsatte tiltak for UKP for sykehus og kommuner er beskrevet i vedlegg 13. En del av disse styringsdataene omhandler operativ samhandling som er knyttet til felles prosedyre som er basert på forskrift og noe er også knyttet til avvikssystemet. En del av disse dataene har vi ikke tilgjengelig i dag, og dette kan være en arbeidsoppgave for felles analysegruppe i Helsefellesskapet å se nærmere på.


Tabell 1: KPIer for å følge måloppnåelse og bærekraftig utvikling UKP

KPI	Grunnlinje ¹ Totalt (TK)	Mål	Kilde	Oppfølging styringsinfo.	Milepæl
1. Antall UKP-døgn	9990 (TK = 5282)	Antall døgn per 1000 innbygger/år i hver kommune på lik linje med Bergen og Stavanger (vedlegg 1). Målet <i>samlet</i> for Helsefelleskapet er ≤ 1000 UKP døgn	Nasjonalt pasientregister (NPR) fra Helse Midt-Norge	Ukentlig og månedlig	50 % reduksjon innen 1 år og full måloppnåelse innen 2 år for hver enkelt kommune og helsefelleskapet som helhet
2. Andel UKP-opphold med 0 døgn («nulldøgnsliggere»)	70 % (TK = 64 %)	≥ 90 %	Nasjonalt pasientregister (NPR) fra Helse Midt-Norge	Ukentlig og månedlig	≥ 80 % andel UKP-opphold med 0 døgn innen 1 år og ≥ 90 % dvs. full måloppnåelse innen 2 år for hver kommune og helsefelleskapet som helhet
3. Gjennomsnittlig liggetid på sykehus for UKP a. Liggetid fra innleggelsestidspunkt frem til registrering som UKP b. Liggetid som UKP (for de med flere enn 0 døgn)	3a. 7,5 (TK =8,2) 3b. 5,0 (TK = 4,2)	Uendret ≤ 2 døgn	Nasjonalt pasientregister (NPR) fra Helse Midt-Norge	Ukentlig og månedlig	50 % reduksjon innen 1 år og full måloppnåelse innen 2 år
4. Andel UKP som reiser rett hjem fra sykehus, av de som i dag går til korttidsopphold	Må etablere nullpunktsmåling	Mål om at 30 % av pasientene som i dag går til korttidsopphold reiser hjem	HP	Ukentlig og månedlig	
5. Andel reinnleggelser for UKP <30 døgn	16 %	Uendret (St. Olavs er blant sykehusene med lavest reinnleggingsrate)	HP	Månedlig	For St. Olavs hospital stabilt siste 3 år
6. Liggetid for korttidsopphold (Øya helsehus)	25 dager i snitt for TK	20 dager i gjennomsnitt for TK De øvrige kommunene må sette egne mål for liggetid, som sikrer effektiv gjennomstrømning og tilstrekkelig kapasitet	HP Kommunene	Følges månedlig	Skal oppnås innen 2 år

¹ For KPI 1., 2. og 3b. Tall er hentet fra Virksomhetsrapport fra Helse Midt-Norge. KPI 1. og 3b er basert på tall for 2022. KPI 2. er basert på tall fra 2023 (januar – mars). For KPI 3a. Tall er hentet fra interne data (NIMES) ved St. Olavs hospital for 2023 (januar – mars) og inkluderer også UKP med 0 UKP-døgn. Tilsvarende tall for UKP med minst 1 UKP-døgn er 9,3 (10,3).



3.1.2 Kommunale kapasiteter, lokale eskaleringsplaner og overordnet strategisk plan for ekstraordinær overskridelse av kapasitet i helsefelleskapet

Det er viktig at kommunene dimensjonerer antallet dedikerte plasser for UKP slik at den enkelte kommune har tilstrekkelig kapasitet til fortløpende uttak av UKP.

3.1.2.1 Kapasiteter i kommunene

Arbeidsgruppen har, med bistand fra Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU), utført simuleringer for å beregne nødvendig kapasitet i hver kommune. Forutsetningene for simuleringen er forventet antall UKP per dag for den enkelte kommune, andel av disse som er forventet å ha behov for korttidsopphold i kommunen og oppholdstid på 1 uke for det kommunale avklaringsoppholdet. Simuleringene viser at Trondheim kommune må effektivisere tilsvarende 30 plasser for å dekke dagens behov. Tilsvarende tall for Melhus og Midtre Gauldal er henholdsvis 4 og 1 UKP plasser. Trondheim kommune har satt seg mål om å oppnå nødvendig effektivisering gjennom å redusere gjennomsnittslengden på korttidsoppholdene for pasientene på Øya helsehus med 5 døgn.

3.1.2.2 Lokale eskaleringsplaner

Det er konsensus i arbeidsgruppen om at hver kommune må lage en eskaleringsplan for situasjoner hvor kommunen har mange UKP på sykehus.

Det er også enighet om at det bør settes et måltall for maksimalt antall UKP den enkelte kommune kan ha innlagt på sykehus før eskaleringsplanen iverksettes. Eskaleringsplanene må forankres i Samarbeidsavtale om kapasitetsutnyttelse i perioder med stor etterspørsel etter tjenester (se neste delkapittel). En slik plan bør inneholde en beskrivelse av følgende:

- Hvilke lokale tiltak man skal iverksette for å øke kapasiteten over en kortere periode
- Hvilke ressurser som bør involveres
- Hvem som har beslutningsmyndighet
- Hvordan dialogen mellom sykehus og den enkelte kommune skal foregå

Som terskelverdi for når eskaleringstiltakene skal iverksettes foreslår arbeidsgruppen følgende basert på kommunestørrelse:

- Trondheim: maks ti UKP innlagt i sykehus samtidig første året, fem UKP andre året
- Melhus: maks fire UKP innlagt samtidig i sykehus første året, 2 UKP andre året
- Orkland: maks fire UKP innlagt samtidig i sykehus første året, 2 UKP andre året
- Malvik: maks tre UKP innlagt samtidig i sykehus første året, 1 UKP andre året
- De øvrige kommuner: maks 1 UKP innlagt i sykehus



Eskaleringsplaner bør initieres dersom den enkelte kommune har *flere* pasienter liggende som UKP i sykehus enn det som er angitt.

Helseplattformen muliggjør at sykehuset og samarbeidende kommuner som benytter HP kan ha sanntids oversikt over antallet UKP per kommune til enhver tid. Den faglige rapporteringen gjennom beleggsrapporten i Helseplattformen skjer også i sanntid.

3.1.2.3 Felles overordnet strategisk plan for helsefellesskapet ved ekstraordinær kapasitetsoverskridelse og ved kjente sesongvariasjoner

I andre helsefellesskap er det opprettet kapasitetsråd der kapasitetsspørsmålet jevnlig følges opp av partene i planlagt møteaktivitet mellom sykehus og kommuner. Noen helsefellesskap har også utviklet tiltakskort som beskriver konkrete tiltak som gjennomføres både i sykehus og i kommunene i perioder hvor kapasiteten er utfordret. Det er konsensus i arbeidsgruppen om at helsefellesskapet bør ha en felles nedfelt strategisk plan for tiltak ved ekstraordinær kapasitetsoverskridelse og ved kjente sesongvariasjoner som er felles for hele helsefellesskapet. Det er behov for å styrke dialogen mellom sykehus og kommuner, både i forkant av og under slike perioder. Det bør inngås avtale om planleggingsmøter i forkant av forutsigbare høybelastningsperioder som ved ferie (jul, påske og sommer) og typisk influensaseson slik at partnerne får felles forståelse av utfordringsbilde og kan drøfte partnernes planer om ferieuttak og stengning av sengeplasser.

En strategisk plan bør inneholde hvilke konkrete tiltak helsefellesskapet kan ta i bruk i slike perioder og hvem som har beslutningsmyndighet i henholdsvis sykehus og den enkelte kommune. Det kan for eksempel handle om ekstraordinær oppfølging av UKP eller ekstraordinær utskrivelse av UKP. Det daglige forebyggende arbeidet med eskaleringsplan skal primært bidra til å redusere behov for slike tiltak. Ekstraordinær kapasitetsoverskridelse for den enkelte kommune og helsefellesskapet som helhet må defineres av ASU.

Ansvar for oppfølging av samarbeidsavtalen ligger i dag hos sekretariat i ASU.

Arbeidsgruppen anbefaler at en samarbeidsavtale om kapasitetsutnyttelse utarbeides så raskt som mulig i ASU/ PSU, og at det utarbeides en felles strategisk avtale for hele helsefellesskapet. Fokus må være på en tydeligere plassering av ansvar for tiltak hos partene og en konkretisering av tiltakene.

Samarbeidsavtalen (2015) mellom St. Olav hospital HF og Trondheim kommune vedrørende «kapasitetsutnyttelse i perioder med stor etterspørsel etter tjenester» anbefales revidert og kan benyttes som grunnlag for utarbeidelse av felles retningslinje for helsefellesskapet. Det er viktig å ta hensyn til allerede eksisterende planer i øvrige kommuner. Arbeidsgruppen vurderer at det ikke vil være mulig å oppnå målsetningen for de beskrevne KPlene før denne avtalen er på plass.



3.1.3 Behov for ytterligere kvalitetsdata

For å evaluere effekt av tiltak, og identifisere nødvendige fremtidige forbedringsområder ovenfor UKP og skrøpelige eldre, er det viktig at helsefellesskapet tar i bruk de mulighetene som finnes i Helseplattformen. Det er behov for å utvikle kvalitetsindikatorer som kan evaluere kvaliteten av behandling og oppfølging av skrøpelige eldre, på tvers av forvaltningsnivå med hjelp av data fra Helseplattformen.

Mulige kvalitetsindikatorer:

- Andel UKP over 70 år som har fått geriatrisk vurdering i sykehus
- Andel UKP over 70 år som utskrives med behandlingsplan
- Andel UKP som har fått gjennomført legemiddelgjennomgang innen 30 dager
- Andel UKP som har fått gjennomført ernæringsvurdering innen 30 dager
- Andel UKP som har re-kontakt med legevakt eller akuttmottak innen 30 dager etter utskrivelse fra sykehus
- Målinger av funksjonsnivå, f.eks. Clinical Frailty scale, ved utreise, etter 1 måned og etter 3 måneder
- Målinger av brukertilfredshet og livskvalitet ved utreise, etter 1 måned og etter 3 måneder
- Ventetid for ulike elektive inngrep for pasienter med kommunale tjenester

Det er konsensus i arbeidsgruppen om at det bør nedsettes en arbeidsgruppe som jobber med felles analyser på tvers av forvaltningsnivå med representanter fra både sykehus og kommuner som skal jobbe for å fremskaffe gode målindikatorer for helhetlige pasientforløp.

Det er også ønskelig at helsefellesskapet støtter og legger til rette for igangsettelse av samhandlingsprosjekter på tvers av kommuner og sykehus hvor målet er bedre samhandling og økt kvalitet i helhetlige pasientforløp for sårbare pasientgrupper.



3.2 Raskt uttak til tverrfaglig funksjonsvurdering i kommunen etter registrering som UKP

Erfaringer fra henholdsvis Bergen og Stavanger kommune viser at arbeidsmåter som sikrer rask tverrfaglig funksjonsvurdering og avklaring av utskrivningsklare pasienter (UKP) kan bidra til større effektivitet i prosessen med å få pasientene raskere ut fra sykehus og også gi et treffsikkert behandlingstilbud. Kommunerepresentantene som har deltatt i vårt arbeid er enige om at et slikt tilbud må kunne organiseres på ulik måte i hver kommune, da de har ulik innbyggersammensetning, ulike utfordringer knyttet til UKP, og ulik tilgang på helsepersonell. Det er også forskjeller i kapasitetsbehovet mellom kommunene, som vil ha betydning for hvordan tilbudet bør organiseres.

3.2.1 Et bærekraftig post-akutt tilbud for UKP

UKP har til felles at den post-akutte fasen etter sykdom og sykehusinnleggelse er avgjørende for å stabilisere og reversere funksjonssvikt og hjelpebehov. Dette gjøres best gjennom strukturerte og effektive pasientforløp som sikrer helhetlige og tverrfaglige vurderinger umiddelbart etter utskrivelse. Dette bidrar til at pasientene kommer i gang med videre rehabilitering, behandling og oppfølging - helst i eget hjem, eventuelt i korttidsopphold så raskt som mulig. Kommunene er samstemte i behovet for å jobbe frem en god og effektiv struktur for slike opphold, og at en koordinerende funksjon som kan kvalitetssikre overganger og forløp og sikre effektiv gjennomstrømning for korttidsoppholdene må etableres.

Et bærekraftig post-akutt tilbud i institusjon må sees i sammenheng med det andre tiltaket arbeidsgruppen har jobbet med, «forsterket utskrivelse for UKP med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenestetsteam, som beskrives i avsnitt 3.3. Samlet bør de post-akutte tilbudene kjennetegnes av at de «bygger bro» til hjemmet og de hjemmebaserte tjenestene som skal følge opp pasienten videre. Målet er en så tidlig hjemreise som mulig for pasienten med videre medisinsk oppfølging og trening i eget hjemmemiljø.

Det blir viktig at sykehus og kommunale institusjoner/helsehus blir bedre kjent med hvilke tjenester hjemmebaserte tjenester kan tilby/ivareta, slik at de er trygge på at tilbudet blir forsvarlig. Manglende kunnskap medfører at enkelte pasienter vurderes og dermed stiles til et høyere omsorgsnivå enn nødvendig. Sykehuset og kommunene må utfordres på å bygge ned de tradisjonelle "siloene". Dette kan gjøres ved at kommunene involveres på et tidligere tidspunkt mens pasientene fortsatt er innlagt, men også at sykehuset i utvalgte tilfeller "blir med pasienten ut" ved utskrivelse. Dersom de kommunale institusjonsplassene skal utnyttes mer effektivt må bestillingen/ behandlingsplanen som følger pasienten inn i oppholdet være presist formulert og de medisinske forholdene være godt avklart. Dette vil det helhetlige pasientforløpet under sykehusinnleggelse (kapittel 2) bidra til. På samme måte må det være klare kriterier for utskrivelse fra institusjon, og det må følge en klar bestilling/ behandlingsplan med pasienten fra institusjon til de hjemmebaserte tjenestene som skal overta oppfølgingen.



