

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

- Endelig rapport



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

15.06.23



# Arbeidsgruppe 1: Helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre

# Anbefaling 1 - skåring av skrøpelighet










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

Hvorfor?

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

Hvordan?

# CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN

								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>VELDIG SPREK</b>	<b>SPREK</b>	<b>KLARER SEG BRA</b>	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>TERMINALT SYK</b>
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 seneliggende. Mange har mistet alt språk.

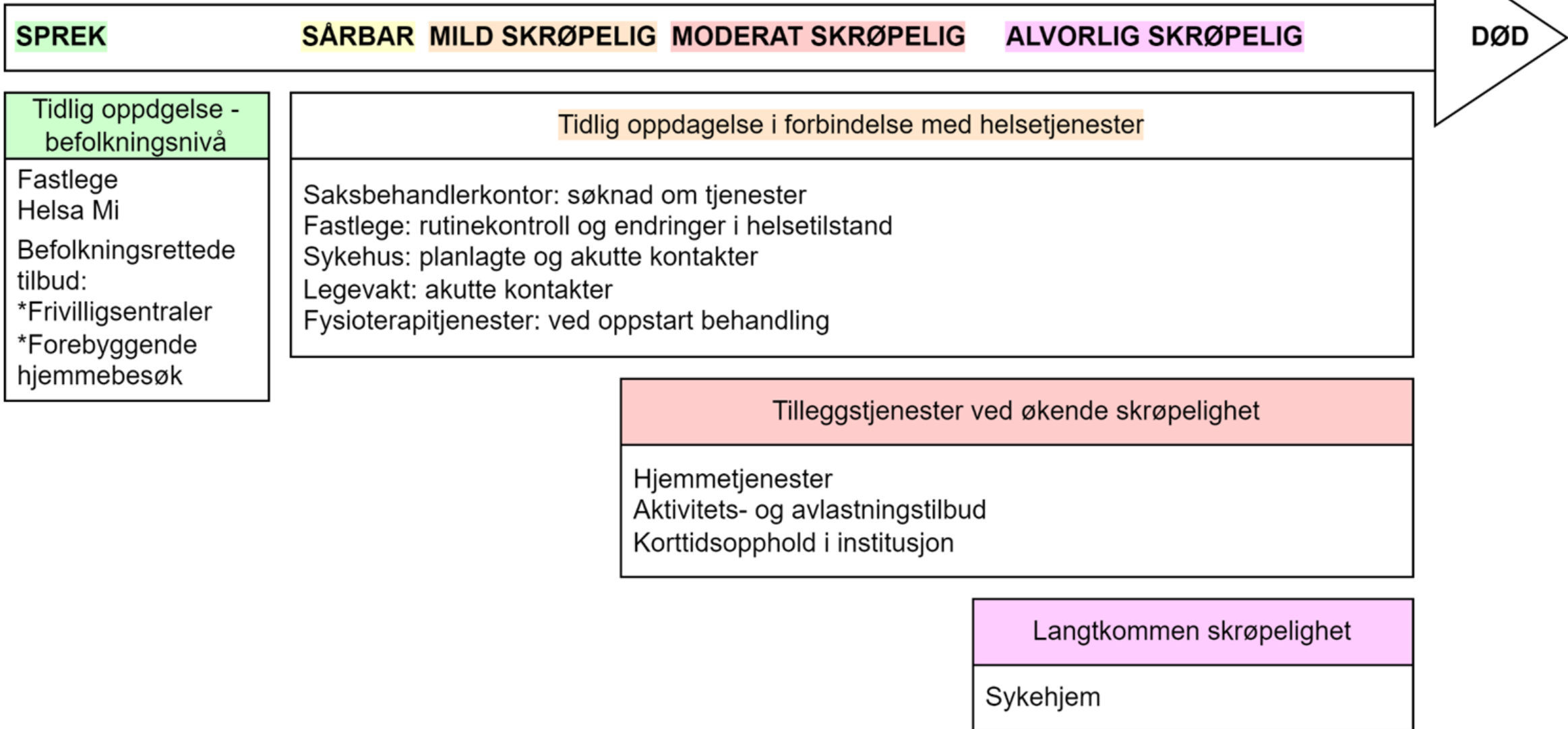
Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: [www.geriatricmedicineresearch.ca](http://www.geriatricmedicineresearch.ca)

