



Møte Fagråd legesamarbeid

Rapport «Håndtering av utskrivningsklare (UKP) pasienter i det bærekraftige helsefelleskapet»

Tiltak og videre arbeid

08.03.23



Sykehjemsoverlege Elizabeth Kimbell, Trondheim kommune /
Assisterende klinikkssjef Lars Erik Laugsand, Akutten St. Olavs hospital



Bakgrunn

Høyt antall UKP ved St Olav -> ugunstige effekter for:

- pasient
- sykehus
- kommuner

→ Arbeidsgruppe høst 2021 med utspring i fagråd for pasientsamarbeid -> rapport våren 2022

- I. Tallmateriale - forhold ved sykehus, kommuner og pasientgruppen UKP - presentert i PSU 5/1
- **II. 4 overordnede strategiske føringer**
- **III. Tiltakspakker** som er tatt inn i handlingsplanen for helsefellesskapet

IV. Veien videre





I. Hovedfunn statistikk

- St Olav ligger høyt i UKP sammenliknet med øvrige HF
 - Sykehusets kapasitet eller kommunens tjenesteprofil forklarer ikke forskjellene
 - Utfordringen har vart over tid og gjelder hele helsefelleskapet
- UKP er skrøpelige eldre
- UKP fra TK tilhører to hovedgrupper:
 - Ingen/ få tjenester fra tidligere (50%)
 - Kjent omfattende behov (30%)

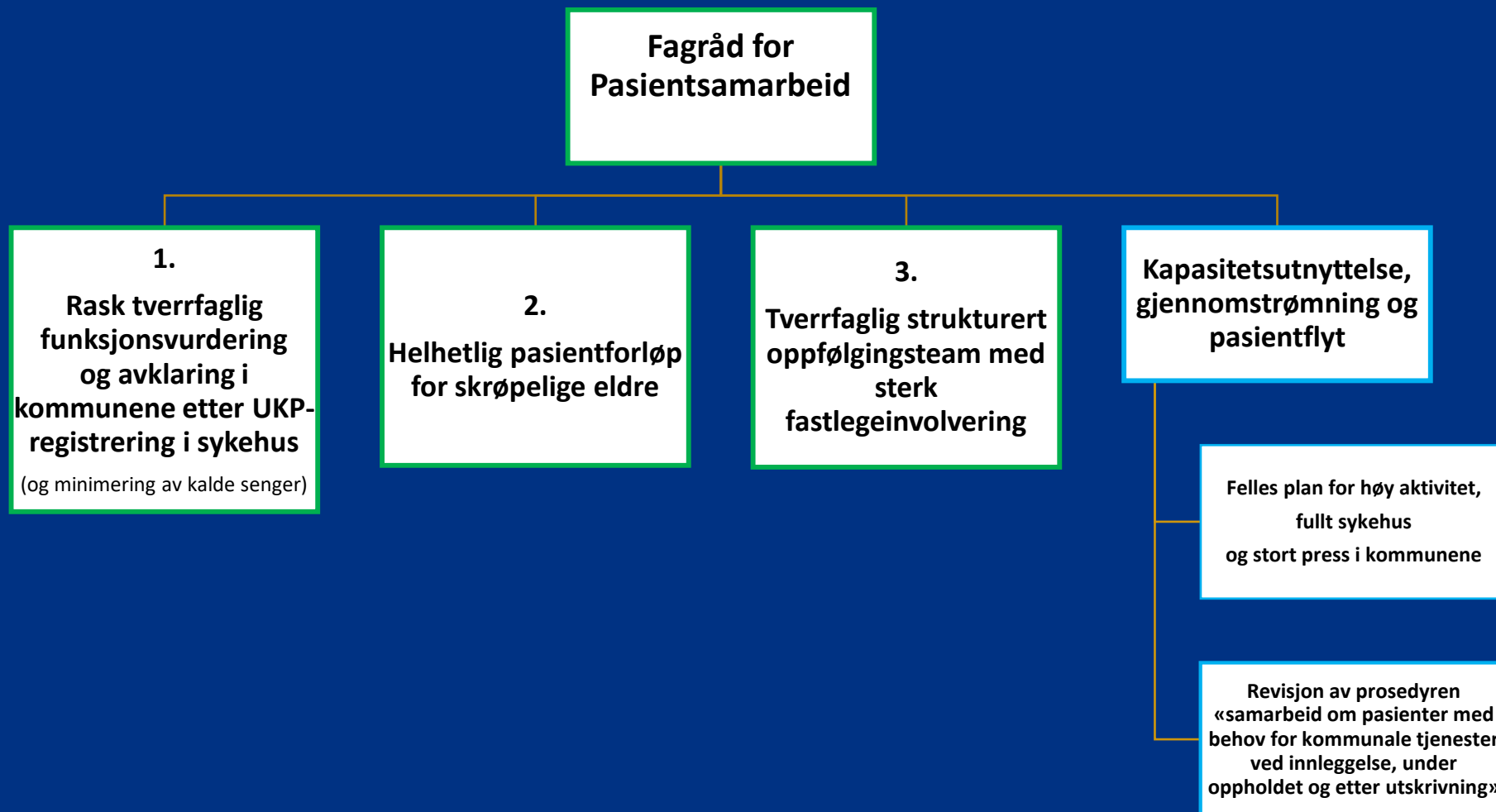
-> Forslag til tiltak på bakgrunn av erfaringsutveksling med andre helsefelleskap