I Bergen og Stavanger har man organisert tilbudet for UKP i egne avdelinger med oppholdstid inntil 1 uke. En stor del av det faglige tilbudet og den tverrfaglige ressursen finnes allerede i kommunene, og kommunerepresentantenes vurdering er at flere mindre justeringer vil gi raskere effekt enn en større omorganisering med etablering av helt nye tilbud.

Kommunerepresentantene er enige om at det i vårt helsefelleskap vil være mer hensiktsmessig å organisere tilbudet som en strukturert arbeidsmetode og prosess den første uka av korttidsoppholdet, men ikke i egne avdelinger. Et bedre strukturert forløp vil sikre at den tverrfaglige vurderingen blir gjort tidlig. I de tilfeller pasienten har behov for et forlenget korttidsopphold, vil pasient og ansatte dra nytte av kontinuiteten i tilbudet og den tidlige tverrfaglige vurderingen vil danne utgangspunktet for pasientens videre plan. Man unngår derved miljøbytter for pasienten og ekstraarbeid som følge av at nye helsearbeidere skal bli kjent med pasienten. I større enheter (som f.eks. helsehus i Trondheim kommune) vil felles arbeidsmetodikk på tvers av avdelinger bidra til å redusere sårbarhet og forenkle oppfølgingen og evalueringen av forløpet.

I Trondheim kommune drives institusjonstilbudet for UKP med kontinuerlig fullt belegg per i dag. Selv om kommunens uttak av UKP i gjennomsnitt over tid tilsvarer den estimerte nødvendige kapasiteten som tilbud for UKP (se avsnitt 3.1.2), klarer kommunen ikke å ta unna svingninger i pasientstrømmen. Det skapes jevnlig «topper» med UKP som det tar tid å redusere. Beregninger viser imidlertid at en reduksjon i gjennomsnittlig oppholdstid på Øya helsehus med 5 døgn (cirka 20 prosent) vil kunne frigjøre kapasitet som omtrentlig tilsvarer det totale UKP-døgn kommunen hadde i 2022. En relativ liten endring kan på den måten gi stor samlet effekt og skape tilstrekkelig nødvendig bufferkapasitet i ordinær drift til å unngå opphopning. Dette forutsetter at belegget ikke kontinuerlig ligger på 100 prosent. Kommunerepresentantene erfarer at kartleggings- og forankringsarbeidet som er gjort i forbindelse med arbeidsgruppens arbeid har skapt engasjement, og at det er stor endringsvilje. Ved Øya helsehus har arbeidet med å utarbeide et strukturert pasientforløp for UKP startet og skal ferdigstilles før sommeren med plan om oppstart av implementeringsfase fra høsten 2023.

Sykehusrepresentantene er uenige med kommunerepresentantene og basert på erfaringsutvekslingene med Stavanger og Bergen mener de at det ville være formålstjenlig om uttaket av UKP organiseres i form av en egen kommunal mottaksavdeling i Trondheim kommune og dedikerte plasser i de mindre kommunene. Opprettelsen av en egen avklaringsenhet vil representere en tydelig endring. De tror ikke at prosesstiltaket med pasientforløp vil være tilstrekkelig kraftfullt og styrbart til å kunne gi en rask effekt tilsvarende det henholdsvis Stavanger og Bergen erfarte etter opprettelsen av mottaksenheter (egne avdelinger). På den andre siden har sykehuset stor respekt for at kommunene har et stort komplekst helse- og omsorgssystem, og hvilken måte kommunene organiserer kommunale opphold på i etterkant av sykehusopphold for UKP er helt klart et kommunalt anliggende. En kommunal mottaksavdeling kan være et potensielt alternativ dersom man ikke lykkes med effektivisering av pasientforløp for UKP og måloppnåelse på omforente KPIer.



3.2.2 Samarbeid mellom kommuner

Når det gjelder interkommunalt samarbeid viser erfaringer fra ØHD-tilbud (øyeblikkelig hjelp døgn) at det er krevende å få til den nødvendige samhandlingen med kommunenes hjemmebaserte tjenester. Det er forventet at dette også vil gjelde samhandling for effektive forløp på tvers av kommuner. Kommunerepresentantene mener det ikke vil være hensiktsmessig å samarbeide om ordinære sengeplasser i korttidstilbud for UKP.

For pasienter med komplekse tilstander og behov kan det være en utfordring for den enkelte kommune å få raskt rigget et godt og riktig bo- og tjenestetilbud. Denne gruppen pasienter er økende både innenfor somatikk og psykiatri. Kommunerepresentantene er samlet om at kommuneledelsen for kommunene i St. Olavs hospitals nedslagsfelt framover må ha dialog om mulig samhandling vedrørende pasienter med høy kompleksitet. Et mål må være at kommunene framstår mer enhetlig overfor sykehuset i håndteringen av UKP. Dialogen vil følges opp i de interkommunale lederforaene.

3.2.3 Organisering

3.2.3.1 Kompetansesammensetning og årsverk

For å oppnå reell tverrfaglighet må kommunene som et minimum ha tilgang til lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og helsefagarbeider i et tverrfaglig post-akutt institusjonstilbud. Det må også være etablert rutiner og fora som legger til rette for reell tverrfaglig diskusjon og beslutning, samt pasient- og pårørendemedvirkning. Helsefagarbeiderens rolle vil bli styrket framover, og dennes kompetanse kan med fordel benyttes i den tverrfaglige kartleggingen og vurderingsprosessen.

Omfanget av behovet for helsefaglige ressurser vil variere sterkt fra kommune til kommune. En omlegging av arbeidsform for å få økt effektivitet i den enkelte kommune vil kunne utløse noe økt ressursbehov. Samtidig vil økt effektivitet i uttak og håndtering av UKP kunne bidra til økt bufferkapasitet i den enkelte kommune og medføre at kommunen unngår å betale døgnbøter til sykehuset for UKP.

3.2.3.2 Overgangen fra sykehus til kommune

Tverrfaglig vurdering må starte straks sykehuset oppfatter at pasienten har, eller vil kunne få behov for, kommunale tjenester. Sykehuset skal da straks varsle kommunens saksbehandlerkontor slik at de raskt kan involvere de aktuelle tjenesteytere i vurderingen.

Saksbehandler i kommune starter sin kartlegging og vurdering basert på informasjon om pasientens normaltilstand og sykehusets opplysninger om nåværende situasjon (se kapittel 2). På bakgrunn av kartleggingen og nær dialog med pasient og eventuelle pårørende, hjemmebaserte tjenester og i utvalgte tilfeller kommunal lege, vurderer saksbehandler om pasienten skal hjem med hjemmetjenester, hjem med forsterket utskrivelse, til korttidsopphold i institusjon eller direkte til plass i institusjon dersom behovet er åpenbart.



3.2.3.3 Forløpet i institusjon

Pasienter som vurderes å ha behov for korttidsopphold i institusjon vil gå videre til et strukturert og tidfestet vurderingsforløp første uke med følgende innhold:

- Tverrfaglig kartlegging: gjennomført innen første tverrfaglige møte (2-3 dager). Tydelig beskrivelse av oppgaver, ansvar og tidsfrister for hver faggruppe.
- Tverrfaglig beslutningspunkt: gjennomført innen andre til tredje tverrfaglige møte (første uke) sett opp mot definerte kriterier for videre opphold (som ved overgang fra sykehus)
- Tverrfaglig beslutningspunkt skaper klar “bestilling” inn i videre opphold - dette skal ha definerte mål og evalueringspunkter
- Vedtak med tydelig målformulering og som er tydelig på at oppholdet vil opphøre straks vilkår for heldøgns omsorgstjenester ikke lenger er innfridd.

Pasienter som er ferdig vurdert og ikke lenger har behov for post-akutt korttidsopphold må raskt videre til eget hjem, eventuelt andre kommunale tilbud. Pasientskifter (pasient ut og ny pasient inn) i tilbudet bør skje i løpet av samme dag.

I Trondheim kommune vil pasientforløpet for UKP ved Øya helsehus beskrive innholdet i hvert enkelt punkt i konkrete arbeidsoppgaver. Her øremerkes samtlige plasser til UKP, foruten spesialplassene for lindrende behandling, ØHD og etterbehandlingssenger.

3.2.3.4 Koordinering

En viktig forutsetning for det post-akutte institusjonstilbudet er at det etableres en koordinerende funksjon, både i overgangen mellom sykehus og kommune og i forbindelse med selve pasientforløpet. Det vil være ulikt mellom kommunene hvordan det er hensiktsmessig å organisere en slik funksjon, avhengig av blant annet størrelse og organisering av tjenestetilbud for øvrig. En styrket koordinering for UKP må bygge på de etablerte saksbehandlertjenestene/koordinerende enhetene i kommunene. Arbeidsgruppen vurderer at det er behov for å styrke forløpskoordineringen på følgende områder:



Holde oversikt over belegg i korttidstilbudet:

- pasienter på vei ut - melde kommende ledige plasser til sykehus i god tid
- pasienter på vei inn - kontakt med saksbehandlerkontor for oversikt over hvem som ligger på sykehus og forventet dato for utskrivningsklar
- kvalitetssikre utskrivningsklar - sikre tydelig bestilling inn til post-akutt tilbud
- koble på kommunal lege for rådgivning i krevende saker - eventuelt koordinere samarbeidsmøte med sykehuset og fastlege

Kvalitetssikre forløp i helsehus:

- kvalitetssikre milepæler og tverrfaglig beslutningsgrunnlag
- prioritering forlengelse av opphold i helsehus opp mot UKP fra sykehus

Kvalitetssikre forløp ut av helsehus:

- kvalitetssikre utreisen fra helsehus - tydelig bestilling ut
- koordinering opp mot aktører



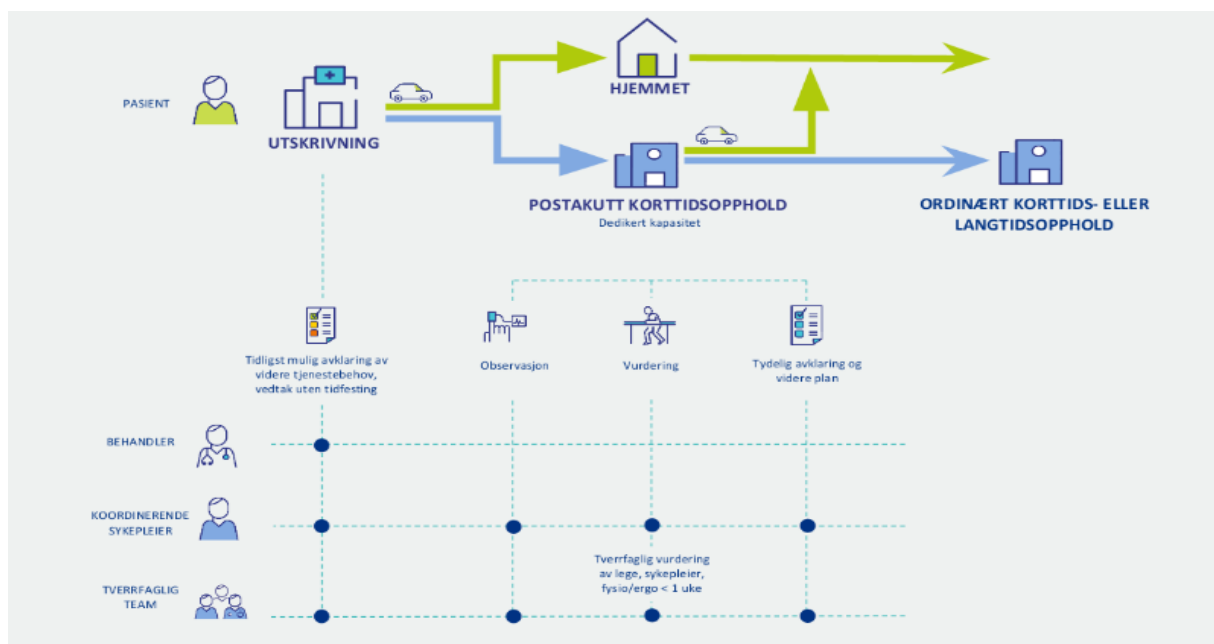
3.2.4 Oppsummering og anbefaling

Arbeidsgruppen anbefaler at kommunene i Helsefelleskapet videreutvikler sine korttidstilbud for UKP slik at det sikres en rask tverrfaglig vurdering og avklaring etter utskrivelse i den post-akutte fasen etter sykehusinnleggelse. Kommunen bør i løpet av første uke etter utskrivelse ha gjennomført kartlegging og vurdering og avklart videre tjenestebehov.

Kommunene har mange av de nødvendige arbeidsmåtene og tverrfaglige ressursene på plass allerede, men det vil være behov for å strukturere pasientforløpene ytterligere og tidfeste milepæler som sikrer kvalitet, framdrift og god ressursutnyttelse under oppholdet. Behov for forlenget opphold i kommunal institusjon må vurderes og prioriteres etter samme kriterier som når pasienten utskrives fra sykehus. Disse tiltakene, som også innebærer økt fokus på logistikk og effektivitet, forventes å redusere liggetid og skape bufferkapasitet som hindrer opphopning av UKP i sykehuset.

Arbeidsgruppen mener at en styrket og strukturert koordinering i overgangen fra sykehus, under institusjonsoppholdet, og i overgangen til hjemmebaserte tjenester er en forutsetning for å lykkes med dette tiltaket.