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

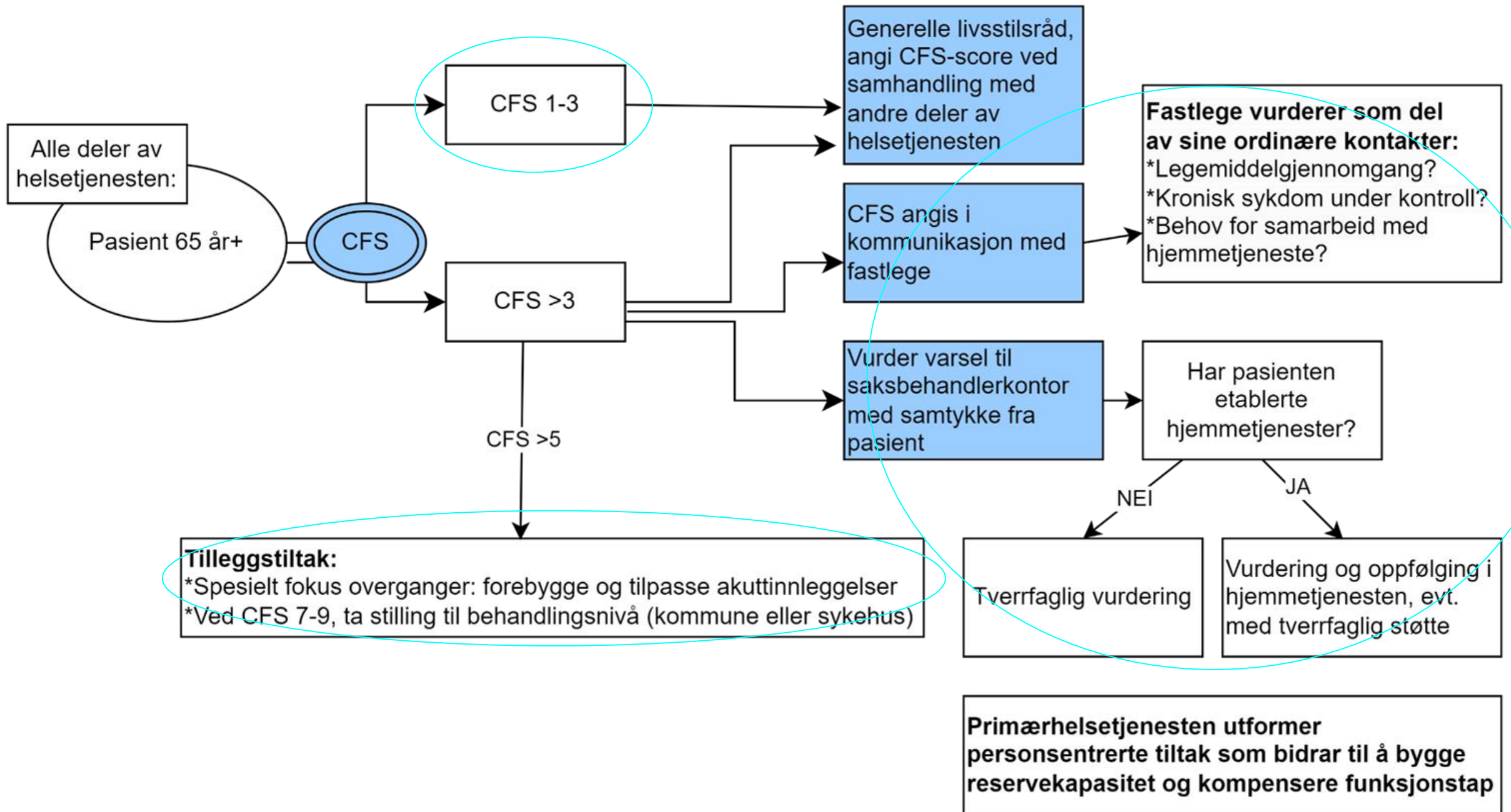
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.