II. Overordnede strategiske føringer for tiltak

- Bedre utnyttelse av hjemmebaserte tjenester**
 - Utnytte omsorgstrapp, bygge gjensidig kunnskap og trygghet
- Beslutningsmandat defineres av Samarbeidsavtalen**
 - Felles forståelse av ansvars- og oppgavefordeling, beslutningsveier
- Utnytte mulighetene i Helseplattformen**
 - Gjensidig informasjonsdeling og bedre mulighet til kvalitetsoppfølging
- Utvikle felles samhandlingskultur**
 - Fellesskap, gjensidig kunnskap og forståelse

III. Tiltakspakker



TIDLIGERE KOMMUNAL AVKLARING AV UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

(TVF)- Bergen og Stavanger modellen

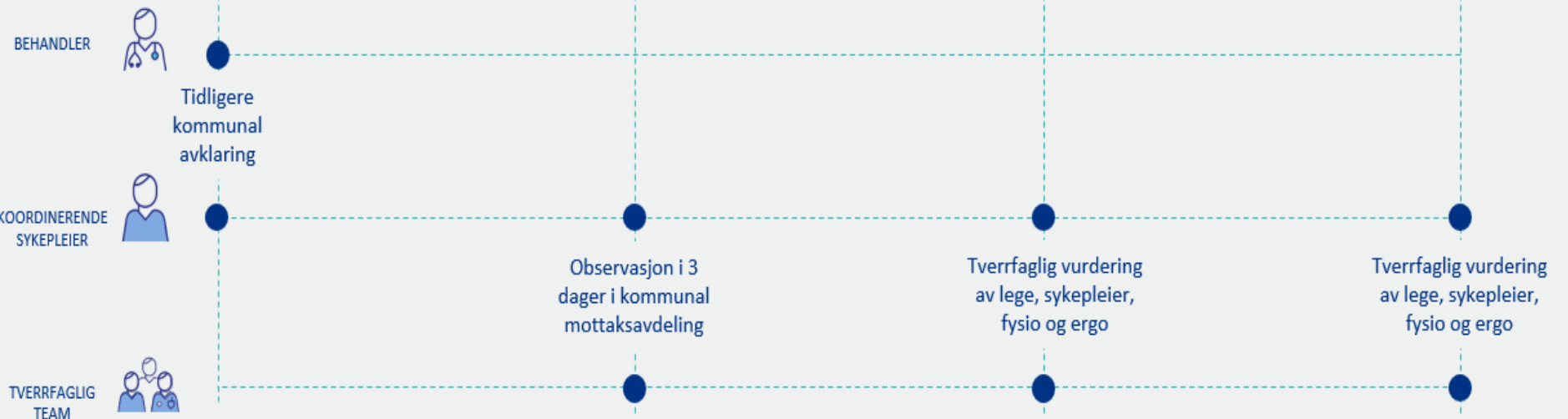
(Uten forutgående vedtak)

UTSKRIVING

OBSERVASJON

VURDERING

OPPFØLGING





1. Rask tverrfaglig vurdering og avklaring i kommunene etter UKP registrering i sykehus

- **Tønsberg kommune**
 - Koordinerende sykepleier i kommunen
 - Vurdering av tverrfaglig kommunalt team
 - I perioden 2019- 2021: 90% reduksjon UKP døgn
- **Bergen kommune**
 - Kommunal mottaksavdeling med tverrfaglig kommunalt team
 - I perioden 2013- 2019: Betalingsdøgn fra 2700 døgn/ 11,3 MNOK til 530 døgn/ 1,8 MNOK
- **Stavanger kommune**
 - Etterbehandlingsavdeling med tverrfaglig kommunalt team
 - I perioden 2019- 2021: Betalingsdøgn fra 11,5 MNOK til 5,3 MNOK

-> Potensielt store gevinster med effekt i løpet av kort tid





2. Helhetlig pasientforløp for skrøpelige pasienter

Utskrivningsklare pasienter er skrøpelige

- Mange samtidige sykdommer
- Funksjonssvikt som krever høyt omsorgsnivå

Skrøpelige pasienter har spesielle behov

- Trenger mye helsehjelp, men diagnosebaserte forløp kan utgjøre risiko
- Har høy risiko for kompliserte forløp og dødelighet -> må tas høyde for i behandling og planlegging

-> Helhetlig pasientforløp

- Diagnoseuavhengig
- Beskriver samhandling -> koordinering og kontinuitet på tvers av tjenestenivåer og aktører
- Helhetlig og pasientsentrert - “hva er viktig for deg?”