Det er også viktig at kommunene sikres styringsdata for å kunne følge opp effektiviteten i tilbudet, og for å kunne gjøre kontinuerlige beregninger av kapasitetsbehovet.



Figur 5: Rask tverrfaglig vurdering i post-akutt tilbud



3.3 Forsterket utskrivelse for UKP med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenestetsteam (PSHT) på tvers av første og andrelinjetjenesten

For mange UKP kan overgangen fra sykehusinnleggelse til hjemmet og oppfølging med kommunale hjemmebaserte tjenester være sårbar. Institusjonsopphold kan ofte oppfattes som en tryggere løsning. Institusjonsopphold må imidlertid prioriteres til de med størst nytteeffekt og behov. Ansatte i kommunenes hjemmebaserte rehabiliteringsopphold rapporterer at pasienter ofte kommer forsinket i gang med hjemmerehabilitering pga. institusjonsopphold som de mener kunne vært unngått dersom pasienten i større grad ble håndtert direkte fra sykehus til hjemmet. I kommunale institusjoner antar man at opp mot 1/3 av de UKP som i dag innlegges i korttidsopphold, kunne reist direkte til hjemmet dersom de hadde fått en forsterket oppfølging i den første fasen. Hjemmetjenesten beskriver først og fremst behov for rask og forutsigbar tilgang til støtte i medisinske vurderinger. Videre vil også digitale verktøy for hjemmeoppfølging kunne gi muligheter for å følge opp pasientene tettere i hjemmet. Alle disse forholdene utfordrer hvordan vi tenker tjenestetilbud til UKP skal gjennomføres.

Forutsetningen for utskrivelse fra sykehuset er at pasienten er tilstrekkelig utredet, at utskrivelsen blir kvalitetssikret, og at overgangen fra sykehus til hjemmet blir understøttet inntil de kommunale tjenestene kommer på plass. Det må også foreligge en klar behandlingsplan for videre oppfølging av fastlege.

3.3.1 Formål

Ønskede effektmål for håndtering av UKP i Helsefellesskapet som ønskes oppnådd for håndteringen av UKP er blant annet:

- raskere uttak av UKP fra sykehuset
- en større andel av UKP reiser hjem fra sykehus med hjemmebaserte tjenester
- en mer effektiv utnyttelse av kommunale institusjonsplasser

En modell for forsterket utskrivelse som gjør hjemreise til et reelt alternativ til institusjon etter sykehusinnleggelse vil bidra til å oppnå disse målene. Den vil gi kommunene økt kapasitet i forhold til kommunale korttidsplasser, som i praksis vil bety en bærekraftig løsning. Forsterket utskrivelse vil også bidra til å styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner på pasientnivået, styrket geriatrisk kompetanse inn i UKP vurderingene og gjensidig kompetanseoverføring mellom sykehus og kommuner.

Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) ved Universitetssykehuset Nord-Norge og samarbeidende kommuner har vist at forsterket hjemmebasert oppfølging kan gi god tjenestekvalitet og pasientsikkerhet for skrøpelige og sårbare pasienter med stor risiko for sykehusinnleggelse. PSHT har utviklet en helhetlig, tverrfaglig, pasientsentrert og proaktiv arbeidsmåte som følger metodikk for

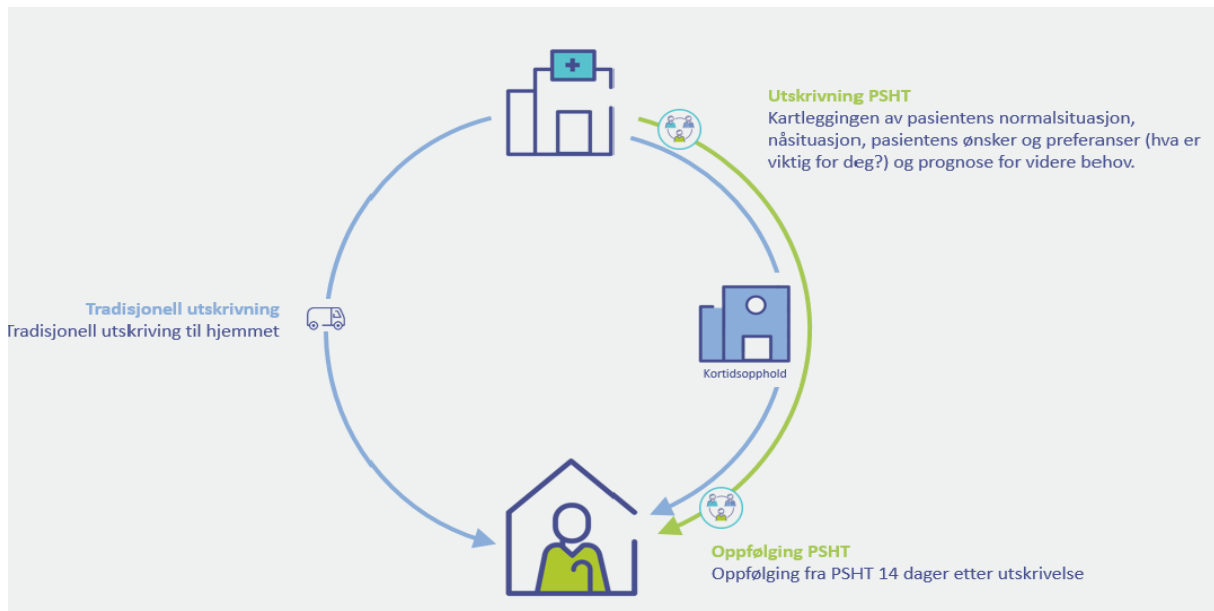


helhetlige pasientforløp for denne pasientgruppen. Tiltaket er i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsbrev til helsefelleskapene, med vårt eget helsefelleskaps tiltaksplan og med St. Olavs hospitals egen strategi om å jobbe utadrettet. Tiltaket kan komplettere det kommunale tjenestetilbudet for UKP ved at institusjonsplassene belastes mindre og ved at det bygges en bufferkapasitet slik at UKP kan tas ut på en mer effektiv måte enn i dag. Figur 6 illustrerer dette.

Det er konsensus i arbeidsgruppen om at vi anbefaler Helsefelleskapet i Søndre Trøndelag å benytte elementer fra PSHT tilbudet i Tromsø- i første omgang i forbindelse med forsterket utskrivelse for UKP i overgangen mellom sykehus og hjemmet.

Et PSHT vil også være en naturlig faglig samarbeidspartner for det kommunale post-akutte tilbudet i institusjon og koordineringsfunksjonen for UKP (avsnitt 3.2). Sammen kan de danne grunnlaget for et kompetansemiljø for samhandling om komplekse pasientgrupper på tvers av forvaltningsnivåene. Denne kompetansen kan også helsefelleskapet dra nytte av inn mot andre sårbare pasientgrupper på sikt.

Det er avgjørende at liggetiden i sykehuset, i forbindelse med diagnostikk og behandling, ikke forlenges som følge av teamets arbeid. Det forventes at tiltaket forsterket utskrivelse med PSHT kan bidra til færre re-innleggelser av UKP pasienter på grunn av bedre samhandling på tvers av forvaltningsnivå og bedre medisinsk avklaring av pasienten før utreise.



Figur 6: Forsterket utskriving med PSHT som alternativ til korttidsopphold i kommunal institusjon

3.3.2 Organisering

3.3.2.1 Eierskap og teamsammensetning

Som en pilot anbefales tilsvarende organisering som i Tromsø/UNN, dvs. at storkommunen (Trondheim) og St. Olavs hospital etablerer et team, og at de mindre kommunene har koordinatorfunksjoner som samarbeider med teamet.
St. Olavs hospital og Trondheim kommune må være likeverdige eiere av PSHT.

Teamet bør bestå av 50 prosent ansatte fra sykehus og 50 prosent ansatte fra Trondheim kommune. Medlemmene i teamet bør være ansatt i sine respektive organisasjoner.

PSHT er et tverrfaglig sammensatt team. Teamet bør starte opp med et minimum av ressurser. Det blir viktig å sikre tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse. Videre må det planlegges backup-løsninger for ferier og høytider for å motvirke sårbarhet. Aktuelle faggrupper vil i utgangspunktet være lege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut med muligheter til å kople på farmasøyt og klinisk ernæringsfysiolog. Ved oppstart bør det være en forutsetning at de som ansettes i teamet fortrinnsvis har geriatrisk fagkompetanse/erfaring. Når teamet er godt etablert og solid fagkompetanse er på plass, kan det potensielt også bli en attraktiv læringsarena for f.eks. ALIS. Det bør planlegges evaluering med faste intervaller, der omfang og behov for eventuell justering av ressursinnsats blir vurdert. Teamet bør arbeide sammen basert på felles oppdrag og ha felles kontorplass, fortrinnsvis på Øya helsehus.



Teamet kan håndtere vurderinger av UKP fra andre kommuner enn pasienter som er tilhørende Trondheim kommune, spesielt de mest komplekse pasientene. For pasienter fra andre kommuner (f.eks. Melhus og Midtre-Gauldal) foreslår arbeidsgruppen at teamet etablerer digital kontakt med teamkoordinator i den aktuelle kommunen.

3.3.2.2 Pasientsелеksjon

Pasienter som kan være aktuelle for forsterket utskrivelse til hjemmet, identifiseres av kommunal saksbehandlertjenesten og henvises til PSHT. I en oppstartsfasen bør det være lav terskel for henvisning, basert på usikkerhet hos saksbehandler. Med bakgrunn i erfaringer fra Tromsø anbefales det at også sykehusavdelingene har anledning til å skrive henvisninger.

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 og at 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

Etter hvert som PSHT høster erfaring, kan det utvikles mer spesifikke kriterier for inklusjon og prioritering. Pasienter som avvises av teamet vil som hovedregel anbefales kommunalt korttidsopphold, med mindre avvisningsgrunn er at pasienten kan ivaretas med ordinære hjemmetjenester.

3.3.2.3 Arbeidsprosess

Alle henvisninger til PSHT vurderes tverrfaglig i daglig møte. Teamet tildeler ansvarlige som utfører et første vurderingsbesøk mens pasienten fortsatt er innlagt i sykehus- som hovedregel samme dag. Teamet tar da kontakt med sykepleier som har pasientansvar som bidrar med informasjon om pasientens nåsituasjon. Videre er det ønskelig at PSHT har strukturerte og målrettede møter både med pasienter og intern i PSHT. Teamet arbeider pasientsentrert, dvs. at pasientens ønsker og preferanser står i sentrum for vurderingene. I arbeidet identifiserer teamet relevante aktører som er involvert, f.eks. pårørende, samarbeidende leger/sykepleiere fra avdelingene, fastlege og hjemmetjenester. De kartlegger og identifiserer virkemidler for å sikre trygg hjemreise- f.eks. digitale hjelpemidler. Første møtet følger samme vurderingsprosess som ved pasientforløp i korttidsopphold i institusjon (strukturert, tverrfaglig og helhetlig vurdering). Dersom pasienten vurderes å være egnet for forsterket utskrivelse, utarbeides en pasientsentrert og proaktiv behandlingsplan. Planen beskriver hva som skal følges opp og hvem som har ansvaret for hva. Den beskriver også forventede utfordringer og komplikasjoner som kan oppstå i forbindelse med kjent sykdom og risiko og hvilke



observasjoner/tiltak som skal skape grunnlag for å oppdage og håndtere disse på et så tidlig tidspunkt som mulig. Bruk av velferdsteknologiske løsninger kan være viktige bidrag til at pasienten kan reise hjem, og teamet må derfor sikres kompetanse på ulike aktuelle løsninger.

Ved hjemreise følger PSHT pasienten opp inntil 14 dager etter utskrivelsen. Ansvaret ligger hele tiden fortsatt til tjenestene i kommunen, men PSHT bidrar til å kvalitetssikre oppfølgingen og kompetanseoverføringen og «bygger bro» til pasientens ordinære tjenesteytere, f.eks. hjemmetjeneste, fastlege og evt. rehabiliteringstilbud i hjemmet. Dette kan gjøres gjennom digitale samarbeidsmøter, evt. hjemmebesøk av sykepleier tilhørende i teamet. Det er en konkret målsetting om digitale samarbeidsmøter med fastlege i løpet av oppfølgingsperioden. Den pasientsentrerte og proaktive behandlingsplanen evalueres og oppdateres før teamet avslutter sin innsats.

Teamet vil ha behov for en koordinerende funksjon som mottar henvisninger, planlegger personellbemanning, koordinerer samarbeidsmøter og kontakt mellom ulike parter, har oversikt over de pasienter som PSHT følger opp til enhver tid og oversikt over ledige kapasitet i PSHT. På sikt kan det bli aktuelt å etablere en teamleder. Teamet må ha hovedansvar for å følge opp indikatorer som evaluerer nytte og effekt av teamets virksomhet. Det vil bli behov for koordinering opp mot sykehuset utreisekoordinatorer, kommunens koordinatorene (se avsnitt 3.2) og kommunalt saksbehandlerapparat. Her kan man forvente synergieffekter som kan bidra til å optimalisere utnyttelsen av det kommunale tilbudet for UKP.

3.3.2.4 Kapasitet

Vi antar at et team bestående av 1 sykepleier og 1 lege vil ha kapasitet til å tilse 3 nye UKP per dag, som tilsvarer 15 pasienter per uke. På samme måte vil et team som består av 1 sykepleier og 1 annen ressurs (fysio-/ergoterapeut) ha kapasitet til å utføre 3 oppfølgingsbesøk per dag, som tilsvarer 15 pasienter per uke. Antallet oppfølgingsbesøk kan potensielt økes ved bruk av digital hjemmeoppfølging. I tillegg må teamet ha kapasitet for løpende telefonhenvendelser og rådgivning. På den måten kan det være totalt ca. 30 «innskrevne pasienter» i PSHT sin portefølje til enhver tid.

