



UKP – rapport

Oppsummering av innspill

Helsefellesskapet St. Olavs hospital HF og kommunene

St. Olavs hospital HF

- Rapporten tilsluttes - meget god og gjennomarbeidet; offensiv målsetting og konkrete KPI`er.
- KPI`er; 50 % måloppnåelse etter 1 år og 100 % etter 2år; hva settes som **virkningstidspunkt**?
- **CFS-scoring (skrøpelighetsskåring) anses sentralt** i alle deler av helsetjenesten (fastlege, 1. linjetjenesten, sykehus). Dette vil medføre bedre treffpunkt på videre forløp, med riktig behandling. Ved innleggelse i sykehus er det CFS-variabler som er viktig for treffe med riktig behandling; både på avdeling(er), nivå på behandling(er) etc. Fastlegen blir viktig i arbeidet.
- Dialogen og innholdet **informasjonsutvekslingen** må styrkes – viktig at **funksjonsnivå** beskrives – hjelpearb/hjelpeord benyttes aktivt.
- Mange «oppsider» med foreslåtte tiltak både for 1) sykehuset og 2) samhandling mellom sykehus, kommuner, fastlege og andre aktører.
- **Team (PSHT-elementer) støttes** – dette sikrer en større andel som reiser hjem, med tett og god oppfølging/behandling i 1-2 uker etter utskrivning. En større andel kan trolig også tas ut tidligere – ved at tverrfaglig vurdering gjøres tidligere.



Brukerutvalget ved St. Olavs hospital HF

- Rapporten er begrenset til somatikk. Det rettes en **bekymring** til behandling av denne pasientgruppen, der det i **samtidighet kan være tildeles lettere/alvorlig psykiatri/rus**. Der pasienten er ukjent kan det være en ekstra utfordring å gi en helhetlig vurdering.
- Bekymringer i forhold til **hvor godt pasienten vil bli ivaretatt**, der **kommunen primært ønsker pasienten rett hjem**. Kan oppleves belastende for pårørende. Det stilles spørsmål til om dette hensyntas i vurdering av pasientens omsorgsbehov, både under og etter behandling, med eventuelle tilleggsutfordringer innenfor psykisk lidelse/rus?
- Forløpet mangler fokus på **samtykke fra pasient og pårørende** til å starte samhandlingen. Også skrøpelige eldre og deres pårørende må selv samtykke til at tjenestene samhandler og deler informasjon, og det er viktig at **forløpet starter med grundig informasjon til pasient og pårørende** om deres rettigheter og plikter i slikt samhandlingsforløp. Det bør være en del av forløpsbeskrivelsen, slik at dette ikke blir avglemt eller forsvinner.
- **Innhenting av informasjon om pasientens ønsker og situasjonen rundt må være starten av kartleggingen** rundt pasient. Viktig at de som skal samhandle om planlegging av utskrivning har god informasjon og pasientens ønsker og muligheter til å klare seg og få bistand i hjemmet, samt pårørendes ønske og mulighet til å bistå pasienten ved eventuell hjemreise. Det vil variere også i denne gruppen, og det må sikres at man ikke tar for gitt at det finnes støtte og hjelp fra pårørende.





- Støtter innføring av system som **identifiserer og måler skrøpelighet - CFS benyttes som skåringsverktøy**. Settes i system; - opplæring, dokumentasjon, evaluering, effekt mv. Sikre omforent forståelse i Helsefellesskapet - mest mulig gjøres likt.
- **Pasient- og pårørendeinvolvering må vektlegges** - tilstrebe alternativt system til HelsaMi for egenrapportering.
- Støtter at **e-mld. dialogen styrkes** og starter så tidlig som mulig. Behov for godt system for god håndtering (opplæring, rutiner, prosedyrer)
- Støtter anbefaling om **e-læringsprogram vedrørende betydningen, vurderingen og skåringen av skrøpelighet**, samt videre arbeid med hvordan skrøpelighetsvurdering kan benyttes som del av beslutningsgrunnlag i vurdering av hva som er egnet utredning og behandling. Støtter at det arbeides for innspill til Helseplattformen for utvikling av HP på dette området.
- Støtter utarbeiding av **eskaleringsplaner** i kommunene og **felles plan for kapasitet/kapasitetsutnyttelse/håndtering v/kapasitetsoverskridelser**
- Støtter **analysegruppe** på tvers av nivåene.
- Støtter «**Rask tverrfaglig vurdering og avklaring etter utskrivning**»
- Støtter **pilotering av et team på tvers**, med elementer fra PSHT.
- Støtter en **styrket og strukturert koordinering i overgangene**.
- Støtter kriterier for å benytte **forsterket utskrivning til hjemmet**
- **Erfaringsdeling** er viktig for videreutvikling og for å identifisere gevinster. Viktig med fokus på teknologi og digitale løsninger