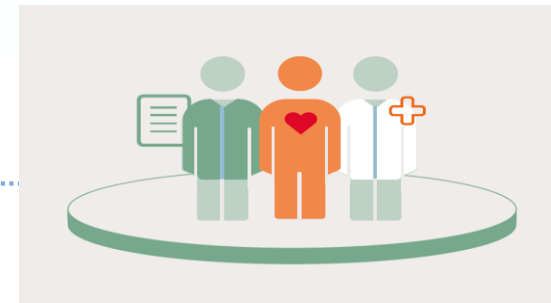
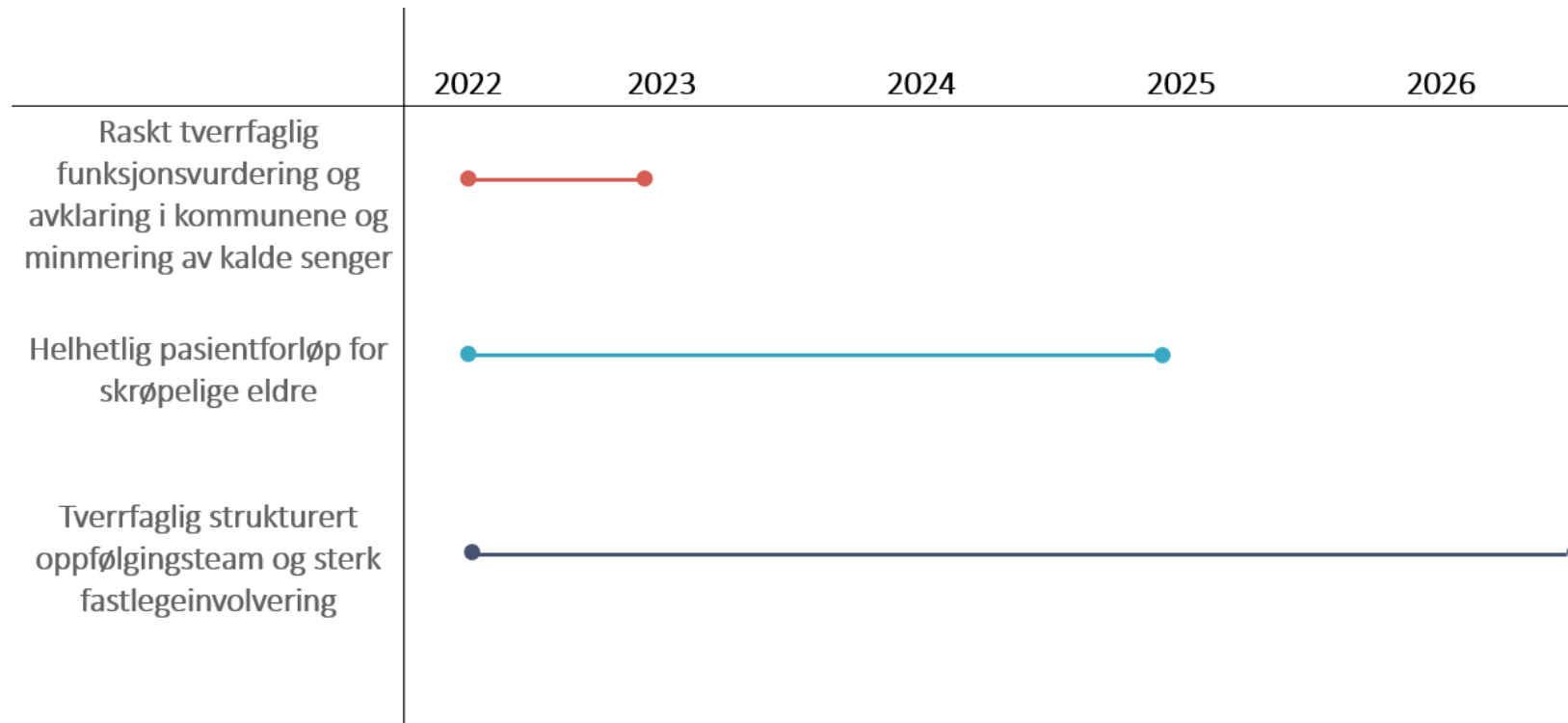
3. Tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam og sterk fastlegeinvolvering

- Definert utviklingsområde for helsefelleskapene
- Erfaringsutveksling - Pasientsentrert team UNN:
 - Tverrfaglig sammensatt fra sykehus og kommune
 - Jobber både inne i sykehus og ute i kommunene
 - styrke overgang fra sykehus til hjemmet - tidlig utskriving
 - styrke samarbeid mellom sykehus og fastlege/kommune - forebygge innleggelse
 - helhetlig, proaktiv og pasientsentrert planlegging
 - Resultater: reduksjon i ø-hjelpsinnleggelser, liggedøgn, dødelighet
- Fastlegens nøkkelrolle - tidlig innsats





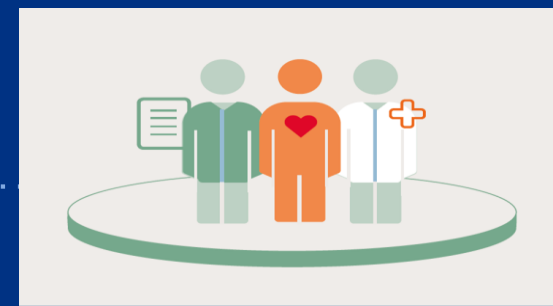
Tid fra implementering til effekt





IV. Veien videre - arbeidsgruppe

- De 3 tiltakene ses samlet
 - Fagmiljø
 - Sikre felles retning
- Mandat utarbeidet høsten 2022
- Arbeidsgrupper jobbet siden da
- Studiebesøk gjennomført
- Representasjon:
 - Fagmiljøer og tverrfaglighet (sykehus, kommuner, fastleger)
 - Utøvere og ledelse
 - Fagråd for pasientsamarbeid
- Plan for våren 2023
 - Utarbeidelse av konkret beslutningsmandat for ASU





Hva blir viktig?

- Bygge på eksisterende strukturer og virksomhet
 - behovsbeskrivelse
 - arbeidsgruppemedlemmenes kunnskap og erfaring
- Vurdere overlapping og synergi mellom de tre tiltakene
- Sikre koordinering
 - mellom arbeidsgruppene - fagråd
 - med øvrige tiltak i UKP rapporten - fagråd
 - med øvrig utviklingsarbeid i sykehus og kommune - arbeidsgruppemedlemmer
- Resultatmål som ivaretar faglig kvalitet for skrøpelige pasienter
- Ivareta de 4 overordnede strategiske føringene
- Implementere virkningsfulle tiltak med effekt både på kort og lang sikt





Spørsmål og diskusjon



Akuttforløpene

Fagråd legesamarbeid



Lars Erik Laugsand, MD/ PhD

Assisterende klinikk sjef

Akuttjenesten – Klinikk for akutt og mottaksmedisin

St. Olavs hospital

08.03.2023

Pasienttilstrømning: Større etterspørsel og krav til Ø-hjelp har medført at det i 2022 var 32 000 pasienter innom Akutten, noe som tilsvarer en formidabel vekst på 67 % siden 2012

- Beh. daglig mellom 80- 130 pas.
- Medisin, kirurgi, ortopedi, nevrologi, nevrokirurgi
- FAST- track STEMI og FCF
- Mottaksteam traume, slag og alvorlig indremedisin
- Eget mottak for barn, gyn/ føde, ØNH, øye, skadepoliklinikk

67 %

i pasientvekst siden
2012

32.103

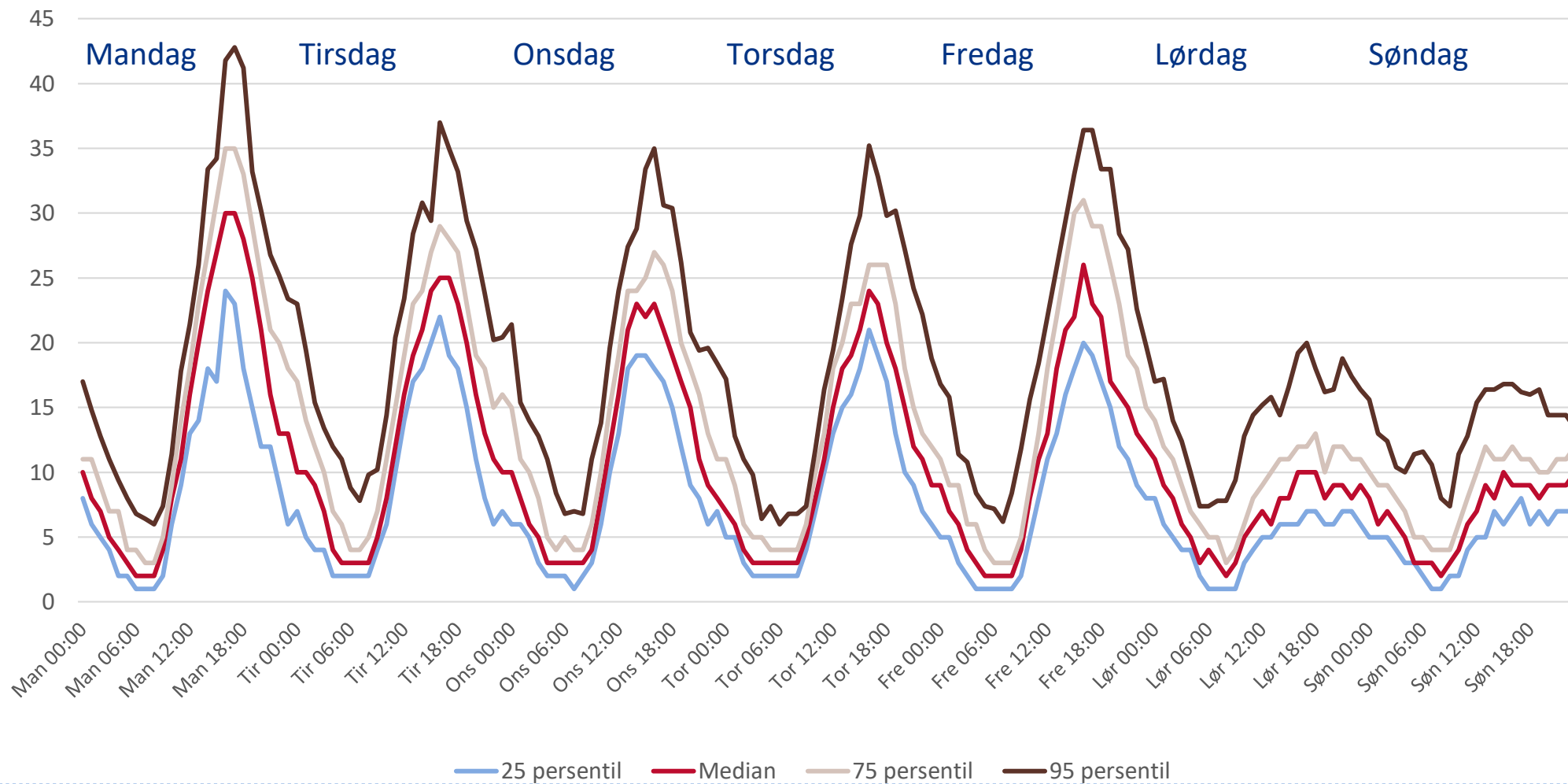
pasienter totalt
hos Akutten i
2022

UTFORDRINGEN: CROWDING

Emergency Dept @2am



Variasjon i tilstrømning: Antall pasienter i Akutten svinger betydelig i løpet av en ukesyklus, men det er et potensiale for å utnytte ledig kapasitet på formiddager til poliklinisk pasienthåndtering