Dersom man erfarer at 14 dagers oppfølgingstid er for kort, og øker til 3 ukers oppfølging i gjennomsnitt (som tilsvarer målet for korttidsopphold i institusjon), vil dette innebære at teamet i gjennomsnitt må kunne håndtere ytterligere 10 pasienter per uke. Dette er noenlunde i tråd med det man erfarer behovet er i dag og vil medføre en kapasitetsøkning i uttaket av UKP som kan sammenlignes med opprettelsen av en ny kommunal institusjonsavdeling (30 plasser med 3 ukers liggetid).

3.3.3 Implementering

Forsterket utskrivelse for UKP med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) på tvers av forvaltningsnivå vil representere en helt ny arbeidsmåte både for kommunene og sykehus, og et slikt tiltak bør derfor organiseres og implementeres som et tjenestinnovasjonsprosjekt.



Stillingene for personell bør være finansiert fra henholdsvis sykehus og Trondheim kommune for en 3- års pilotperiode i utgangspunktet. Prosjektet bør søke om innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge for å finansiere prosjektlederstilling og prosjektgjennomføring (evt. andre finansieringskilder som f.eks. Statsforvalteren). Tjenesteinnovasjonsprosjektet bør også sette seg klare prosjektmål (resultat- og effektmål) for å vise at prosjektet oppnår de ønskede gevinster.

3.3.4 Kostnadsoverslag

3.3.4.1 Personellressurser

Arbeidsgruppen presenterer samlet kostnadsoverslag for St. Olavs hospital og Trondheim kommune.

Det anbefales en oppstart med følgende ressurser:

- 1 legeårsverk (0,5 fra sykehus og 0,5 fra kommune).
- 3 sykepleierårsverk (1,5 fra kommune og 1,5 fra sykehus) - disse bør kunne rullere på koordineringsoppgavene (motvirke sårbarhet).
- 0,5 fysioterapeut årsverk (0,25 fra kommune og 0,25 fra sykehus)
- 0,5 ergoterapeut årsverk (0,25 fra kommune og 0,25 fra sykehus)
- 0,2 ernæringsfysiolog årsverk (0,2 fra sykehus)
- 0,2 farmasøyt årsverk (0,2 fra kommune)

I tillegg til teamet bør Trondheim kommune ha ressurs tilsvarende 1 årsverk for koordinerende funksjon ved Øya helsehus. Sykehuset bør vurdere å ha utreisekoordinator knyttet til alle aktuelle avdelinger.

3.3.4.2. Personell- og utstyrs kostnader (NOK)

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
Tilleggskostnader:		
Bil		500 000
Lokaler		?
IKT utstyr		200 000

Tabell 2: kostnader for pasientsentrert helsetjenesteteam



Arbeidsgruppen anbefaler at personellkostnadene til teamet fordeles jevnt mellom sykehuset og Trondheim kommune. Kostnader til koordinerende funksjoner i helsehus og sykehus vil komme i tillegg til regnestykket over og dekkes av den enkelte organisasjon.

3.3.5 Fremtidsmuligheter

I Tromsø er PSHT videreutviklet til også å ha en viktig funksjon i å støtte kommunalt tjenesteapparat i tidlig oppdagelse, vurdering og tiltak ved endring i helsetilstand hos skrøpelige pasienter som i sin tur bidrar til å forebygge akutte innleggelser og funksjonstap hos pasientene. Vi har også hatt en erfaringsdeling med helsefelleskap som jobber med team i en enda mer proaktiv form, der teamets innsats aktiveres av utfall på skrøpeligheitscreening- og -kartlegging uavhengig av om det skjer i forbindelse med en akutt sykdomsepisode. Implementering av screening for skrøpeligheit, som beskrevet i kapittel 2, vil åpne muligheten for dette også i vårt helsefelleskap.

PSHT vil være et nytt tjenestetilbud i vårt helsefelleskap, og arbeidsgruppen anbefaler at man ved oppstart avgrenser teamets arbeidsområde til situasjonen rundt utskrivelse. De største helseeffektene på utvikling av skrøpeligheit vil man imidlertid kunne oppnå desto tidligere man kommer inn med tiltak som virker effektivt mot skrøpeligheitsutvikling. Forebyggende tiltak vil generelt være mer effektivt enn reaktive tiltak. En PSHT tilnærming med pasientsentrert, helhetlig, tverrfaglig og personsentrert oppfølging er et verdifullt komplement til primærhelsetjenestens oppfølging. Dette kan potensielt bidra til tidlig oppdagelse og forebygging av akutte hendelser ved skrøpeligheit, og også til redusert antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser for skrøpelige eldre.

Arbeidsgruppen anbefaler at Helsefelleskapet gir et lokalt PSHT i oppdrag å vurdere potensielle gevinster av en videreutvikling når teamet er godt etablert og har høstet erfaringer med arbeidsmåten i forhold til UKP. Vi anbefaler også at lokalt PSHT oppretter kontakt med andre lignende team for erfaringsdeling.



4. Avslutning

Utskrivningsklare pasienter har vært en langvarig og gjenstridig utfordring i vårt helsefelleskap. Arbeidsgruppene har i denne rapporten foreslått tiltak som vi er overbevist om vil være viktige skritt på veien mot å takle utfordringen på en bærekraftig måte. Her skisseres tiltak som skaper nødvendig kapasitet og effektivitet samtidig som den faglige kvaliteten for pasienten ivaretas.

Vi har beskrevet hvordan kapasiteten i det kommunale mottaksapparatet kan økes gjennom tiltaket rask tverrfaglig vurdering, og som potensieres med etablering av et tverrfaglig pasientsentrert helsetjenesteteam. Vi har også skissert hvordan kontinuiteten for skrøpelige pasienter kan styrkes gjennom et helhetlig pasientforløp. Med innføring av skåring for skrøpelighet skapes mulighet til å oppdage, anerkjenne og håndtere skrøpelighet på et tidlig tidspunkt da det også er mulig å iverksette tiltak som forebygger funksjonsfall og helsetjenestebehov. Dette vil være avgjørende i møtet med framtidens utfordringer.

Arbeidsgruppene vil avslutningsvis anerkjenne at vi bare er i starten av dette viktige arbeidet. Rapporten beskriver også flere anbefalte fokusområder for videre arbeid i helsefelleskapet.



5. Vedlegg

1. Oppsummering fra studiebesøk til Pasientsentrert helsetjenestetteam Tromsø
2. Oppsummering fra erfaringsinnhenting fra kommunal mottaksavdeling Bergen
3. Oppsummering fra studiebesøk til kommunal etterbehandlingsenhet Stavanger
4. Møtelogg for arbeidsgruppene
5. [Clinical frailty scale \(CFS\) norsk](#)
6. EQS-prosedyre Geriatriske pasienter som prioriteres for innleggelse på avdeling for geriatri
7. [Pictorial fit-frail-scale](#)
8. [Veileder for bestilling av nødvendige hjelpemidler ved utskrivelse fra St. Olavs hospital – Trondheim kommune](#)
9. Hjelpespørsmål utskrivningsklar
10. Rutine for vurderingsmøter
11. KPI for antallet UKP døgn/1000 innbygger per år i den enkelte kommune
12. Sammenlikning av KPI 2 og 3b for kommunene i Helsefellesskapet samt Bergen kommune og Stavanger kommune
13. Ønsket styringsinformasjon for oppfølging av overgangen sykehus- kommune



Vedlegg 1 - Erfaringsutveksling Pasientsentrert helsetjenestetteam Tromsø (tverrfaglig strukturert teammodell)

Bakgrunn

Tillitsbygging og konseptutvikling av pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) ble påstartet som samarbeidsprosjekt mellom Universitetssykehuset i Tromsø (UNN) og Tromsø kommune i 2008. Dette ble understøttet av forskning, teknologi og flere ulike prosjekter, samt inspirasjon hentet fra England. Formålet var å utvikle en ny helsetjenestemodell og metodikk i felleskap. Gjennom etablering av felles tverrfaglige team skulle man:

- 1) Styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer
- 2) Styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune for raskere å iverksette utredning, behandling, tiltak

PSHT ble et prosjekt fra 2014 og satt i fast drift fra 2019.

Utviklingstrekk mot 2030 ble lagt til grunn i vurdering og beslutning om opprettelse av PSHT. Det ville gi et behov for 54 nye sengeplasser i UNN frem mot 2030, økt press på ø-hjelp fordi kommunene ikke klarer oppgavene, stor mangel på fagfolk, 1:1 forhold antall yrkesaktive versus eldre eller arbeidsuføre mv. En tydelig utvikling som ikke var bærekraftig og dermed økt krav til på finne drastiske løsninger.

Ishavserklæringen ble utarbeidet mellom UNN og 24 kommuner:

- *Satse på felles innsats for helsetjenester til personer med sammensatte behov*
- ✓ *Arbeide for at helsetjenesten er basert på prinsippene; pasientsentrert, helhetlig og proaktiv*
- ✓ *Sørge for et tett og forpliktende samarbeid mellom brukere, fastleger, kommune og sykehus*

- *Ta i bruk teknologi og digitale løsninger som understøtter tjenesten og muliggjør samhandling*
- *Satse på forebygging og egenmestring som en viktig del av innbyggernes helsetjeneste*
- ✓ *Styrke forebyggings- og folkehelseperspektivet i utøvende tjeneste*
- ✓ *Sørge for gode tilbud om læring og mestring*
- ✓ *Dele kunnskap og konkrete erfaringer med forebyggende tiltak med god effekt på egenmestring og folkehelse*

- *Satse på felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten*
- ✓ *Sørge for utdanning av og kompetanseutvikling for helsepersonell*
- ✓ *Sørge for kompetansedeling på tvers av og innad i tjenestenivåene*
- ✓ *Arbeide for rekruttering og stabilisering av helsepersonell*

Etter oppstarten og driftserfaring i Tromsø er PSHT-modellen etablert med flere team, blant annet ved lokalsykehus i Harstad, Narvik, ved DMS'er og digitale satellitter med flere mindre kommuner.



Målgruppe

- Fysisk skrøpelighet, Psykisk skrøpelighet, Kognitiv skrøpelighet, Psykososial skrøpelighet
Typiske PSHT pasienter; skrøpelighet, nedsatt allmenntilstand, funksjonssvikt, økt hjelpebehov.

Aktive ingredienser

- Tverrfaglige team på tvers av 1. linje og 2.linje
- Samfinansiering
- Tilgang til hverandres EPJ
- Felles daglig ledelse

Enkle henvisningsrutiner, ikke diagnoseavhengig, kort responstid, reell tverrfaglighet, helhetlig, tid til «dypdykk», aktiv involvering og samarbeid, god involvering av brukere og pårørende

Struktur med 2 hovedfunksjoner

1) Tidlig vurdering og intervensjon

- Rask tilgang til høykompetente helsetjenester
- Rask tilgang til nødvendig veiledning
- Rask avklaring av pas. behov for tjeneste
- Rask intervensjon

-> Redusert behov for innleggelse i sykehus og forebygge ytterligere funksjonstap

2) Tidlig støttet utskriving

- Trygge og sømløse overføringer til hjemmet
- Oppfølging og videreføring av behandling og rehabilitering etter sykdom i pasientens nærmiljø

-> Raskere utskrivelse fra sykehus og oppfølging i pasientens nærmiljø

Metodikk

Det jobbes utfra pasientens egne mål, ønsker og behov. Det skal gis helhetlig og individuelt tilpasset helsehjelp. Videre skal man være i forkant med gode planer for å forebygge nye akutte hendelser med behov for høyere omsorgsnivå. Det foretas en tverrfaglig kartlegging, identifisering og felles forståelse for risikoområder. Proaktive og reaktive tiltak synliggjøres.

Organisering og bemanning (PSHT Tromsø)

Organisatorisk er helsetjenesteteamet knyttet både til UNN, E-helse, samhandling og innovasjons-senteret og Tromsø kommune, Seksjon for hjemmetjenester. Deler av teamet er ansatt i UNN og andre i Tromsø kommune. Organisatoriske endringer hos partene som ikke berører driften av PSHT fører ikke til at denne avtalen må endres. Partene skal i god tid informere hverandre om organisatoriske endringer som kan få betydning for driften av PSHT. UNN bidra med stillingsressurser til pasientkoordinator, spesialsykepleiere, lege, spesialfysioterapeut, spesialergoterapeut og farmasøyt. Tromsø kommune bidrar med minimum med ressurser til pasientkoordinator, spesialsykepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut. Organisering og oppbygging av tjenesten, herunder beskrivelse type og antall stillinger fremgår av funksjonsbeskrivelse og budsjett.



Bemanningsoversikt

	UNN	Tromsø	
Pasientkoordinator	4 x 100 %	1 x 100 %	
Spesialsykepleier	4 x 100 %	3 x 100 %	
Ergoterapeut	1 x 80 %	1 x 70 %	
Fysioterapeut	1 x 100 %	1 x 100 %	
Lege	2 x 100 %	-----	
Farmasøyt	1 x 100 %	-----	
Sekretær/merkantil	1 x 100 %	-----	

I tillegg en ledelse på 3 personer – driftsledere, leder UNN og leder Tromsø kommune

Teamet jobber som **en enhet**, lokalisert på UNN. Teamet samarbeider tett med sengeposter på UNN, fastleger, forvaltningskontor, hjemmetjeneste, sykehjem, helsehus etc. Teamet erstatter ikke tilbud som eksisterer men er støtte til disse, for pasienter som i en periode har behov for et styrket tilbud.