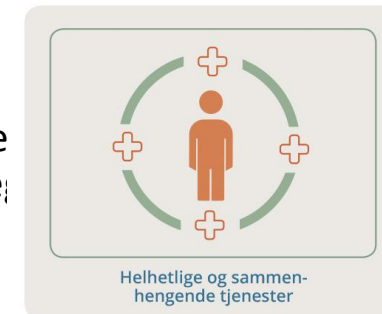
Innsatsteam



Trøndelag sør-vest

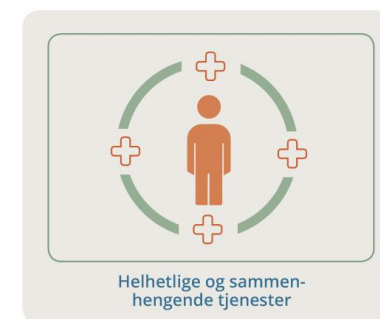
- Surnadal, Rindal, Rennebu, Hitra, Frøya, Heim, Skaun og Orkland

- Peker på at UKP-problematikken er kompleks og sammensatt av mange ulike elementer; kompetanse, antall og type inst.plasser, kommunikasjon, samhandling, regulering i lov og forskrift mv. Sprs: **er kompleksiteten godt nok utredet?**
- Alt. løsninger til HP for informasjonsdeling og innhenting av nødvendig tallgrunnlag, evaluering, effekt mv. bør sikres
- Beskrivelse av **funksjonsnivå** bør ivaretas (tydeliggjøre viktigheten) – **styrke e-meldingsdialogen.**
- **Støtter innføring av CFS som verktøy**, inkl. e-læringsprogram, for tidligere oppdagelse og forebygging av akutte ved skrøpelighet. Støtter CFS også for en mer effektiv og felles planlegging rundt enkeltpasienter, mellom fastle, og 1. linjetjenesten
- **Konferering** og dialog mellom fastlege/legevakt og spesialist i sykehus i forkant av evt. innleggelse er viktig.
- **Pårørendeinvolvering** – sikre gode rutiner for god dialog mellom 1. linjetjenesten, pasient, pårørende, sykehus, evt. andre
- Støtter etablering av **analysegruppe** på tvers av nivåene.
- Støtter **pilotprosjekt på elementer fra PSHT** – men det bør utarbeides plan for «bredding».



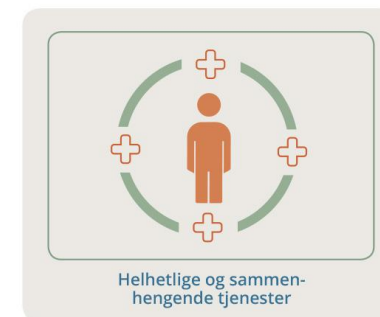
Trøndelag sør-vest

- Støtter en mer effektiv utnyttelse av kommunale institusjonsplasser og kommunesamarbeid, men peker på at behovet for inst. plasser er større enn det man pt. klarer å dekke. Det savnes mål med tilhørende tiltak for å unngå innleggelse.
- Vanskelig å lese ut av rapporten hvilke tiltak som skal sikre at en større andel reiser hjem (fra sykehus) med hjemmebaserte tjenester. Det pekes også på at det **bør ses på tiltak i sykehus** for å sikre at funksjonsnivå er tilsvarende ved utskrivning som ved innleggelse, slik at kommunen kan **oppretholde samme tjenestenivå** (etter utskrivning = før innleggelse)?
- Det pekes på at andre kommuner har en målsetting om å styrke hjemmebaserte tjenester, noe som kan bidra til økt «kamp» mellom kommunene på knappe personellressurser? Ikke ønskelig å iverksette tiltak som krever ytterligere personellressurser for å løse. **Tiltak bør løses innenfor den menneskelige ressurstilgangen og noenlunde samme organisering som man allerede har.**
- Støtter raskere uttak av UKP fra sykehus og reduksjon av liggedøgn, men peker samtidig på usikkerhet: er **kompleksiteten på området og ulikhetene mellom kommunene godt nok utredet/hensyntatt?**
- Det pekes på at en av forutsetningen for å nå de 6 KPI`ene er at skisserte tiltak følges opp i fellesskap. Enig i at det er nødvendig med tiltak på begge nivå, men man kan ikke se utfra rapporten **hvilke tiltak som konkret skal iverksettes i sykehuset?**.



Trøndelag sør-vest

- Støtter behovet for å utarbeide eskaleringsplaner – men her må det innhentes råd fra Statsforvalteren ift. muligheter/begrensninger (hva kan tas ned, hvor mye etc.), jfr. evt. begrensninger i lov og forskrift
- Det pekes på at **lov og forskrift** er avgjørende for hva og hvilke endringer som kan gjøres
- Kommunene i regionen har, hver for seg og sammen (samarbeid om korttidsplasser), **tatt i bruk absolutt alle tilgjengelige ressurser**, både personellmessige og arealmessig.
- Utbygging av bygningsmasse for evt. å øke antall institusjonsplasser er et langsiktig løp ref. planarbeid.
- Vedrørende rapportens anbefaling om at kommunene **videreutvikler sine korttidstilbud** for å sikre rask tverrfaglig vurdering og avklaring, som blant annet innebærer ulike fagpersoner - uttrykker at man her må være **tilbakeholden med å iverksette personellintensive tiltak**.



TILTAK SOM KOMMER ALLE PASIENTER TIL GODE



Figur 4.5 Tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter