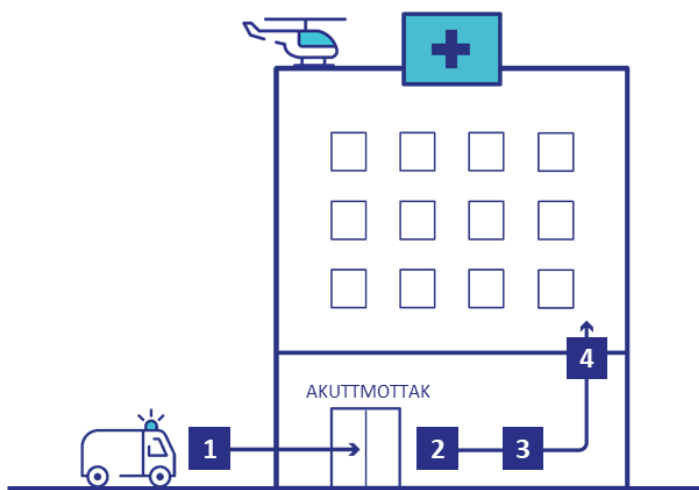




16. august 2023

Rapport

Pasienttilstrømning til St. Olavs hospital, Øya



Bjørn Fjærli, Christine Karlsen, Marte Walstad, Lene Stene Salberg, Irene Skaget, Silje Nilsen, Minna-Johanna Laru, Eva Rinnan, Øystein Døhl, Sveinung Sørhaug, Lars Erik Laugsand, Simen Rasmussen, Frode Aasgaard, Anders Gullhav, Andreas Asheim, Jon-Ola Wattø, Christoffer Strøm, Gry Merket og Runar Asp.

Trondheim 16. august 2023

Innhold

1. Bakgrunn.....	2
2. Mål	3
3. Organisering av prosjektet.....	3
3.1 Prosjektgruppe	3
3.2 Mandat	3
3.3 Aktivitet i prosjektet.....	4
4. Datagrunnlag	4
5. Faktorer som kan påvirke pasienttilstrømning til akuttmottak og forslag til tiltak.....	5
5.1 Innbyggernes forventninger og evne til egenomsorg.....	7
5.2 Kapasitet av akutt-tjenester	8
5.3 Kompetanse	11
5.4 Muligheter for styrket samhandling og samarbeid	12
5.5 Rutiner, roller og oppgavedeling	13
5.6 Manglende datagrunnlag for analyse.....	14
5.7 Andre forhold som er drøftet.....	14
6. Forslag til videre arbeid	16
7. Vedlegg tallgrunnlag.....	17

1. Bakgrunn

Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) i Helsefelleskapet vedtok i sitt møte 15.12.22:

- *ASU nedsetter en arbeidsgruppe i helsefelleskapet til prosjekt pasienttilstrømning St. Olavs hospital Øya, bestående av representanter fra kommunene, St. Olavs hospital og fastlegene, samt brukerrepresentant. AU godkjenner arbeidsgruppens sammensetning etter forslag fra kommunene og sykehuset.*

Av vedtaket i ASU fremgår det at prosjektet innarbeides som tiltak i Handlingsplan 2022 - 2024 for helsefelleskapet, og at arbeidsgruppen fremlegger sin rapport for ASU 14.06.23. Mandatet, også vedtatt av ASU, fremgår av punkt 3.1 i rapporten. Arbeidsutvalget (AU) til ASU godkjente oppnevningen av representantene i prosjektgruppen, se pkt. 3.2.

St. Olavs hospital har over tid opplevd en betydelig økning i pasienttilstrømning til akuttmottaket. Fra 2012 har pasienttilstrømningen vært jevnt økende, med 67 % i en 10 års periode, og en særlig markant økning fra 2020. Trenden av økt pasienttilstrømning er noe man ser både internasjonalt og nasjonalt. Fordi pasientstrømmen varierer gjennom døgnet vil det være ujevn belastning på Akuttmottaket på St. Olavs hospital, Øya (videre omtalt som Akutten).

Årsakene til økt pasienttilstrømning er ukjent. Det var derfor ønskelig å gjøre en lokal analyse av situasjonen, for å forsøke å identifisere årsaker og mulige tiltak for å avhjelpe situasjonen. Økt pasienttilstrømning antas i utgangspunktet å kunne være begrunnet i flere ulike faktorer. Gjennom en grundigere analyse og drøftinger vil man sikre et best mulig beslutningsgrunnlag for videre tiltak.