Forskningsresultater (N = 1217)

- 10 % færre ø-hjelpsinnleggelser/ 6mnd.
- 42 færre medisinske kriser som sparer pasienten for akuttinnleggelse
- 32 % færre ø-hjelp liggedager/ 6 mnd.
- 2077 færre liggedager, som utgjør 6 senger/ 6 mnd.
- 2,3 ganger mere planlagt poliklinikk
- Flere kontakter kan planlegges for helsepersonell og pasienten
- 43 % redusert dødelighet etter 6 mnd.
- 53 flere som har fått PSHT er i live etter 6 mnd.

Veien videre for PSHT Tromsø

PSHT i Tromsø utredes til å gjelde stormottakere og har lagt til grunn følgende resultatmodell:

Antall henvisninger til PSHT/Forsterket koordinering	Estimert tilgjengeliggjorte liggedøgn	Estimert tilgjengeliggjort sengekapasitet	KPP-basert verdi
800	1536	5,8	9.216.000
1500	2880	10,8	17.280.000
1700	3264	12,3	19.584.000

Frigjort kapasitet er ikke ubrukte senger og besparelser er ikke «penger på bok». Det er potensialet for å frigjøre ø-hjelps kapasitet til andre pasienter. Modellen må justeres i forhold til faktisk antallet stormottakere ved hver avdeling.



Økonomi og kostnadsbilde

Den største kostnaden ligger i stillingsressurser og kan beregnes utfra dette. I tillegg kostnader knyttet til lokaler ved UNN, inventar, utstyr, kjøretøy mv. PSHT i dagens drift (ca. 500 pasienter) generer et lite overskudd. Pukkelkostnader vil oppstå ved å «innlemme» stormottakerprosjektet, men til tross for et større team vil man få en positiv effekt ved ca. 1.700 pasienter.

Konklusjon

PSHT synes å få følgende effekter:

- ✓ God og nødvendig oversikt over aktuelle pasienter med tettere oppfølging.
- ✓ Tidligere oppdagelse og forebygging av akutte hendelser ved skrøpeligheit.
- ✓ Mer effektiv kommunikasjon og felles planlegging rundt enkeltpasientene mellom kommunal 1.linjetjeneste, fastleger og sykehus
- ✓ Redusert antall øyeblikkelig hjelp innleggelser for skrøpelige eldre

Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til hvorvidt PSHT har en effekt på Utskrivningsklare pasienter. Statistikk fra Helsedirektoratet viser at Universitetssykehuset i Nord Norge har like store utfordringer som St. Olavs hospital.



Vedlegg 2 – Erfaringsutveksling Bergen - Tverrfaglig funksjonsvurdering og avklaring i kommunen (vurderingsenhet)

Bakgrunn

- Innføring av Samhandlingsreformen - Bergen kommune hadde mange betalingsdøgn
- Tiltak: Opprettelse av kommunal mottaksavdeling (KMA) oktober 2014.
- Resultat: Redusert antall betalingsdøgn (somatikk), bedre utnyttelse av sykehussenger, bedre pasientforløp (unngå korridorpasienter på sykehus, unngå lange korttidsopphold i sykehjem for de som kan klare seg med noen ekstra dager)

Forløp

- E-meldingsdialog (PLO-meldinger) mellom sykehuset og faste saksbehandlere i kommunen (logistikkteam) - avklarer det videre tjenestetilbudet (gjennomføres ikke sykehusbesøk)
- Dersom det vurderes at det ut fra kriterier er behov for opphold i KMA seng har logistikkteamet dialog med saksbehandler på KAS/Mottaksavdeling for tildeling av plass
- Under oppholdet kartlegger saksbehandler på KAS/Mottaksavdeling videre tjenestetilbud og dokumenterer dette i EPJ
- Saksbehandler (evt. vurderingsteam) følger opp videre

Kriterier for innleggelse

- Utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale pleie og omsorgstjenester og hvor det ikke finnes annet egnet tilbud
- Utskrivningsklare pasienter som fortsatt har behov for opphold på institusjon av inntil en ukes varighet, før hjemreise
- Pasienter som ledes utskrivningsklare på helg og høytidsdager og som ikke har hatt hjemmetjenester tidligere eller hvor tjenestebehovet er endret i forhold til tidligere
- Opphold på mottakssykehjem varer som hovedregel 1-3 dager, men kan forlenges til inntil 1 uke
- Følgende pasientgrupper er ikke kandidater til opphold på mottaksavdeling;
 - pasienter med delirtilstander og pasienter med særskilt utagerende adferd
- Følgende pasientgrupper skal som hovedregel tildeles plass på ordinære korttids-/rehabiliteringsavdeling. Dersom dette ikke er mulig må disse pasientene innvilges opphold på mottaksavdeling, nettopp for å unngå betalingsdøgn i sykehus;
 - terminale pasienter, pasienter med behov for spesialisert rehabilitering og personer med alvorlige psykiske lidelser, som trenger psykiatrisk behandling

Utvikling i sengekapasitet på mottaksavdeling

År	Sengeplasser	Kommentar
2014	27	
2020	23	Byttet lokale
2022	Ca.17 (+ 17 ØHD senger) = 34	Samlokalisert med ØHD.



Bakgrunnen for sammenslåing av kommunal mottaksavdeling og ØHD senger var følgende:

- Bedre ressursutnyttelse av ledige sengeplasser
- Bedre ressursutnyttelse av helsepersonell
- Store deler av pasientgruppen er sammenfallende

Detaljert bemanningsoversikt (tverrfaglige team)

Stilling	Vakt	Antall	kommentar
Avdelingsleder	Dagvakt	1	mandag til fredag kl. 07:30-15:00
Sykepleiere	Dagvakt	4	5 sykepleiere på onsdag kl.07:30 - 15:00, pga. mange utreiser
Sykepleiere	Kveld	2	3 sykepleiere på fredag kl. 07:30 – 15:00 pga. mange innleggelser
Sykepleiere	natt	2	kl. 21:30-07:30
Sykepleiere (helg)	Dag	2	kl.07:30 - 15:00
Sykepleiere (helg)	Kveld	2	kl.14:30 - 22:00
Sykepleiere (helg)	natt	2	kl.21:30 - 07:30
Helsefagarbeidere	Dagvakt	3	kl. 07:30 - 15:00
Helsefagarbeidere	Kveld	3	kl.14:30 - 22:00
Helsefagarbeidere (helg)	dag	3	kl. 07:30 - 15:00 (de fleste er medisin- og sykepleiestudenter)
Helsefagarbeidere (helg)	Kveld	3	kl. 14:30 - 22:00 (de fleste er medisin- og sykepleierstudenter)
Saksbehandlere	Dag	1	Saksbehandler alle dager (inkludert helg og helligdag) kl. 08.00 – 15.00
Leger	Dag	2	2 x 100% stilling fra mandag til fredag kl.08:00-15:30.
Fysioterapeut	Dag	70%	

Suksesskriterier

- Saksbehandler tilstede alle dager – styrer inntak og utskrivning
- Kun pasienter som er meldt utskrivningsklare fra sykehus
- Prioriterer tildeling av institusjonsplasser til pasienter på KMA – sirkulasjon
- Liggetid: 1-3 dager, kan forlenges til 1 uke (gjennomsnitt ca. 6 dager)
- Tverrfaglig – sykepleier, lege, fysio, saksbehandler
- Ikke vedtak, ikke betaling

KPI

- Antall betalingsdøgn
- Liggetid (antall liggedøgn), antall re-innlagte, antall dødsfall



Vedlegg 3 Stavanger - Etterbehandlingsavdeling (vurdering- og avklaringsenhet)

Bakgrunn

På bakgrunn av Samhandlingsreformen startet Stavanger kommune en organisasjonsutvikling blant annet for å samle korttidsplassene, håndtere utskrivningsklare pasienter, samt sikre god og effektiv drift med nødvendig kapasitet. Frem til etablering av etterbehandlingsavdeling i 2018, med dedikerte plasser for utskrivningsklare pasienter, har kommunen jobbet med såkalte «overgangsplasser» og korte korttidsopphold.

Stavanger kommune har benyttet oppdragsbrev siden 2015, der målområdet har variert noe. «Det man har fokus på, får oppmerksomhet». Målområde 3; Pasientforløp hjem og sykehjem omhandler følgende:

- Komme raskt i gang med oppfølging for å unngå at pasienter blir liggende ferdigmeldte i spesialisthelsetjenesten
- Bedre utnyttelse av korttidsplasser

På sitt største korttidssykehjem har Stavanger kommune 70 enerom fordelt på 3 avdelinger, der en av avdelingene, med 27 plasser, er dedikerte for pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus.

Kriterier for tildeling av tjeneste på Etterbehandlingsavdeling (EBA):

Hovedmålet er at flere enn før skal reise hjem etter opphold hos spesialisthelsetjenesten.

Tjenesten SHU i sykehjem (SHU), er beregnet på pasienter som er definert som utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten, og som trenger etterbehandling i sykehjem en kort periode før de kan reise hjem. Pasienter med uro og/eller utagerende atferd skal ikke tildeles plass i EBA.

Tjenesten SHU skal ha høy prioritet for tverrfaglig kartlegging og avklaring av videre tiltak og tjenester. Dersom bruker ikke kan reise hjem etter SHU-opphold, må helse- og sosialkontoret (HSK) avklare hvilke tjenester brukeren har behov for, og kan nyttiggjøre seg, slik at hun/han på sikt blir i stand til å reise hjem. HSK skal ha startet planleggingen av det videre tjenestetilbudet før pasienten kommer på EBA.

Plassene på etterbehandlingsavdelingen er kriteriefordelt mellom de fire HSK i kommunen og det enkelte HSK disponerer og tildeler sine plasser. De er ansvarlige for at liggetiden er kort, 2-5 dager, og skal i hovedsak ikke overstige 14 dager. Brukeren skal ha tjenestevedtak, og det må beskrives tydelig, i kort begrunnelse, hva som skal avklares under oppholdet.

Ledige plasser i helg/høytid skal fortløpende tildeles ferdigbehandlet pasienter uavhengig av kriteriefordelingen. HSK har ansvaret for at disse pasientene snarest mulig tildeles plass på rom som tilhører rett HSK. Etterbehandlingsavdelingen må varsle de aktuelle HSK umiddelbart om inntak som er gjort i løpet av helg/høytid.



Kriterier for tildeling av tjenesten SHU i sykehjem:

Pasienten er meldt utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten og:

1. Pasienten har behov for etterbehandling, men kan ikke reise hjem fordi pasienten f.eks.:
 - Skal ha intravenøs antibiotikabehandling eller lignende
 - Venter på ledig plass i institusjon etter vedtak (SHK, SHR eller lignende)
 - Venter på nødvendig hjelpemiddel
2. Tjenestebehovet er uavklart og/eller må kartlegges

Forholdet - Etterbehandlingsavdeling, Helse og sosial kontor og Stavanger universitetssykehus

- Stavanger kommune er organisert med 4 HVK
- SUS melder utskrivningsklare pasienter til HVK
- HVK melder aktuelle pasienter inn på ledige rom på EBA
- Ved ledig kapasitet helg/helligdag kan SUS melde inn pasienter direkte til EBA
- Kriterier for tildeling av tjenesten er utarbeidet
- EBA kartlegger så fort som mulig for videre plan/utreise
- Pasienter får vedtak om opphold, ikke lengde, det avgjøres på EBA i tverrfaglig samarbeid
- SUS/EBA har en «direkte» linje til hverandre (samhandlingskoordinator/KFU spl.) ift. avvik, samhandling etc.

Bemanningsoversikt

27 årsverk fordelt på:

- 1 avdelingssykepleier
- 10 årsverk sykepleiere D/A
- 9,6 årsverk helsefag D/A
- 3,8 årsverk natt (spl. + helsefag)
- 2,6 årsverk helgestilling
- 9 Dagvakt hvorav minimum 3 sykepleiere
- 7 Kveld hvorav minimum 2 sykepleiere
- 2 Natt – 1 sykepleier + 1 helsefag

I tillegg sitter 1 sykepleier «inne» for å ta unna samhandling med HVK og SUS (man-fre)
Fysio./ergo. fra egen kommunal virksomhet 3 ganger i uken, kun vurderingsbesøk, samt
3 årsverk med lege tilknyttet avdelingen – holdes utenom avdelingens budsjett.
Budsjett på 23 mill. + 2,1 mill. i ekstra budsjettmidler

Resultatoppnåelse (somatikk)

- Kostnadsreduksjon for UKP:
- 12,9 mill. i 2018 2,6 mill. i 2022.
- Andel UKP med liggetid over 1 døgn:
- 27 % i 2018 11% i 2022



Forutsetninger for god samhandling

- Dra lasset i lag
- Anerkjenn hverandre og utfordringene vi står i
- Framsnakke hverandre og adressere problemer
- Anerkjenn eget ansvarsområde og ha tillit til den vi samhandler med

Suksesskriterier

- Tydelig ledelse og rolleavklaring, ansvarsklarhet, omforent forståelse og felles holdning slik:
- Fokus på effektiv logistikk
- Plan for høy aktivitet i kommunen
- Unngå kalde senger (inn kl. 13 og ut kl. 11)
- Tverrfaglige tavlemøter
- Tidlig avklaring om type opphold
- Strukturerte opphold, god informasjon hele veien
- Tydelige ledere som er tro mot visjonen
 - «Alarmen går til kommunalsjef når antall UKP > 3»
 - «Ferdigbehandlede pasienter er vårt (kommunens) ansvar»
 - «Hvis ikke vi tar ut UKP får ikke våre innbyggere nødvendig behandling i spesialisthelsetjeneste til rett tid»

God flyt og omløp i sengene er avhengig av

- Tverrfaglige tavlemøter
- Avklaring av hjemmeforhold og tilstand før sykehusopphold
- Tidlig medisinsk avklaring av legene
- Tidlig avklaring om utreise og type opphold/avdeling med pasient og pårørende

Tavlemøter gjennomføres daglig Mandag – fredag kl. 10.00 – 10.30, tverrfaglig møter med Sykepleier, helsefag, pleieassistent, lege (x 3 pr. uke), fysio. (man,ons,fre), HVK/koordinator (x 1 pr.uke) og avd.spl./KFU spl.

