

Vedlegg sak 5/24 – dekomponering av 12. vedtakspunkt

Vedtaks-punkt	Vedtaksbeskrivelse	Dekomponert vedtak (vedtaksforståelse)
1	ASU tar rapporten fra arbeidsgruppen til orientering.	
2	ASU gir sin tilslutning til det <u>overordnede målet om at vårt helsefelleskap skal være blant de beste i landet (effekt mål)</u> i forhold til utskrivningsklare pasienter (UKP) i somatikken.	<ul style="list-style-type: none"> • Uttrykker effekt mål 1, avgrenset til somatikk, blant de beste i landet UKP somatikk • Resultatmålene (6 stk. KPI'er med fastsatte verdier) er basert på 2022-tall, da sammenlignet med Stavanger og Bergen (erfaringsutveksling), se tabell i UKP-rapport vedr. UKP-døgn, liggetid og andelen null-døgnsliggere. • Det vil være andre effekt mål i tillegg til «den overordnede målsettingen om å være blant de beste i landet», for eksempel: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasient på rett sted til rett tid. ○ Optimalisere pasientbehandlingen – «til det beste for pasienten». ○ Optimalisere ressursutnyttelse. ○ Flere pasienter skal håndteres i hjemmet, med hjemmebaserte tjenester. <p>Det jobbes videre med effekt mål, som del av strategien og videre handlingsplan tiltak.</p>
3	<p>Med bakgrunn i høringsinnspill og behandling av saken i ASU 06.09.23, vedtas følgende justeringer som tas med i den videre prosessen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsefelleskapet har en omforent intensjon om å etablere et pilotprosjekt med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenesteteam. Brukermedvirkning i pilotprosjektet sikres. Dokumentasjon av prosessen og evaluering innarbeides i planene. Følgforskning/følgeevaluering i prosjektet anses som viktig • Tidspunktet for erfaringskonferanse avklares nærmere i AU/ASU 	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføring av UKP-konferanse høsten 2024, som stoppunkt underveis; status, utvikling, læring og deling på tvers. Konferanser, samlinger el. skal understøtte fokus og «trykket» for at Helsefelleskapet skal oppnå effekt mål 1 (overordnet målsetting). Viktige synergier og verdier av samlinger på tvers er kunnskap om og kjennskap til hverandre, bygge samhandlingskultur og gode forankringsarenaer
4	<p>ASU anbefaler at samtlige aktører i helsefelleskapet jobber aktivt for å oppnå målsettingen som er angitt for de seks KPI'ene for utskrivningsklare pasienter.</p> <p>Dette i henhold til tidsplan som er skissert, med minst 50% måloppnåelse etter 1 år og 100 % måloppnåelse etter 2 år, fra definert virkningstidspunkt høsten 2023.</p>	<p>1) <u>Antall UKP-døgn.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ =/>Totalt 100 døgn ○ Antall døgn pr. kommune er angitt i tabell i UKP rapporten <p>2) <u>Andel UKP med null døgn.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ =/>90% ○ Andel UKP med null døgn pr. kommune er angitt i UKP rapporten