Kompetanse i front- Akuttleger

Ny spesialitet mars 2019: Akutt og mottaksmedisin (AMM)

- Fokus på ledelse av akuttmottak
 - Hovedansvaret for optimalisering av pasientlogistikk
 - Vurdere alle pasienter uavhengig av fagtilhørighet
 - Tilser alle pasienter raskt og tilordner riktig forløp for pasienten
 - Innhenter adekvat spesialistkompetanse ved behov
 - Fokus på orienterende ultralyddiagnostikk
-
- 10 overleger (hvorav 6 spesialister i AMM), 7 LIS2/3, 4 LIS1, ALIS

Kompetanse i front med erfarne leger bidrar til færre feil og avvik

- Trening i rask og effektiv diagnostisering
- Supervisjon av uerfarne leger

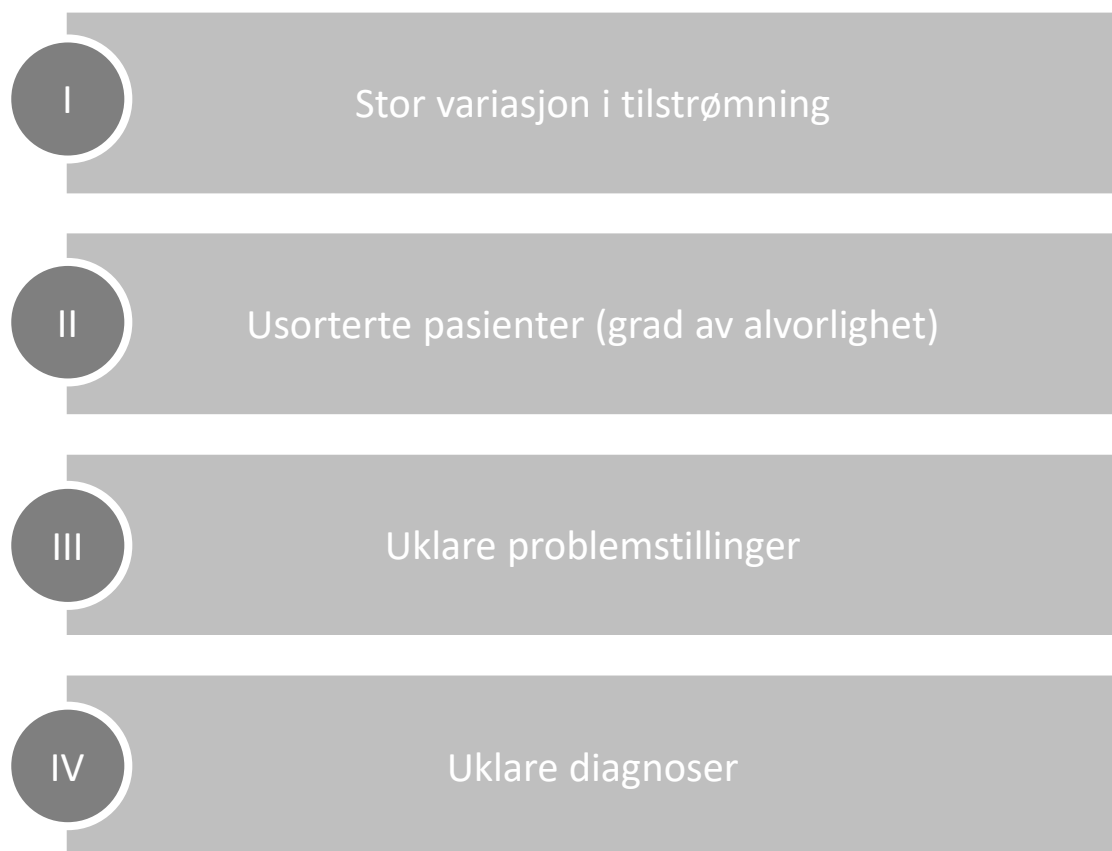
God samhandling i akuttmedisinsk kjede

- *Samhandlingstelefonen*
- Ambulanse- akuttmottak
- Fastlege/ legevakt- akuttmottak