Etter tavlemøte; tavlen inneholder 1) Mål for oppholdet, 2) Hva er viktig for deg 3) NEWS 4) Hjemmeforhold 5) Plan/utreise 6) Risikoområder: fall, smerter, sår, ernæring

Konklusjon

Erfaringer tilsier at tverrfaglig funksjonsvurdering- og avklaring (tilsvarende) i kommunene, for UKP, har stor og rask effekt på UKP, blant annet ved bedre utnyttelse av sykehussenger og korttidsplasser. Det peks på følgende:

- Raskere uttak av UKP fra sykehus og reduksjon av UKP døgn
- Økt effektivitet i utnyttelse av kommunale institusjonsplasser
- Økt andel av UKP reiser hjem med hjemmebaserte tjenester



Tallgrunnlag; sengeplasser og bemanning Bergen og Stavanger

Vurdering-/avklaringsenhet	Bergen - Mottaksavdeling 288.000 innbyggere (2022)	Stavanger - EBA 145.000 innbyggere (2022)
Sengeplasser	17 stk. (start 2014: 27 stk.)	27 stk.
Samlokalisert med KAD	Ja 17 plasser KAD 17 plasser KAS	Nei
Samarbeid med andre kommuner(kjøp/salg plasser)	Kun Bergen (kan selge)	Kjøper i nabokommuner
Årsverk pleie (heldøgn)	Bemanning D-K-N 7 + 5 + 2 (23 plasser/2021) 10 + 10+ 4 (34 plasser/2022)	27 årsverk Bemanning D-K-N 9 + 7 + 2
Årsverk lege	2 årsverk lege 24/7	3 årsverk
Saksbehandler	Tilstede 7 dager/uke kl. 08.00 – 15.00	Ekstern - fra HVK, ikke tilsatt i avd.
Fysioterapeut	70 % stilling dag	3 x pr. uke Vurderingsbesøk

Nøkkeltall

Vurdering-/avklaringsenhet (EBA/Mottaksavd./KAS)	Bergen 288.000 innb. (2022)	Stavanger 145.000 innb. (2022)
Antallet innskrivninger (2022)	688 stk. omorganisering i 2022	996 stk.
Gjennomsnittlig lengde opphold	6 døgn	7,3 døgn
Reinnleggelser	10 %	96 stk. (10%)
Videre til annet sykehjemsopphold	2/3	422 stk. (42%)
Videre til hjemmet med kommunale tjenester	1/3	302 stk. (31%)
Videre til hjemmet uten kommunale tjenester	Se over; ikke tall på hhv. med og uten tjenester	69 stk. (7%)
MORS	3 – 10 stk.	17 stk. (1,7 %)



Vedlegg 4 Møtelogg for arbeidsgruppene

Dato	Arb.gr.	Tema
08.11.22	1	Gjennomgang av mandatet, arbeidsform og videre møteplan
09.11.22	2	Gjennomgang av mandatet, gruppesammensetning(konstituering, videre møteplan, plan for studieturer.
22.11.22	1	Skape felles forståelse; skrøpelige eldre og pasientforløp. Presentasjon fra hvert område (kommuneområde og sykehus): "Hva fungerer bra og hva er eventuelle hindringer for et godt og effektivt pasientforløp til skrøpelige eldre pasienter?"
24.11 - 25.11.22	2	Studiebesøk til Tromsø for erfaringsdeling vedrørende <u>pasientsentrert team</u> , jf. strukturert tverrfaglig teammodell på tvers av 1. og 2. linjetjenesten, ble gjennomført for noen av deltakerne i arbeidsgruppe 2
06.12.22	2	Erfaringsdeling fra Bergen kommune via Teams vedrørende <u>kommunal mottaksavdeling for UKP</u> , nå kommunal allmenmedisinsk sengepost, jfr. vurderings- og avklaringsenhet i kommunen etter UKP registrering Erfaringsutveksling med Bergen kommune, informasjon og erfaringer fra studietur til Tromsø
07.11.22	2	Studiebesøk til Stavanger for erfaringsdeling vedrørende etterbehandlingsavdeling (EBA), jfr. <u>vurderings- og avklaringsenhet</u> i kommunen etter UKP registrering ble gjennomført for noen av deltakerne i arbeidsgruppe 2
13.12.22	1	Felles forståelse av "utskrivningsklar pasient". Gruppearbeid om mulige tiltak i felles pasientforløp og forbedringspotensial i samhandlingen.
03.01.23	2	Refleksjoner rundt erfaringene fra Stavanger og Bergen. Presentasjon av hvilke tilbud Melhus kommune har.
10.01.23	1	Prosessarbeid rundt hvordan vi kan håndtere skrøpelighet (avdekke, når vi oppdager skrøpelighet, mulige tiltak og eventuelle begrensninger. Erfaringsutveksling med Vestfold helsefellesskap.
17.01.23	2	Diskusjon rundt erfaringene fra studiebesøk Tromsø - pasientsentrerte team. Presentasjon av hvilke tilbud hhv. Midtre Gauldal og Trondheim kommune har.
19.01.23	1/2	Orientering til PSU (politisk samarbeidsutvalg)
31.01.23	2	Presentasjon av hvilke tilbud Trondheim kommune har (forts). Gjennomgang av ulike eksisterende team St. Olavs hospital, flytskjema for samhandlingsavtalen, diskusjon om forbedringspunkt i samhandlingen.



07.02.23	1	Vurdering av mulige screeningverktøy for skrøpeligheitsvurdering. workshop - post-it øvelse - konkretisering av ansvar, oppgaver og tiltak rundt vurdering av skrøpeligheits - utvikling av modell .
14.02.23	2	Diskusjon rundt visualisert modell av pasientflyt-/forløp. Presentasjon av simulerings-/beregningsmodell UKP - diskusjon.
21.02.23	1	Kvalitetssikring av arbeidet fra forrige møte. Definering av et "idealforløp" - overganger hjem - sykehus - hjem
28.02.23	2	Gjennomgang av mandatet - konkretisering av bærekraftig driftsmodell, samarbeidsformer, forutsetninger, kapasitetsvurdering, beskrivelse av effektmål.
08.03.23	1/2	Orientering til fagrådet for legesamarbeid (Leder for arbeidsgruppe 2 på vegne av begge gruppene)
09.03.23	2	Diskusjon rundt hovedutfordringene med UKP.
13.03.23	1/2	Orientering til ASU (administrativt samarbeidsutvalg)
21.03.23	2	Oppstart diskusjon rundt oppbygging av rapport Oppstart arbeid med KPIer (key performance indicator = måltall)
23.03.23	1/2	Orientering til PSU (politisk samarbeidsutvalg)
28.03.23	2	Oppfølging av tema fra 21.03
28.03.23	1	Gjennomgang av skisse for helhetlig pasientforløp - diskusjoner og justeringer.
11.04.23	2	Oppfølging av tema fra 21.03 og 11.04
18.04.23	1	Gjennomgang av konkret modell for pasientforløp mens pasienten er innlagt i sykehus og tydeliggjøring av viktige tidspunkt for samhandling rundt skrøpelige eldre. Gjennomgang av utkast til sjekklister for når en pasient er utskrivningsklar.
02.05.23	1	Gjennomgang av forbedret modell inkludert lenke til ulike verktøy. Diskusjon rundt når det bør være møte i forkant av utskrivning og hvem som bør involveres.
08.05.23	2	Oppfølging av tema fra 21.03. og 11.04
16.05.23	1	Gjennomgang og kvalitetssikring av tekst til rapport
24.05.23	1/2	Orientering til fagrådet for legesamarbeid
30.05.23	1	Gjennomgang og kvalitetssikring av tekst og modeller til rapport

CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpen. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte ila dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved moderat demens er korttidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved svært alvorlig demens er de ofte sengeliggende. Mange har mistet alt språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca

Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.



CLINICAL FRAILITY SCALE

NORWEGIAN

	1	VELDIG SPREK	Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.
	2	SPREK	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer , men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.
	3	KLARER SEG BRA	Personer med velkontrollerte medisinske problemer , selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.
	4	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet . De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte ila dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	Disse er mer tydelig langsomme , og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stille hjemmet . Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).
	7	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).
	8	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.
	9	TERMINALT SYK	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit . (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved **mild demens** inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved **moderat demens** er korttidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved **alvorlig demens** må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved **svært alvorlig demens** er de ofte sengeliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicinerecherche.ca

Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.



DALHOUSIE UNIVERSITY

Indremedisin - Geriatri - Geriatiske pasienter som prioriteres for innleggelse på Avdeling for geriatri

Forfatter: Betty Bikset, Ingvild Saltvedt
Godkjent av: Anne Hildur Henriksen

Gyldig fra: 01.07.2022
Revisjonsfrist: 30.06.2027

Revisjon: 1.0
ID: 45898

Innledning

Retningslinje for seleksjon av geriatiske pasienter til Avdeling for geriatri.

Antallet geriatiske pasienter som legges inn på St Olavs hospital er langt høyere enn kapasiteten på sengepost på Avdeling for geriatri (15 senger). Det er derfor nødvendig å gjøre en prioritering av hvem som skal legges på sengeposten. Prioriteringen er gjort delvis på bakgrunn av forskning, men også praktiske forhold som bemanning og lokaliteter spiller inn.

Hensikt og omfang

Behandling på Avdeling for geriatri omfatter håndtering av akuttmedisinske tilstander og bred geriatrisk utredning utført av et tverrfaglig team for de som anses å ha nytte av dette. Forskning viser at bred geriatrisk utredning og behandling har god effekt på funksjon og livskvalitet og kan redusere antall dager i institusjon. Effekten er best for pasienter som fortsatt har noe restfunksjon, dvs. akutt syke eldre som har en begynnende skrøpelig eller funksjonssvikt.

Formålet med denne retningslinjen er å bidra til riktig seleksjon av pasienter til geriatrisk sengepost fra Akutten.

Retningslinjen er gjeldende for lege og sykepleier i Akutten, Beleggskoordinator og ansvarlig lege og sykepleier ved Avdeling for geriatri

Målgruppen

Primært eldre pasienter der lege i mottak identifiserer behov for en tverrfaglig bred geriatrisk vurdering.

Kriterier som tilsier prioritet i geriatrisk sengepost:

Minst *en* av følgende:

- Ny oppstått funksjonssvikt i form av svikt i daglig funksjon med økt hjelpebehov
- Ny oppstått (i løpet av dager/uker) eller rask forverring av mobilitet og/eller falltendens
- Raskt økende kognitiv svikt med mistanke om delirium (4AT \geq 4) [4AT](#) der utløsende årsak ikke er klarlagt og utløsende årsak ikke tilhører et annet fagområde.

Pasienter som er hjemmeboende og har utsikter til å fortsatt kunne bo hjemme etter endt behandling, evt. via korttidsopphold på sykehjem eller rehabilitering, prioriteres.

Pasienter som ikke prioriteres til avdeling for geriatri

- Pasienter med primær rus- eller psykiatrisk problematikk
- Pasienter som i sin habitualtilstand er alvorlig skrøpelig (CFS over 6) [Clinical Frailty Scale](#)

Pasienter som har fast sykehjemsplass eller bor i omsorgsbolig med 24 timers omsorg, fordeles på avdelinger som har kapasitet, og har ikke primært behov for geriatrisk vurdering.

Pasienter som nylig har vært innlagt Avdeling for geriatri og har gjennomgått en tverrfaglig kartlegging

Pasienter som trenger medisinsk overvåkning er ikke egnet på geriatrisk sengepost.

Konsulter bakvakt geriatri ved usikkerhet.

Arbeidsbeskrivelse

Ansvar	Utføres av	Arbeidsoppgave
Identifisering	Lege i Akuttmottak	Klinisk undersøkelse, identifisere behov for en tverrfaglig bred geriatrisk vurdering (Se under relatert for regional retningslinje for Bred geriatrisk utredning)
Mottak av pasient	sykepleier	Triagering av pasient
Koordinering	Beleggskoordinator	Holde seg oppdatert på belegget ved medisinsk klinikk
Mottak av pasient	Ansvarlig sykepleier sengepost	Holde seg oppdatert på belegget i sengeposten. Evt. avklare mottak av pasient med bakvakt på geriatri

Retningslinjen er utviklet i samarbeid med Norsk forening for geriatri.

Relatert

[Geriatri- Bred geriatrisk utredning og behandling for pasienter i sykehus is2.docx \(helsemidt.no\)](#)

Referanser

[Clinical Frailty Scale](#)

[4AT \(legeforeningen.no\)](#)

Relaterte lenker:

[Bred geriatisk utredning](#)



Why is the Pictorial Fit-Frail Scale (PFFS) helpful for caregivers?

Upon completion, the PFFS can be used as a tool to support communication with the senior you are providing care for about frailty and areas where they may require or appreciate support.

The completed scale can also be a useful tool when speaking with a health care professional about the senior's needs, changes you are noticing, and the role you have in the senior's life.

The Pictorial Fit-Frail Scale[®]



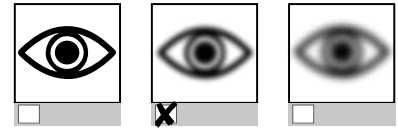
NAME: _____

DATE: _____

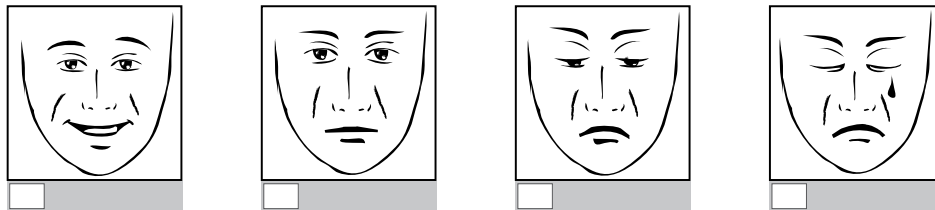
Instructions: This scale is intended to assess your USUAL state in different categories using pictures ordered from best to worst.