DALHOUSIE  
UNIVERSITY







## **Anbefaling 2 - Pasientforløpet under sykehusopphold**

## Fargekoder

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

Forbedringsforslag til samhandling

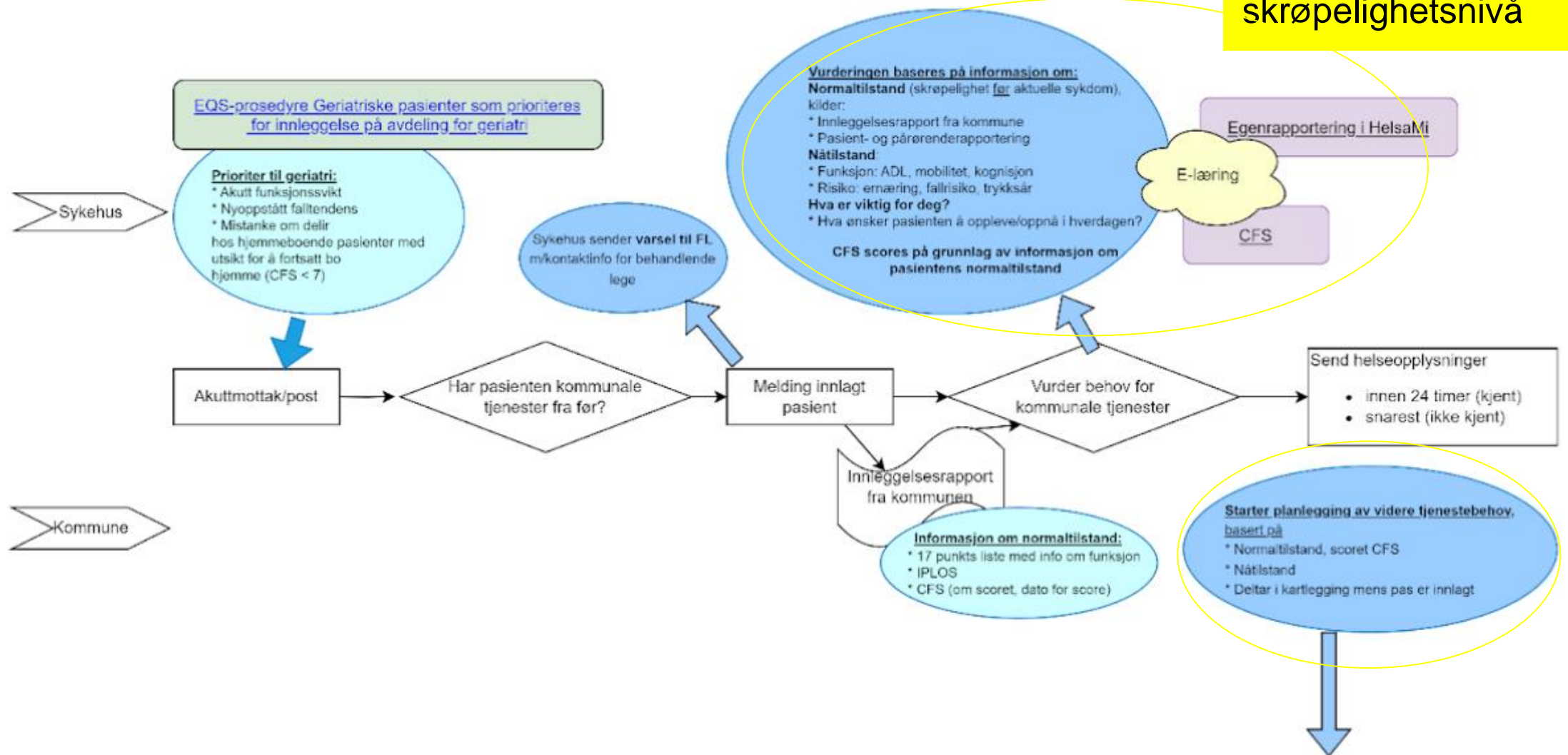
Ulike alternative tjenester