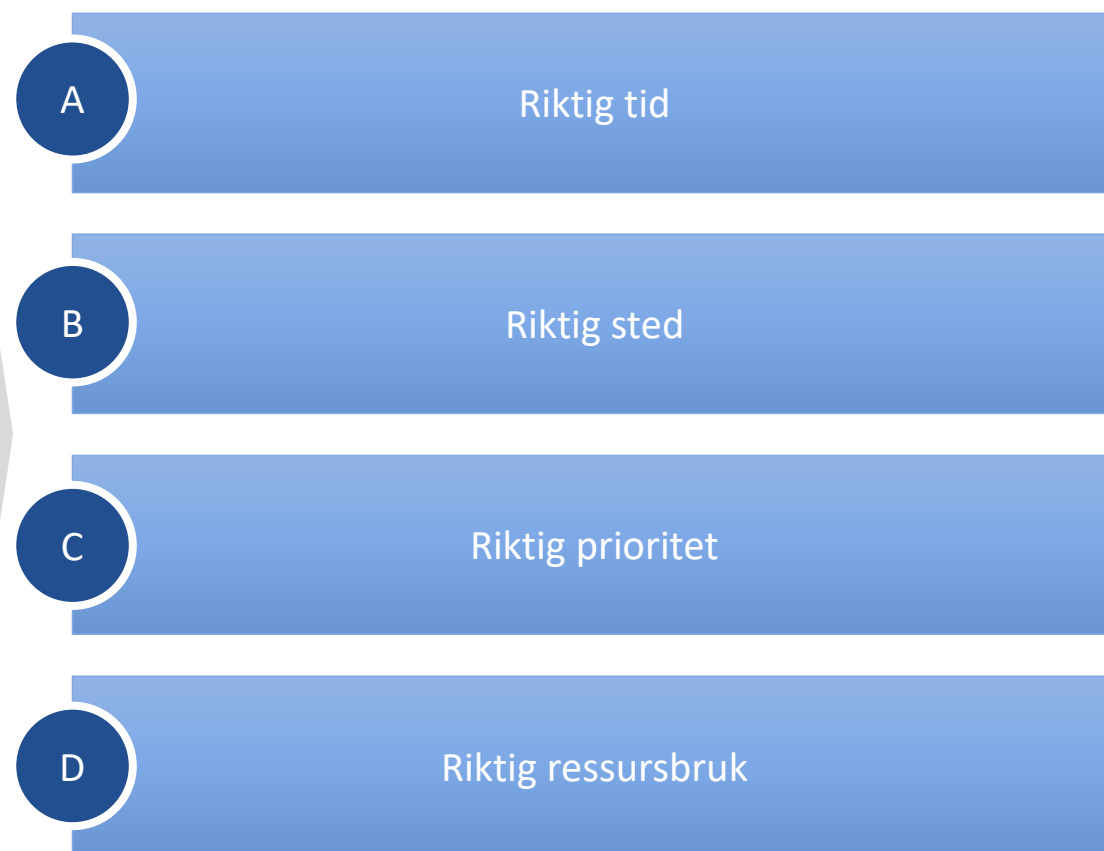


Akuttlegefunksjon: Akuttpasienter kommer usortert fra 1.linjetjenesten, og akuttlegefunksjonen innebærer å sørge for at pasienten får behandling til riktig tid og sted med riktig prioritet og ressursbruk

Generelle pasientutfordringer i et akuttmottak:

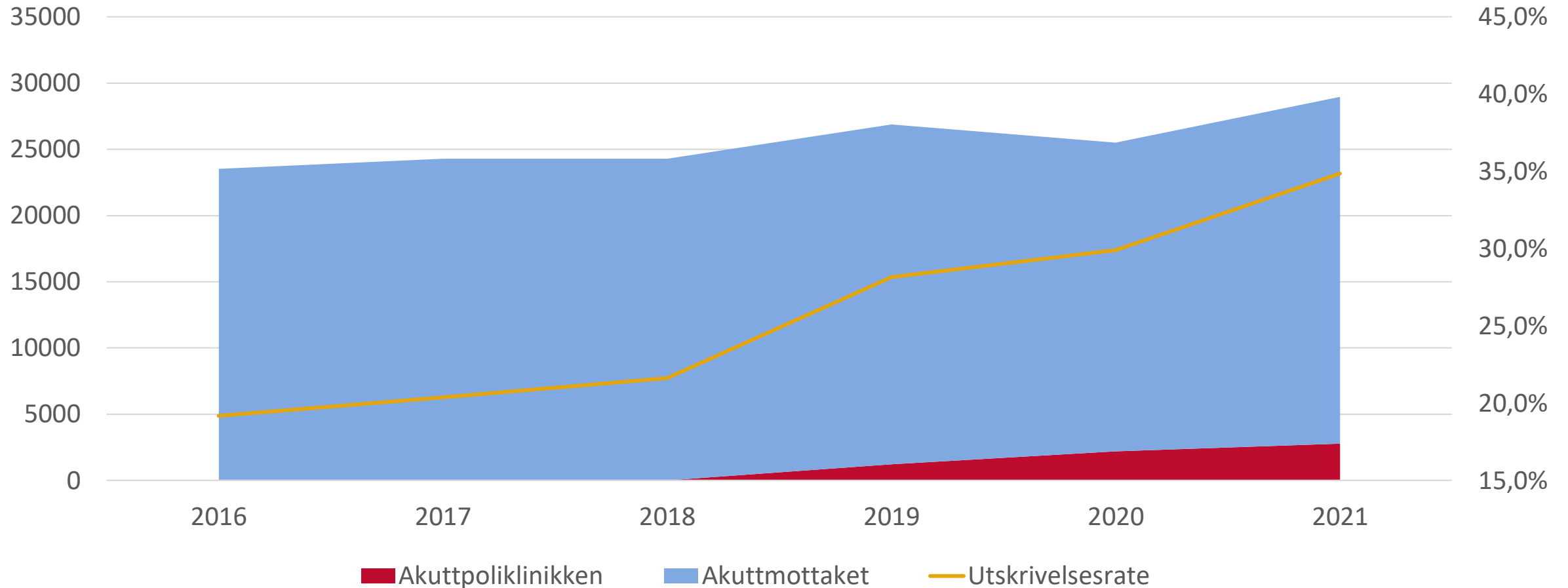


Akuttlegefunksjon: Sortere pasienter på riktig hylle



DET MODERNE AKUTTMOTTAK

Pasienttilstrømning og poliklinifisering i Akutten, 2016-2021



*I 2022 var andelen pasienter som ble poliklinisk håndtert 37 %

Nå er det mulig å ringe akuttlegene alle hverdager 08- 22 og alle helg og helligdager 10-18 på telefonnummer 73 55 38 88 dersom pasientene kan håndteres poliklinisk neste dag eller det foreligger usikkerhet vedrørende innleggelse