For each category, choose ONE picture that is closest to your USUAL state. Mark below that picture. There is no right or wrong answer.

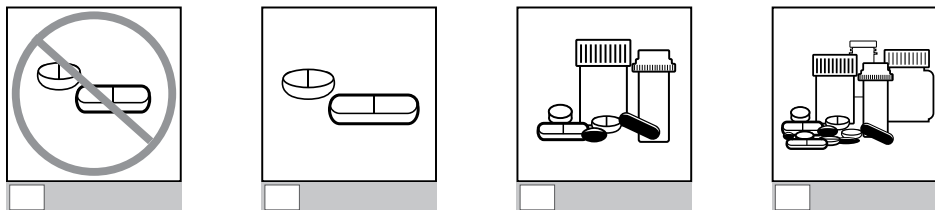
Example: If your USUAL vision is closest to the second picture mark as shown.



1 MOOD



2 NUMBER OF MEDICATIONS





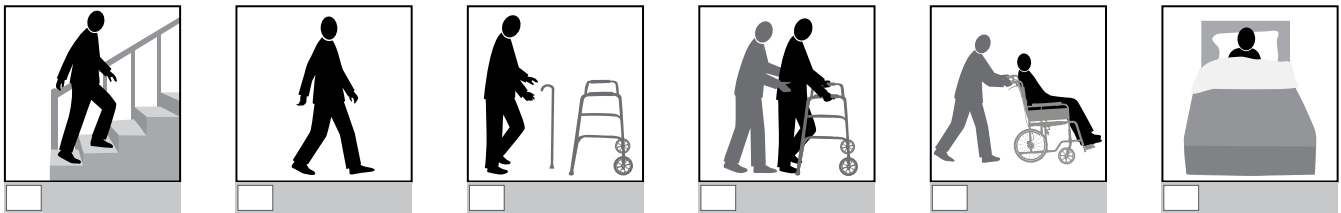
The Pictorial Fit-Frail Scale[®]



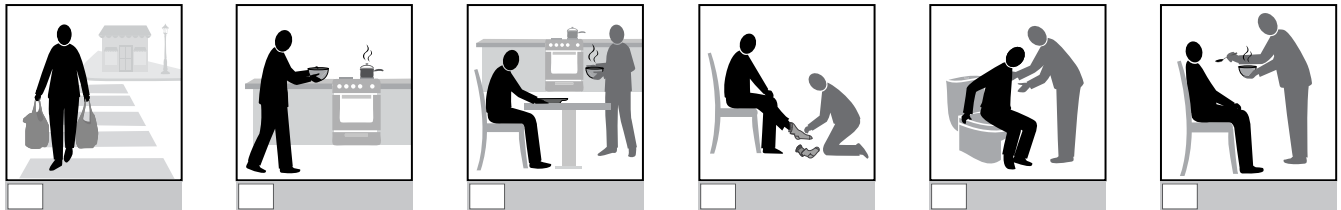
For each category, mark **ONE BOX** that is the closest to your **USUAL STATE**.



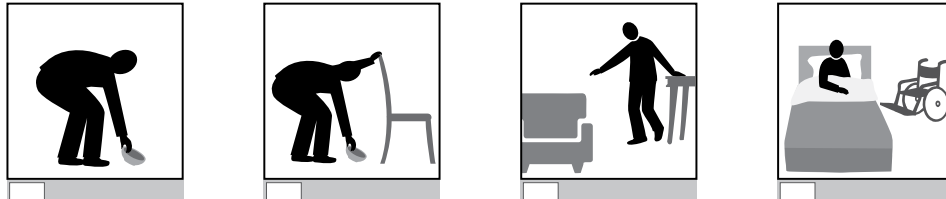
3 MOBILITY



4 FUNCTION



5 BALANCE





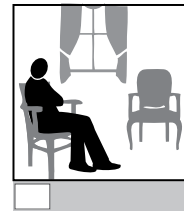
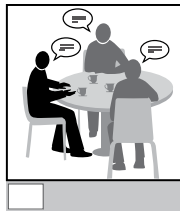
The Pictorial Fit-Frail Scale[®]



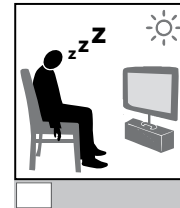
For each category, mark **ONE BOX** that is the closest to your **USUAL STATE**.



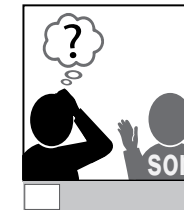
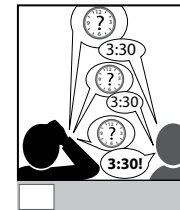
6 SOCIAL CONNECTIONS



7 DAYTIME TIREDNESS



8 MEMORY AND THINKING





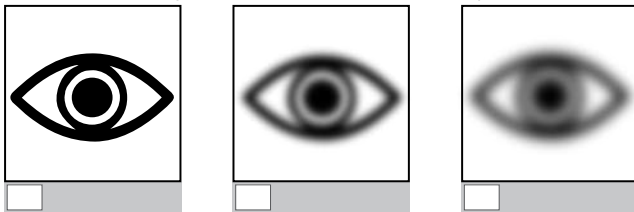
The Pictorial Fit-Frail Scale[®]



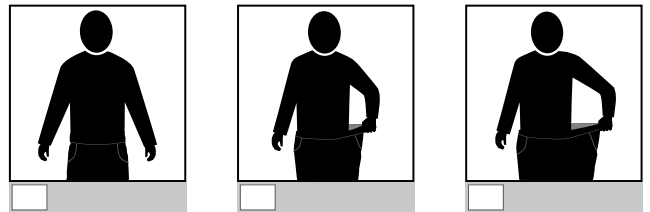
For each category, mark **ONE BOX** that is the closest to your **USUAL STATE**.



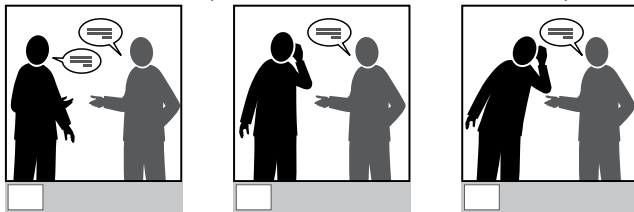
9 VISION (WITH GLASSES IF NEEDED)



12 UNINTENTIONAL WEIGHT-LOSS



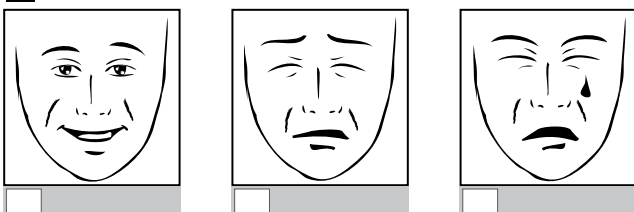
10 HEARING (WITH HEARING AID IF NEEDED)



13 AGGRESSION



11 PAIN



14 BLADDER CONTROL



Bestilling av nødvendige hjelpemidler for utskrivningsklare pasienter

Sted og prosess HVK felles / Saksområder / Velferdsteknologi og hjelpemidler
Sist godkjent dato 16.09.2021 (Evjen Tor Erling (ETE) (Organisasjon og Finans))
Dato endret 16.09.2021 (Nervik Cecilie (C8N) (Helse og velferd))

Dokumentkategori
Siste revisjonsdato
Neste revisjonsdato 13.09.2021
Dokumentansvarlig Nervik Cecilie (C8N) (Helse og velferd)

Veileder for bestilling av nødvendige hjelpemidler ved utskrivelse fra St. Olavs hospital.**Formål:**

Oppdage tidlig behov for nødvendige hjelpemidler.
Sikre kjennskap til arbeidsprosess for bestilling av nødvendige hjelpemidler.
Sikre tidlig bestilling for å unngå unødig forlengelse av pasientforløp grunnet manglende hjelpemidler.

Omfang:

- St Olavs hospital
- Helse- og velferdskontor
- Enhet for ergoterapitjeneste
- Enhet for fysioterapitjeneste
- Hjemmetjenester

Definisjon av nødvendige hjelpemidler ved utskrivelse:

Må vurderes som absolutt nødvendig og må vurderes individuelt og omfattes her:
Sykeseng med madrass, sengegrind, løftebøyle,
Personløfter + seil
Transportrullestol
Trykkavlastende overmadrass, madrass, pute
Toalettstol med bøtte
Rollator

Definisjon kortvarig behov: NORSERVICE

Ved midlertidige behov (under 2 år) for hjelpemidler, dvs. funksjonssvikt som bedres innen kort tid (eks.brudd), skal kommunens korttidslager, Norservice, benyttes.

Definisjon langvarige behov: NAV

Ved langvarige og livsvarige behov for hjelpemidler. Behovet er utover 2 år, herunder terminalfase. Skal søkes fra NAV Hjelpemiddelsentralen.

Definisjon hastesaker, langvarig behov NAV:

Gjelder nødvendige hjelpemidler som forventes levert innen 24 timer, og gjelder ved terminalpleie og sårproblematikk.

Definisjon prioriterte saker, Langvarig behov NAV:

Prioritert sak er utskrivning som ikke kan/kunne vært planlagt fra sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og helsehus. En prioritert sak skal forventes utlevert innen 3 dager.

Arbeidsbeskrivelse:

St Olavs Hospital har ansvar for å avdekke og varsle om behov for nødvendige

Bestilling av nødvendige hjelpemidler for utskrivningsklare pasienter



Sted og prosess HVK felles / Saksområder / Velferdsteknologi og hjelpemidler
Sist godkjent dato 16.09.2021 (Evjen Tor Erling (ETE) (Organisasjon og Finans))
Dato endret 16.09.2021 (Nervik Cecilie (C8N) (Helse og velferd))

Dokumentkategori
Siste revisjonsdato
Neste revisjonsdato 13.09.2021
Dokumentansvarlig Nervik Cecilie (C8N) (Helse og velferd)

hjelpemidler så tidlig som mulig. Varsel om behov for hjelpemidler skal fortrinnsvis gjøres gjennom elektronisk helseopplysning.

Helse- og velferdskontoret har ansvar for tidlig å avdekke behov for tilrettelegging med hjelpemidler ved utskrivelse. Saksbehandler etterspør behovet for hjelpemidler i forespørsels- melding. Behovet kan også oppdages i kartleggingsmøter. Still derfor forberedt på møter, oppdater deg på tidligere hjelpemidler og boligens utforming. Ha alltid med [fullmaktsskjema](#) og [søknadsskjema](#). Anbefales å bestille hjelpemidler umiddelbart når behovet oppdages.

For pasienter som er kjent i hjemmetjenesten før innleggelse, se om bruk av hjelpemidler og boligens egnethet er beskrevet i innleggelsesrapport. Tips: Sjekk boligen på kart på gulesider. For pasienter uten hjemmetjenester, hør med pasient/pårørende/St.OH i kartleggingsmøte.

Når type hjelpemiddel er avklart, vurder om behovet er langvarig eller kortvarig. Er du usikker, rådfør deg med kommunens ergo/fysioterapitjeneste eller hjelpemiddelsentralen på 73 43 84 00. Se NAV.no sine sider.

Hvordan bestille hjelpemiddel:

Ved hast: Ved hastesaker benyttes digital løsning ved å gå inn på nav.no (lokal hjelpemiddelsentral sin nettside) benytt skjema "Hjelpemidler ut før søknad". Skjemaet er alltid tilgjengelig på Hjelpemiddelsentralen sine lokale sider, men forespørsler som kommer inn etter kl 14:00 vil ikke bli behandlet før påfølgende virkedag. Hjelpemiddelsøknad ettersendes innen 2 uker til Hjelpemiddelsentralen. Her ligger det også en oversikt over hjelpemidlene som er under denne ordningen.

Ved kortvarig behov: Hjelpemiddel fra kommunalt korttidslager v/Norservice Support som er helt nødvendig og må bringes ut samme dag, ringes inn til Norservice før kl. 09.00. Om utkjøring dagen etter må bestilling ringes inn innen 11.30. For øvrig er avtalen med Trondheim kommune at hjelpemiddel skal være levert (hjemme/St.OH) innen dag 3 etter bestilling. Kontaktinfo Norservice: Tlf.: 73 84 39 00. Besøksadresse: Fridheimveien 1-3, Postadresse: 7005 Trondheim. E-post: hjelpemidler@norservice.no.

Bruker/pårørende kan selv ringe å bestille hjelpemidler hos kommunens lager og hente dem.

Ved langvarig behov: Hjelpemiddelformidling ved haste- og prioritert sak: Som hovedregel er saksbehandler ansvarlig for å fylle ut og sende inn fullstendig utfylt søknad, inkludert signatur fra bruker. Dersom fullstendig søknad ikke kan fylles ut i kartleggingsmøte opprettes sak ergo- eller fysioterapi. Saksbehandler sender beskjed til ergo- eller fysio om å fullføre søknad og følge opp hjelpemidlet. Vis til HPH 0.