Lenker til rutiner

Lenker til verktøy

## Innleggelse: Vurdere skrøpelighetsnivå

Normaltilstand -> skrøpelighetsnivå

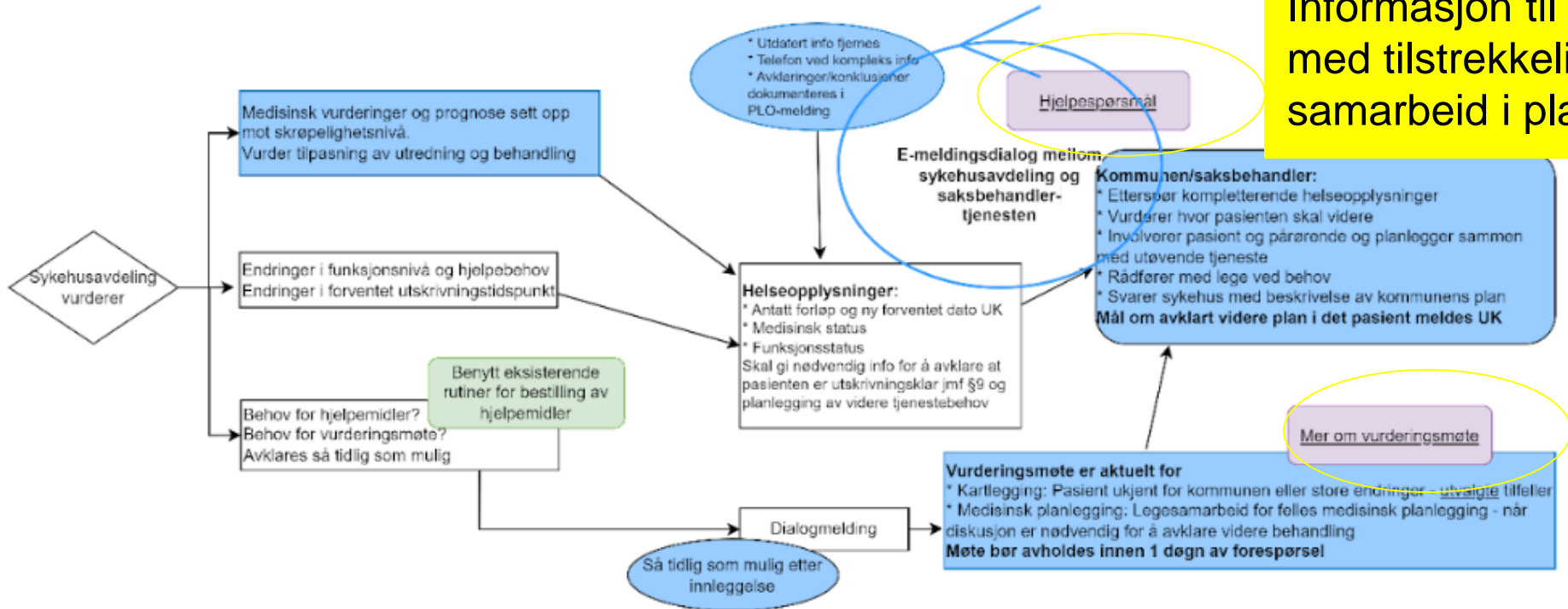


Under oppholdet: Benytte informasjon om skrøpelighet i planlegging av videre tjenestetilbud og vurdering av helsehjelp