Samhandling med primærhelsetjenesten

- Forutsetning for å lykkes med akuttpoliklinikk
- Telefonisk samhandling med akuttlege
 - ✓ Mulighet for akuttpoliklinikk neste dag
 - ✓ Usikkerhet vedrørende indikasjon for innleggelse
 - ✓ Beslutningsstøtte
 - ✓ Ikke «konfereringsplikt»
 - ✓ Mål om mest mulige smidige pasientforløp
- Lokal samhandlingsgruppe x 1 per måned
- Lage pasientforløp
- Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)
- Samarbeid med andre spesialavdelinger



Helhetlige og standardiserte pasientforløp

- Alle aktørene i akuttmedisinsk kjede har forståelse for rolledeling og ansvar
- Baseres på nasjonale og internasjonale guidelines

Symptomdiagnoser:

- Brystsmerte
- Magesmerte
- Dyp venetrombose
- Tungpust
- Svimmelhet
- Hodeskade

Samarbeid mellom akuttleger, andre sykehusspesialister, allmennleger, legevakt og Norsk elektronisk legehåndbok

- Viktige kliniske momenter
- Differensialdiagnoser
- Røde flagg symptomer
- Logistikk/ oppfølging



The screenshot shows the user interface of the Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) website. The main content area displays the article for "Dyp venetrombose (DVT)". The article includes a definition, prevalence (FOREKOMST), symptoms (SYMPTOMER), and treatment (BEHANDLING). A sidebar on the left lists various clinical chapters, and a sidebar on the right provides quick navigation options like "Sammenheng", "DVT-prosedyre - St. Olavs Hospital", and "Kjerneropplysninger". The top navigation bar includes "Håndboken", "Ordliste", "Kalkulatorer", "Hjelp", "Kontakt", "Kurs", "Favoritter", and "Instillinger".

Retningslinjer for utredning, logistikk og behandling for pasienter med DVT

Forfatter: Anne Sophie Von Krogh, Lars Erik Laugsand
Godkjent av: Hilde Pleyrn

Gyldig fra: 18.03.2019
Revisjonsfrist: 16.03.2024

Revisjon: 2.0
ID: 37226

Omfang

Retningslinjen gjelder leger i Akuttmottaket, leger ved Medisinsk klinikk, leger ved Klinikk for bildediagnostikk og allmennleger i primærhelsetjenesten.

Ansvar

Leger ved St Olavs hospital og allmennleger i primærhelsetjenesten som vurderer og behandler pasienter med dyp venetrombose (DVT).

Grunnlagsinformasjon

Denne prosedyren omhandler logistikk, utredning og behandling av pasienter med DVT. Alle pasienter med mistenkt DVT utenfor sykehus skal i utgangspunktet henvises til Akuttpoliklinikken på dagtid. Unntaket fra dette gjelder dersom det foreligger klinisk mistanke om høy DVT med hevelse i hele underekstremiteten, mistanke om bilateral DVT eller DVT med ledsagende lungeemboli. Pasienten skal i slike tilfeller henvises direkte til Akuttmottaket som Ø-hjelp.

Behandlingsmessig er det et viktig skille mellom DVT med klar utløsende årsak og DVT uten klar utløsende årsak. Man mistenker DVT med utløsende årsak dersom pasienten har kjent aktiv kreftsykdom, har gjennomgått operative inngrep eller skader siste 3 måneder, bruker perorale østrogener, har inneliggende CVK, arvelig trombosedisposisjon, alvorlig infeksjonstilstand eller dehydrering, er immobilisert på grunn av sykdom, eller i forbindelse med intravenøst stoffmisbruk eller svangerskap/ fødsel.

Trombose som opptrer i forbindelse med svangerskap omtales ikke her, men retningslinjer finnes på linken: www.blodfortynnende.no

Kliniske kapitler

- Akutt
- Alders- og sykehjemsmedisin
- Allergi
- Arbeidsmedisin
- Barnepsykiatri
- Blod
- Endokrinologi
- Fysmed og rehab
- Førstehjelp
- Generelt
- Geriatrici
- Gynekologi
- Helsestasjon/skole
- Hjerte/kar**
- Symptomer og tegn
- Tilstander og sykdommer**
- Undersøkelser
- Pasientinformasjon
- Illustrasjoner
- Hud

Dyp venetrombose (DVT)

Sist revidert: 06.02.2019
Sist godkjent av: Tore Amundsen, spesialist i indremedisin | [Vis mer](#)

DEFINISJON:	Trombedannelse i de store, dype venene, spesielt i lår, bekken og legg, samt i arm-skulderregionen
FOREKOMST:	Aldersjustert årlig insidens for kvinner ca. 110 per 100 000 per år og for menn ca. 130 per 100 000 per år
SYMPTOMER:	Betennelsestegn som smerte, varme, rødhet, hevelse og nedsatt funksjon i en ekstremitet
FUNN:	Ensidig leggødem, rubor og temperaturøkning på affisert side, samt venestuvning
DIAGNOSTIKK:	Henvises spesialist. Diagnosen bekreftes ved kompresjons-ultralyd vener, subsidiært venografi, ev. CT/MR venografi
BEHANDLING:	Antikoagulasjon

DVT-prosedyre - St. Olavs Hospital

Kortversjon DVT-prosedyre St. Olav

- **Kriterier for akuttinnleggelse** (henvisning direkte til Akuttmottaket som Ø-hjelp)