		<p>3) <u>Gjennomsnittlig liggetid for UKP.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ =/< 2 døgn <p>4) <u>Andelen som reiser rett hjem fra sykehus.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rapport må bygges og utarbeides. ○ Utgangspunktet er nå-situasjonen. ○ Drøfting med Analysegruppa for oppfølging (HP?). <p>5) <u>Andelen re-innleggelser</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Uendret = 16 % (evt. lavere). Nasjonale tall. Avklare hyppighet på rapportering ○ Data/rapport bør utarbeides for å følge utviklingen? Spørsmål til hvorvidt det gir mening å rapportere på enkeltkommune? Nasjonale tall er på sykehusnivå, altså for Helsefellesskapet <p>6) <u>Liggetid korttidsopphold.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Trondheim kommune har mål om reduksjon i gjennomsnittlig liggetid; 25 til 20 døgn i helsehus (HH). Trondheim kommune bør rapportere på gjennomsnittlig liggetid på HH, månedlig? ○ <u>Andre kommuner:</u> Hver enkelt kommune oppfordres til å jobbe aktivt med å effektivisere pasientforløp og flyt, herunder evt. redusere liggetid på korttidsopphold. Vurdere mulighetsrommet for gode løsninger (ulike kommuner=ulike løsninger). Må også sees ift. kommunens utfordringsbilde når det gjelder utskrivningsklare pasienter. ○ Hvordan skal kommunene og sykehuset rapportere på status og fremdrift i sitt arbeid, herunder med de tiltak som skal bidra til den konkrete resultatoppnåelsen som er gitt av KPI`ene. Skal dette for eksempel gjøres gjennom den månedlige UKP rapporteringen? evt. annet?
5	ASU anbefaler aktørene i Helsefellesskapet til å gjennomføre nødvendige tiltak for å styrke håndteringen av skrøpelige pasienter, både gjennom et helhetlig pasientforløp og gjennom bedre samhandling på tvers av nivåene, der blant annet dialogen og samarbeidet før, under og etter sykehusoppholdet styrkes.	<p>Implementere helhetlig pasientforløp, i tråd med anbefalingene</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> ○ Anbefales opplæring og tatt i bruk snarlig, da ved f.eks. ved utvalgte avdelinger i sykehus, fastlegekontor og kommuner el. Det jobbes videre med å konkretisering ○ Innarbeides i helseplattformen; Analysegruppa gis oppdraget for oppfølging.

		<ul style="list-style-type: none">• Bedre samhandling mellom kommune, sykehus, fastlege, pasient og pårørende.<ul style="list-style-type: none">○ Akuttmottaket; seleksjon av pasienter til geriatri; akutt funksjonssvikt, nyoppstått falltendens, mistanke om delir hos hjemmeboende pasienter med utsikt til fortsatt å bo hjemme (CFS < 7).○ Melding om innlagt pasient; Alle sykehusavdelinger varsler fastlege om innleggelse av pasienter 70 år og eldre. Varslet inkluderer kontaktinfo. på behandlende lege.○ Innleggelsesrapport; 17 punkt med informasjon om funksjonsnivå, IPLOS og CFS. (det gis informasjon i rapport om score og dato for score)○ Vurdere behovet for kommunale tjenester; basert på normalsituasjon; (skrøpelighet før aktuell sykdom, innleggelsesrapport, pasient-/pårørendeinfo.) nåsituasjon, funksjon (ADL/mobilitet/kognisjon), risiko (ernæring/fall/ trykksår) hva er viktig for deg? (hva ønsker pasienten å oppnå (oppleve i hverdagen?). CFS scores på grunnlag av informasjon om pasientens normalsituasjonen. Egenrapportering i form av HelsaMI vurderes.○ Kommunen starter planleggingen av videre tjenestebehov, basert på normaltilstand; scoret CFS, nå-tilstand og deltar i kartlegging og vurdering når pasienten er innlagt.○ Sykehusavdeling; medisinske vurderinger og prognoser opp mot skrøpeligetsnivå samt vurderer tilpasning av utredning og behandling – gis i helseopplysninger som sendes kommune.○ Sykehusavdeling; ved oppdatering av helseopplysninger fjernes utdatert informasjon. Tlf. benyttes i komplekse saker, men også v/etterspørring, avklaringer mv. for effektiv tidsutnyttelse. Avklaringer og konklusjoner dokumenteres i PLO-melding.○ Behov for hjelpemidler og behov for evt. vurderingsmøter sendes som dialog-melding så tidlig som mulig etter innleggelse. Viktig at dette kommuniseres tidlig for helt nødvendig og dermed tidlig planlegging.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Vurderingsmøte er aktuelt for: <ul style="list-style-type: none"> - kartlegging; pasient er ukjent for kommunen eller store endringer i behov - medisinsk planlegging; legesamarbeid for felles medisinsk planlegging, når diskusjon er nødvendig for å avklare videre planlegging. Møte bør avholdes innen 1 døgn av forespørsel <p><u>Anbefalinger for videre arbeid:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Det bør utvikles et e-læringsprogram for helsepersonell om betydningen, vurdering og skåring av skrøpeligheit. • Helsefellesskapet bør jobbe videre med hvordan skrøpeligheitsvurdering kan benyttes som en del av beslutningsgrunnlaget i vurderinger av hva som er egnet utredning og behandling ved ulik grad av skrøpeligheit. • Helsefellesskapet bør jobbe videre med, og gi innspill til utviklingen av HP, slik at det blir et verktøy som støtter sømløse forløp for skrøpelige pasienter
6	ASU anbefaler at det utarbeides en felles overordnet kapasitetsplan for Helsefellesskapet ved ekstraordinær kapasitetsoverskridelse og kjente sesongvariasjoner, samt lokale eskaleringsplaner i hver enkelt kommune.	<ul style="list-style-type: none"> • Det utarbeides en felles strategisk plan om kapasitetsutnyttelse innen xx.xx.24. for hele Helsefellesskapet. Fokus på en tydeligere plassering av ansvar for tiltak hos partene og en konkretisering av tiltakene. • Kommunene utarbeider eskaleringsplan for situasjoner der kommunen har mange UKP.
7	ASU anbefaler at kommunene etablerer rutiner for tidlig tverrfaglig vurdering av pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter sykehusoppholdet.	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsgruppen anbefaler at kommunene i Helsefellesskapet 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 – se sjekklister for saksbehandlere i UKP-rapporten • 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. • Mulighet for tilrettelegging av digitale møter (kommuner med lang avstand til sykehus) • Gj.føre formøte mellom helsepersonell i kommune og sykehus <u>før</u> møte med pasient
8	ASU anbefaler at kommunene og St. Olavs hospital etablerer et pilotprosjekt med tverrfaglig pasientsentrert helsetjenestetteam. Målsettingen med et slikt team er at det skal understøtte overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunen, for pasienter med behov for kommunale tjenester etter utskrivning.	<ul style="list-style-type: none"> • Det er innvilget tilskudd (HMN); innovasjonsmidler til prosjektledelse = 750' pr. år (3 år). • En liten arbeidsgruppe etableres for å gjennomføre et forarbeid = konseptfase prosjekt. <ul style="list-style-type: none"> ○ Beslutningsgrunnlag, med tydelige beskrivelser på evt. ulike alternativer ○ Helseøkonomisk modell innarbeides som viktig del av beslutningsgrunnlag ○ Prosjektledelse – utlysning etter konseptfase?