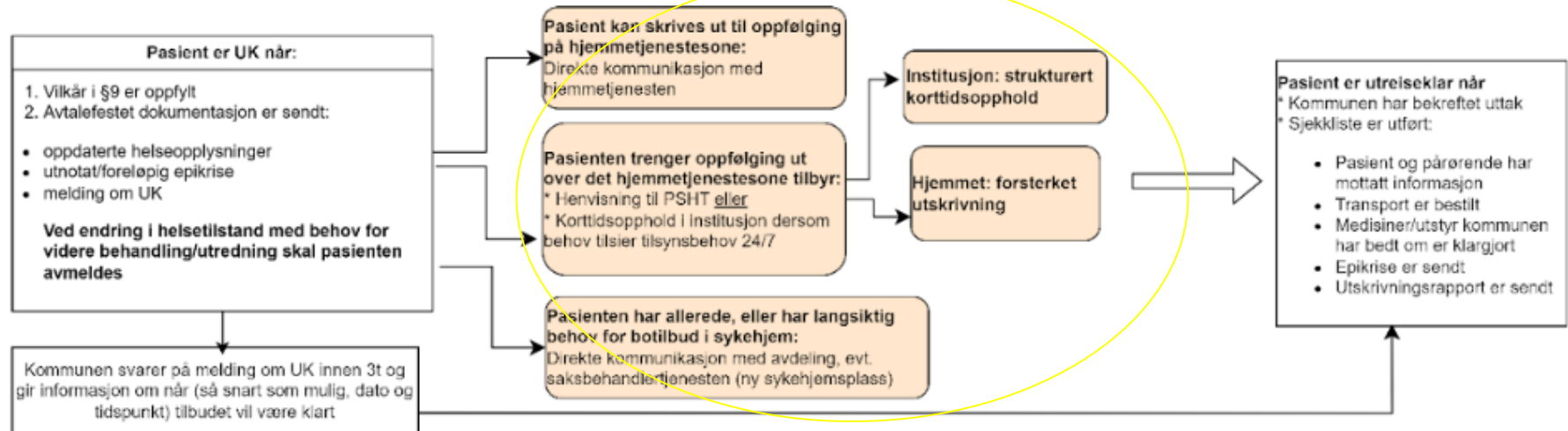


**Under opphøidet: Benytte informasjon om skrøpelighet i planlegging av videre tjenestetilbud og vurdering av helsehjelp**

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



**Utskrivning: Tilpasse videre tjenestetilbud til skrøpelighetsnivå og forventet utvikling**



## Anbefaling 3 - videre arbeid

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

# Arbeidsgruppe 2

## Konkrete tiltak for utskrivningsklare pasienter (UKP)

# Disposisjon

- ❑ Business case
- ❑ Mål og resultatoppnåelse (KPIer)
- ❑ Tiltak 1
- ❑ Tiltak 2
- ❑ Oppsummering



# Business case

Hva koster UKP St. Olavs hospital:

Døgnsats UKP 2022 = 5.306 NOK

En sykehusseng er beregnet til å koste 4x døgnsats

4x døgnsats = 21.200 NOK

Gir følgende inntektstap for sykehuset:

-> UKP somatikk: 9.500 døgn x 21.200 NOK = 200 MNOK

Hva koster UKP kommunene:

-> UKP somatikk: 9.500 døgn x 5.306 NOK = 50 MNOK





# Mål og resultatoppnåelse- 6 KPIer- «blant de beste i landet» innen 2025

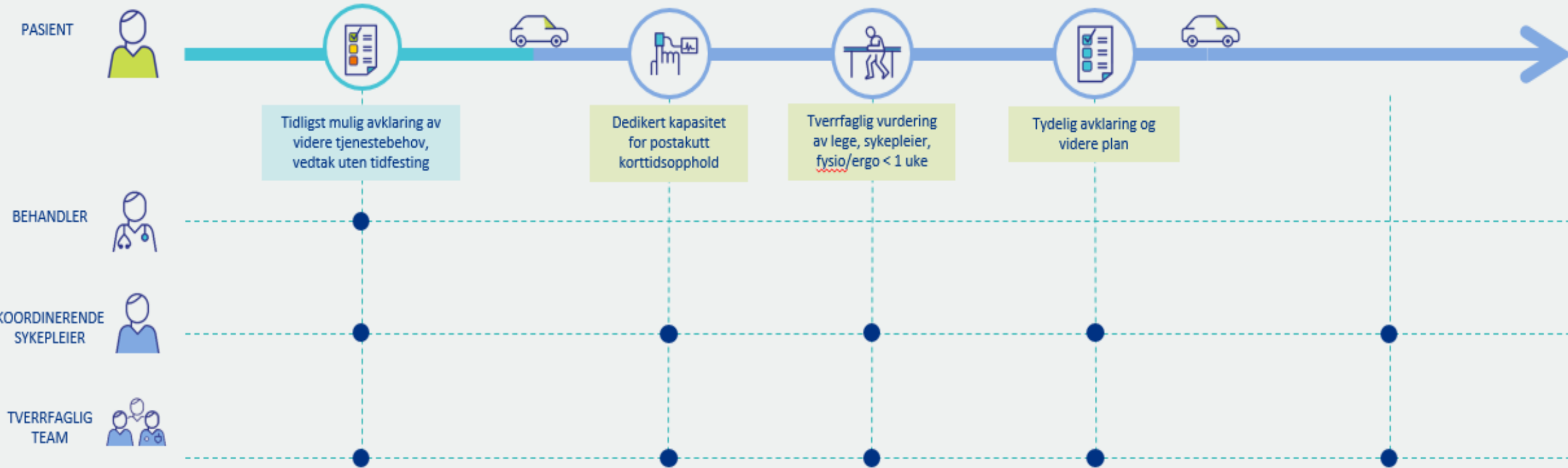
KPI	Nåverdi	Målverdi	Milepæl
Antallet UKP døgn per år	9990	1000	50% i 2024 og 100% innen 2025
Andel UKP opphold med 0 døgn	70%	90%	80% i 2024 og 90% innen 2025
Gjennomsnittlig liggetid som UKP	5 døgn	2 døgn	50% reduksjon i 2024 og 100% innen 2025
Andel UKP som reiser rett hjem	??	30%	Oppnås innen 2025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