Hurtignavigasjon

- Sammendrag
- DVT-prosedyre - St. Olavs Hospital**
- Kjerneopplysninger
- Diagnosen
- Terapi
- Forløp, komplikasjoner og prognose
- Oppfølging
- Relevante dokumenter
- Pasientinformasjon
- Illustrasjoner
- Undervisning
- Kilder

KURS

AKUTTEN PÅ ST. OLAVS HOSPITAL

EN FREMTIDSRETTET AVDELING



Q&A

Sykehjemspasienter

Fagråd legesamarbeid



Lars Erik Laugsand, MD/ PhD

Assisterende klinikkjef

Akuttjen – Klinikk for akutt og mottaksmedisin

St. Olavs hospital

08.03.2023

To forhold

- Sykehjemslegene bør avklare satsningsnivå i fredstid
- Sykehjemspasientene diskuteres med akuttlege/ bakvakt geriatri FØR pasienten innlegges sykehuset

Behandlingsnivå- clinical frailty scale

- **Hjelpeskjema for gradering av skrøpelighet**

- pasienter > 65 år m/ opphold i kommunale helseinstitusjoner
- Gjøres i stabil fase for pasienten evt. pas. habitualltilstand 2 uker før aktuelle sykdom
- Behandlingsnivå ved alvorlig sykdom og HLR status
- Medisinsk forsvarlighet og til pasientens beste
- Pasientens verdier og preferanser
- Ingen kan forlenge nytteløs behandling

Skrøpelighet – Clinical Frailty Scale

CLINICAL FRAILTY 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 spreke 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 illa dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpelighet 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 skrøpelighet. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

clinical frailty scale- demens

Vurdering av frailty hos fysisk sprek pasient med kognitiv svikt:

- Mild demens: CFS 1-4 (vil som hovedregel ikke være innlagt i langtidsplass)
- Moderat demens (ivaretar egenomsorg under veiledning): CFS 5-6
- Alvorlig demens: CFS 7-8 (helt avhengig av hjelp til all egenomsorg)

clinical frailty scale- HLR

- Prognosen ved hjertestans hos pasienter på langtids plass er svært dårlig
- Sannsynligheten for vellykket res/ overlevelse m/ livskvalitet svært lav pga. langtkommen skrøpeligheit og ofte samtidig demens
- HLR vil derfor som hovedregel ikke være å regne som forsvarlig behandling
- Pas. i korttidstilbud er en mer heterogen gruppe der enkelte vil kunne ha nytte
- Vurdering av om HLR skal gis dokumenteres som forordning i Helseplattformen

clinical frailty scale- innleggelse v/ alvorlig sykdom

Palliative situasjoner

Pasienter som trenger sykehusets behandlingstilbud for å oppnå god palliasjon skal alltid innlegges

- Lårhalsbrudd/andre brudd med behov for operativ stabilisering
- Smertefulle kirurgiske katastrofer, f.eks. ileus
- Epileptisk anfall som ikke responderer på standard benzodiazepinbehandling

CFS	Sykehus?	Vurdering
8-9	Som hovedregel NEI	Pasienten er i endestadium av alvorlig skrøpelighet/sykdom og har dårlig prognose ved <u>nyoppstått</u> alvorlig sykdom. Avklar med pasient, evt. pårørende, og lag palliativ plan.
6-7	<p>KANSKJE:</p> <p>*Forhåndsvurdering og samtale om pasientens preferanser gjøres i stabil fase, men ofte må man i tillegg gjøre individuell vurdering ved <u>nyoppstått</u> sykdom</p> <p>*Diskuter gjerne hensiktsmessig behandlingsnivå med veileder, evt. geriatrisk bakvakt.</p> <p>*Konsulter akuttmedisinsk samhandlingslege i en akuttsituasjon dersom innleggelse vurderes</p>	<p>Som støtte til vurdering, ta stilling til følgende:</p> <p>→ Risikovurdering: hvilken belastning forventer vi (<u>erfaringsbasert</u>) at pasienten vil oppleve av utredende/behandlende tiltak utenfor sykehjem, f.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ røntgenundersøkelser ◆ syketransport ◆ fremmed miljø og helsepersonell (akuttmottak, sykehusavdeling) <p>→ Nyttevurdering: ut i fra pasientens sykdomsbilde og skrøpelighetstilstand, hvilken medisinsk behandling på sykehus kan være indisert (<u>kunnskapsbasert</u>) ved vanlige akutte tilstander, f.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ akutt hjertesykdom ◆ <u>dekompensert</u> hjertesvikt ◆ alvorlig infeksjon ◆ hjerneslag ◆ hodetraume (fall) ◆ akutt funksjonssvikt
1-5	JÅ	Vil som hovedregel ha nytte av sykehusbehandling

Samhandling

- Diskuter alltid vurderingen med annet helsepersonell i avdelingen som kjenner pasienten
- Informer/involver pasient og/eller pårørende
- Ved krevende vurderinger eller krevende dialog med pasient/pårørende:
 - diskuter pasienten med veileder eller kollega
 - vurder å konsultere geriatrik bakvakt (tlf 911 55 150)
 - ved tvil om innleggelse vil være av nytte (CFS 6-7), dokumenter at man ved akutt endring i helsetilstand og spørsmål om innleggelse bør konsultere akuttmedisinsk samhandlingstelefon (tlf 7355 3888)

AKUTTEN PÅ ST. OLAVS HOSPITAL

EN FREMTIDSRETTET AVDELING



Q&A