9	ASU anbefaler at analysegruppen bes om å utarbeide nødvendige kvalitetsindikatorer, som det rapporteres jevnlig på, for å følge utvikling og resultatoppnåelse. Dette er et viktig grunnlag for evaluering og videre oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> • Analysegruppen v/leder og nestleder anbefales å delta i Kompetansegruppen <ul style="list-style-type: none"> ○ Avklares med AU til ASU • Se ønskede kvalitetsindikatorer i vedlegg 13, ønsket styringsinformasjon • Statistikk • Forskning/forskningsanalyser
10	ASU ser behovet for at Helsefellesskapet søker midler til finansiering av prosjekter beskrevet i endelig rapport og videre at det etableres følgeforskning på de prosjekter dette anses som fornuftig. Dette utredes som egen sak, som fremmes til ASU i desember-møtet.	<ul style="list-style-type: none"> • Innovasjonsmidler til pilotprosjektet innvilget 22.12.23 (HMN RHF). • Søke forskningsmidler for evaluering/følgeforskning av pilotprosjekt
11	ASU anbefaler at det gjennomføres en erfaringskonferanse i Helsefellesskapet med utskrivningsklare pasienter som tema, i løpet av høsten 2023. Dette for oppfølging av rapporten og som oppstart på operasjonalisering av tiltak, med hovedfokus på erfaringsutveksling og læringspunkter gjennom «best practice».	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført november 2023. • Ny konferanse el. anbefales gjennomført høsten 2024. Se under vedtakspunkt 3.
12	ASU gir Arbeidsutvalget myndighet til å følge opp vedtaket videre, herunder avklare en tydelig ansvars plassering for at tiltakene som er vedtatt blir operasjonalisert og målsettingene realisert.	Jevnlig rapportering til AU og ASU