\*På lik linje med Stavanger/ Bergen



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

# Prinsipp: tverrfaglig funksjonsvurdering i team som bygger bro til hjemmet



# Tiltak 1: Rask tverrfaglig funksjonsvurdering med dedikerte UKP plasser

- Uttak av UKP er dimensjonert ut fra at kommunen har tilstrekkelig kapasitet med dedikerte plasser
- Effektiviseringstiltak jfr. tiltak som settes i gang på Øya HH
- Lokal eskaleringsplan dersom lokal kapasitetsoverskridelse
- Helsefellesskapet har felles plan for ekstraordinær kapasitetsoverskridelse

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



## Tiltak 2: Forsterket utskrivelse for UKP med PSHT

Basert på modell for **pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT)**

- Fokus på «hva er viktig for deg?»
- Kvalitetssikring av overgang sykehus- institusjon/ hjem
- Tverrfaglig funksjonsvurdering og **oppfølging i hjemmet fremfor innleggelse** i institusjon

### Effekter

- Sikrer tidligere hjemreise fra sykehus for pasienter som er i stand til det
- Avlaster institusjonstilbudet - bidrar til å bygge buffer
- Kan forebygge innleggelser m/ proaktiv innsats i samarbeid med fastleger

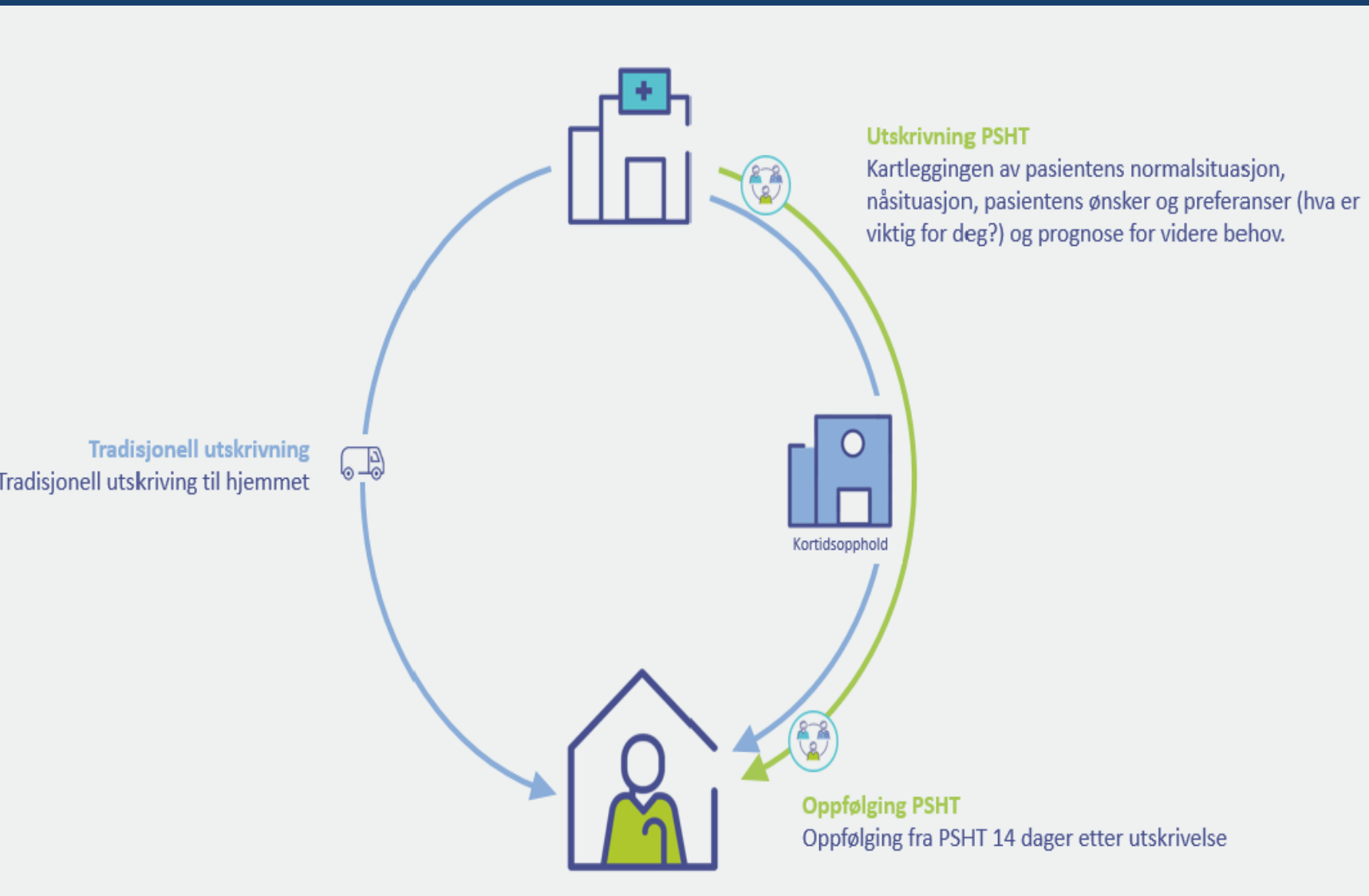
### Samarbeidspilot

- Trondheim kommune og St. Olavs m/ lokale koordinatore i andre kommuner