Ved alle haste og prioriterte saker skal saksbehandler avtale bestilling og levering med Kundesenteret ved NAV Hjelpemiddelsentralen på telefon 40 70 28 16. Navn på

Bestilling av nødvendige hjelpemidler for utskrivningsklare pasienter



Sted og prosess HVK felles / Saksområder / Velferdsteknologi og hjelpemidler
Sist godkjent dato 16.09.2021 (Evjen Tor Erling (ETE) (Organisasjon og Finans))
Dato endret 16.09.2021 (Nervik Cecilie (C8N) (Helse og velferd))

Dokumentkategori
Siste revisjonsdato
Neste revisjonsdato 13.09.2021
Dokumentansvarlig Nervik Cecilie (C8N) (Helse og velferd)

oppfølgingsansvarlig må oppgis til NAV Hjelpemiddelsentralen. Dersom oppfølgingsansvarlig ikke er hjemmetjenesten, oppgis aktiv ergo- eller fysioterapeut. Dersom bruker ikke har aktiv ergo- eller fysiotjenesten oppnevnes mottaksansvarlig i ergo- eller fysioterapitjenesten som oppfølgingsansvarlig. Følg ordinær henvisningsrutine. [Kontaktinformasjon til mottaksansvarlig fysio- og ergoterapeut](#). Ringes for å få navn på oppfølgingsansvarlig.

Ordinær hjelpemiddelformidling: Ved ordinær hjelpemiddelformidling, se rutine [ID 14105 Vurdering av behov for tekniske hjelpemidler og hjelpemiddelformidling](#). NB! Her er det også nødvendig å sette opp en oppfølgingsansvarlig.

Tilpasning/montering:

Ved behov for montering prioriterer hjelpemiddeltekniker de som ikke har pårørende/andre til å hjelpe seg. Hjelpemiddeltekniker kontaktes på Gerica, beskjedjournal 519 med mal E01 "beskjed til hjelpemiddeltekniker" eller ring 91 88 05 66. Norservice gjør også enkel montering og gir opplæring i enkelte hjelpemidler. [Se liste for hva](#).

Dokumentasjon/oppfølging:

Bestilte hjelpemidler og oppfølgingsansvarlig i hjemmetjeneste, fysio- eller ergoterapitjeneste dokumenteres i HPH 0. Der hjemmetjeneste er oppfølgingsansvarlig, send huskeliste. Der ergoterapitjenesten er oppfølgingsansvarlig, send beskjedjournal.

For brukere som ikke mottar aktive hjemmetjenester men kommunale tjenester i form av eksempelvis renhold, trygghetsalarm etc må oppfølgingsansvar overføres til ergo- eller fysioterapitjenesten. Fysioterapeut skal ha henvisning som omhandler gang- og bevegelseshjelpemidler, ergo øvrige hjelpemidler. Det må dokumenteres behovet for oppfølging, hvor lenge bruker kan vente på en slik oppfølging, og sikre beskjed/lesetilgang. Følg ordinære henvisningsrutiner. [Kontaktinformasjon til mottaksansvarlig fysio- og ergoterapeut](#). Ringes for å få navn på oppfølgingsansvarlig.

Bestillingsskjema:

- Se [NAV hjemmeside](#) eller skriv ut
- [Søknadsskjema](#)
- [Fullmaktsskjema](#)

Bakgrunnsinformasjon:

[Samarbeidsavtale, retningslinje 2](#)



Vedlegg 9 Hjelpespørsmål utskrivningsklar

Hjelpespørsmål UKP

Spørsmålene nedenfor er formulert med utgangspunkt i §9 i [Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter](#). Denne beskriver vilkårene for at en pasient er utskrivningsklar og hvilken informasjon som skal være vurdert og dokumentert i pasientjournal.

Formål:

- god medisinsk avklaring
- planlegging av behandling og omsorgstilbud
- unngå forsinkelse i nødvendig utredning/undersøkelser
- sikre kompetanseoverføring/opplæring om nødvendig
- fange opp/avklare oppgaveglidning

- A. Hva var innleggelsesårsaken? Er det tatt stilling til denne, inkludert diagnose?
- B. Har det oppstått andre problemstillinger under oppholdet? Er det tatt stilling til disse, inkludert diagnose(r)?

Hjelpespørsmål i e-meldingsdialog for å oppnå avklaring til det at pasienten meldes UK:

Har det tilkommet f.eks.

- a. delir: vurdert årsak og beskrevet nødvendig behandling videre (også omsorgstiltak)
 - b. infeksjon: plan for behandling beskrevet
 - c. smerter: vurdert årsak og plan for behandling beskrevet
 - d. behov for undersøkelser eller spesialistvurderinger på sykehus som har betydning for kortsiktig medisinsk oppfølging (gjelder ikke planlagte polikliniske undersøkelser)
 - e. psykiske sykdommer og symptomer som krever særskilt oppfølging
- C. Dersom noen av problemstillingene i A og B ikke er avklart, er det redegjort for hvorfor?
 - D. Foreligger det plan for hvordan problemstillingene i punkt A og B skal følges opp videre?

Hjelpespørsmål i e-meldingsdialog for å oppnå avklaring til det at pasienten meldes UK:

- a. Har pasienten samtykket til opphold/behandling i kommunalt institusjonstilbud? Kan man forvente motstand? Er [samtykkekompetanse](#) i så fall vurdert?
- b. Ved alvorlig skrøpeligheit (CFS>6)
 - er det i utnotat beskrevet hvordan forverring av kjent sykdom skal behandles?
 - er det tatt stilling til HLR-status?
 - er vurdering av hva som er egnet behandlingsnivå ved evt. framtidig alvorlig sykdom beskrevet? (sykehus eller kommune?)
- c. hva slags informasjon har pasient og pårørende fått jf. pkt. i og ii?
Dersom pasienten vurderes å være døende:



- har pasient og pårørende fått ønsket og tilstrekkelig informasjon om prognose og plan videre?
 - er det beskrevet behandlingsplan videre, inkl. er det ordinert lindrende medisiner? Tar denne høyde for evt. forverring i nær tid?
- d. Dersom pasienten skal ha behandling med medikamenter intravenøst i kommune:
- forventer man at det kan bli utfordringer med iv-tilgang? Hvis ja, er robust iv-tilgang sikret før overflytting til kommune?
- E. Er nåværende funksjonsnivå og endring fra normalsituasjon beskrevet, samt hvilket funksjonsnivå det er realistisk å forvente på sikt? Dette er særlig viktig ved CFS<5.

Utarbeidet i Arbeidsgruppe 1 - Helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre, ferdigstilt 300623



Vedlegg 10 Rutine for vurderingsmøter

Når bør det være møte i forkant av utskriving og hvem bør involveres?

A. Kartleggingsmøte saksbehandlende nivå initieres for

1. Nye pasienter med behov for kommunale tjenester ved utskrivelse

Unntak ved små, avklarte og/eller kortvarige behov, hvor saksbehandler vurderer at det er tilstrekkelig med administrativt saksbehandling eller åpenbart behov for korttidsopphold.

Aktuelle deltakere

- Pasient
- Pårørende
- Ansatt sykehusavdeling
- Saksbehandler
- Hjemmetjeneste
- Andre kommunale tjenester, f.eks. tverrfaglige team

2. Kjente pasienter med store endringer i funksjonsnivå

Unntak når saksbehandler vurderer at det foreligger åpenbart behov for korttidsopphold.

For pasienter med omfattende tjenestebehov skal hjemmetjenesten alltid inviteres i kartleggingsmøte når møtet blir avtalt.

Aktuelle deltakere

- Pasient
- Pårørende
- Ansatt sykehusavdeling
- Saksbehandler
- Hjemmetjeneste

3. Praktisk for punkt 1 og 2

- Vurder så tidlig som mulig i sykehusforløpet om det vil være behov for møte. Dette bør finne sted innen 1 døgn av forespørsel.
- Både sykehusavdeling og saksbehandler kan ta initiativ til møte. Henvendelse skjer via dialogmelding.
- Kartleggingsmøte skjer fortrinnsvis fysisk

B. Samarbeidsmøte legenivå initieres når

- Flere ulike spesialister er involvert og/eller
- Saksbehandler (etter samråd med kommunal lege) er usikker på om videre medisinsk plan er tilstrekkelig beskrevet/avklart og det kreves diskusjon/dialog for å avklare hvilken medisinsk oppfølging pasienten trenger etter utreise



Aktuelle deltakere:

- Behandlende spesialister sykehus
- Kommunal lege
- Fastlege - valgfri deltakelse etter eget skjønn, men inviteres alltid. Dersom sannsynlig vei videre er korttidsopphold, kan fastlege involveres på et senere tidspunkt.
- Saksbehandler

Praktisk:

- Vurder så tidlig som mulig i sykehusforløpet om det vil være behov for møte. Dette bør finne sted innen 1 døgn av forespørsel.
- Både sykehusavdeling og saksbehandler kan ta initiativ til møte. Henvendelse skjer via dialogmelding.
- Saksbehandler har ansvar for å identifisere og kalle inn aktuelle behandlere. Dette skjer i samråd med rådgivende helsehuslege.
- Møtet skjer digitalt, anslått møtetid 30 min.

Utarbeidet i Arbeidsgruppe 1 - Helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre, ferdigstilt 300623



Vedlegg 11 KPI for antallet UKP døgn/1000 innbygger per år i den enkelte kommune

Tabellen sammenlikner befolkningstall og UKP døgn ved St. Olavs hospital for kommunene i St. Olavs hospitals opptaksområde samt Bergen og Stavanger for 2022. Kolonnene *KPI døgn Stavanger* og *KPI døgn Bergen* viser antall UKP døgn for den enkelte kommune dersom disse hadde hatt samme rate av UKP døgn per 100 innbygger som Stavanger og Bergen. Kolonnen *Mål KPI døgn* tar utgangspunkt i et mål om 1000 UKP døgn per 1000 innbygger i Trondheim kommune, og viser hva et slikt mål vil tilsvare for de andre kommune.

Kommune	Befolkning (2022)	UKP døgn (2022, somatikk)	UKP døgn per 1000 innbygger	KPI døgn Stavanger	KPI døgn Bergen	Mål KPI døgn
5028 Melhus	17123	1840	107,5	104	61	81
5033 Tydal	750	43	57,3	5	3	4
5059 Orkland	18502	949	51,3	112	66	88
5031 Malvik	14425	706	48,9	87	51	69
1566 Surnadal	5849	254	43,4	35	21	28
5057 Ørland	1371	409	39,4	63	37	49
5001 Trondheim	210496	5449	25,9	1274	751	1000
5021 Oppdal	7066	172	24,3	43	25	34
5027 Midtre Gauldal	6120	140	22,9	37	22	29
5058 Åfjord	4252	77	18,1	26	15	20
5056 Hitra	5156	78	15,1	31	18	24
5029 Skaun	8360	76	9,1	51	30	40
5054 Indre Fosen	9899	88	8,9	60	35	47
5061 Rindal	1980	17	8,6	12	7	9
5055 Heim	5884	46	7,8	36	21	28
5014 Frøya	5 265	36	6,8	32	19	25



1103 Stavanger	144699	876	6,1	876	516	NA
4601 Bergen	286930	1024	3,6	1737	1024	NA
5022 Rennebu	2443	7	2,9	15	9	12
5032 Selbu	4090	6	1,5	25	15	19
5025 Rørros	5572	0	0,0	34	20	26
5026 Holtålen	1953	0	0,0	12	7	9



Vedlegg 12 Sammenligning av KPI 2 og 3b for kommunene i Helsefelleskapet samt Bergen kommune og Stavanger kommune

Tabellen under sammenlikner KPI 2 og 3b for kommunene i Helsefelleskapet samt Bergen kommune og Stavanger kommune. Tall er hentet fra Virksomhetsrapport fra Helse Midt-Norge. KPI 2. er basert på tall fra 2023 (januar – mars), mens KPI 3b er basert på tall for 2022.

Kommune	KPI 2: Andel UKP-opphold med 0 døgn («nulldøgnsliggere»)	KPI 3b: Liggetid som UKP (for de med flere enn 0 ventedøgn)
5059 Orkland	58,2 %	5,3
5057 Ørland	64,3 %	5,5
5001 Trondheim	64,4 %	4,2
5028 Melhus	66,1 %	11,3
5029 Skaun	67,9 %	2,4
5021 Oppdal	68,8 %	5,3
1566 Surnadal	71,4 %	7,1
5058 Åfjord	73,2 %	4,3
5026 Holtålen	75,0 %	1,0
5033 Tydal	77,8 %	8,6
5027 Midtre Gauldal	78,9 %	4,2
5025 Røros	79,1 %	1,1
5022 Rennebu	81,3 %	1,3



5031 Malvik	83,3 %	9,1
5054 Indre Fosen	86,4 %	3,6
1103 Stavanger	87,5 %	1,8
5056 Hitra	89,4 %	3,1
5061 Rindal	90,9 %	2,1
5014 Frøya	94,4 %	2,4
5055 Heim	94,8 %	3,3
4601 Bergen	95,1 %	2,2
5032 Selbu	96,8 %	1,2



Vedlegg 13: Ønsket styringsinformasjon for oppfølging av overganger mellom sykehus og kommune

Dette er indikatorer som på sikt bør kunne hentes ut av Helseplattformen. Ved ukentlig datauttak vil de kunne gi løpende styringsdata på flyt av pasienter og oppfyllelse av forskriftsfestede oppgaver i samhandlingen.

Mål
<i>Overgang kommune - sykehus:</i>
Antall nye innleggelser av pasienter med kommunale tjenester
Reell beleggsprosent sykehus
<i>Samhandling under innleggelse:</i>
Melding om innlagt pasient antall/andel
Innleggingsrapport innen 4t av melding om innlagt pasient, supplerende opplysninger innen 24t. antall/andel
Helseopplysning innen 24 timer på pasienter med kommunale tjenester fra før.
Epikrise eller tilsvarende opplysninger samt medisinfoylsninger er sendt før pasienten reiser ut antall/andel
Antall/ andel utskrivningsrapporter som er sendt til utøvende tjeneste i kommunen før pasienten reiser
Kommunens svar om når pas kan tas imot er mottatt innen 3t antall/andel
<i>Overgang sykehus - kommune:</i>
Antall nye pasienter som meldes UK
Antall pasienter som skrives ut til helsehus
Antall UK som reiser rett hjem
Antall UK som avmeldes