# Tiltak 2: Forsterket utskrivelse for UKP med PSHT



Felles arbeidsplass (Øya HH?)

Inklusjon: Kommunal saksbehandler

Teamarbeid:

- vurderer henvisninger daglig i tverrfaglig møte
- vurderingsbesøk på sykehus samme dag som henvisning
- samarbeid med relevante aktører

Dersom hjemreise mulig:

- pasientsentrert proaktiv behandlingsplan
- oppfølging < 14 dager etter utskrivelse- involvering av hjemmetjeneste/ FL

Kapasitet:

- 3 nye og 3 oppfølging per dag =30 per uke

# Tjenesteinnovasjonsprosjekt på tvers av SOHO og TK- spleiselag

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

I tillegg: behov for bil, kontor- og PC utstyr, kontorleie + lokale koordinatører

# Konsensus om følgende tiltak for bærekraftig og effektiv håndtering av UKP

1. Blant de beste i landet innen 2 år -> 6 KPI m/ milepælsplan
2. Rask tverrfaglig funksjonsvurdering på sykehus/ institusjon
3. Dedikerte plasser og kapasitet for UKP i kommunene
4. Trondheim: effektiviserer Øya for uttak av 30 UKP/ uke
5. Hver kommune har egen eskaleringsplan
6. ASU beslutter plan for tiltak v/ ekstraordinære situasjoner
7. Forsterket utskrivelse med PSHT fra SOHO og TK + lokale koordinatore fra andre kommuner
8. PSHT pilot som tjenesteinnovasjonsprosjekt- spleiselag- ca 5- 6 MNOK



## Spørsmål og diskusjon