Det stilles også spørsmål til om det kan være noe sammenheng mellom økt pasienttilstrømning til Akutten, høyt belegg i sykehuset og et økt antall utskrivningsklare pasienter. Samlet sett er dette forhold som kan påvirke den generelle sengekapasiteten i sykehuset og potensielt utfordre pasientsikkerheten. Det vil også av pasienthensyn være viktig å unngå eventuelle unødvendige sykehusinnleggelser.

Akuttmottaket ved St. Olavs hospital, Øya (Akutten)

Tidligere fungerte Akutten i stor grad som en «transitt-stopp», der pasientene ble klargjort for innleggelse og videre forflytning innover i sykehuset. Nå foregår det mye utredning og behandling i Akutten. Etablering av ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin inkludert ansettelse av overleger og LIS i denne spesialiteten, har medført at man jobber på en annen måte enn tidligere. Andelen pasienter som blir avklart i Akutten, uten behov for innleggelse, er i dag på ca. 40 %.

Når det gjelder vurdering av arealbehov i Akutten er dette et eget pågående utredningsarbeid ved St. Olavs hospital. Dette arbeidet omfatter blant annet en vurdering av mulighetene for et økt antall observasjonssenger (Akutt 24).

2. Mål

Prosjektet skal gi økt innsikt i problematikken «*betydelig økt pasienttilstrømning til akuttmottaket*», en felles og omforent forståelse av faktorer som påvirker pasienttilstrømningen og endringene, samt forslag til tiltak for å avhjelpe situasjonen slik at pasienten får rett helsehjelp, til rett tid, på rett sted.

3. Organisering av prosjektet

3.1 Mandat

1. Fremskaffe relevante data som faktagrunnlag for å identifisere faktorer som påvirker pasienttilstrømningen til St. Olavs hospital, Øya.
2. Foreslå konkrete tiltak for å dempe pasienttilstrømningen og om mulig holde denne på nivå med 2022.

Arbeidsgruppen skal vurdere hvilken informasjon som kan være relevant og nødvendig for å gi innsikt i problemstillingen og fremskaffe denne, både fra sykehuset og kommune(r). Videre analysere data med tanke på bakgrunn for henvisning til Akutten og foreslå aktuelle tiltak i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

3.2 Prosjektgruppe

Målet var at arbeidsgruppen skulle få en sammensetning med representasjon fra en større del av Helsefellesskapet, men dette lot seg dessverre ikke gjøre. Med unntak av fastlegerepresentant, var derfor arbeidsgruppen sammensatt med kommunale representanter kun fra Trondheim kommune. Arbeidsgruppen mener likevel at arbeidet vil kunne ha relevans for Helsefellesskapet som sådan.

	Navn	Rolle/klinikk/kommune
Leder	Runar Asp	Spesialrådgiver Sentral stab
Sekretariat	Gry Merket	Administrasjonskoordinator
Medlem	Lars Erik Laugsand	Ass. klinikk-sjef akutt- mottaksmedisin
Medlem	Sveinung Sørhaug	Klinikk-sjef lunge- og arbeidsmedisin
Medlem	Frode Aasgaard	Seksjonsleder leger karkirurgi, Kirurgisk klinikk
Medlem	Simen Rasmussen	Overlege klinikk akutt-/mottaksmedisin
Medlem	Jon-Ola Wattø	Avd. sjef klinikk akutt-/mottaksmedisin
Medlem	Christoffer Strøm	Avd. sjef klinikk akutt-/mottaksmedisin
Analyse	Anders Gullhav	Prosjektleder RSHU
Analyse	Andreas Aasheim	Forsker RSHU
Nestleder	Lene Stene Salberg	Samhandlingsleder/ samfunnsmedisin (alle kommuner)
Medlem	Marte Walstad	Konstituert kommunalsjef legevakt, Øya HH, ELS (TK)
Medlem	Christine Karlsen	Fastlege Malvik kommune (Trondheimsområdet)
Medlem	Minna-Johanna Laru	Fagutviklingssykepleier Trondheim legevakt (TK)
Medlem	Silje Nilsen	Avdelingsoverlege Trondheim legevakt (TK)
Medlem	Eva Rinnan	Rådgiver kommunedirektørens fagstab, helse og velferd
Medlem	Irene Skaget	Avdelingsleder Trondheim legevakt (TK)
Analyse	Øystein Døhl	Seniorrådgiver kommunedirektørens fagstab
Medlem	Bjørn Fjærli	Brukerrepresentant

3.3 Aktivitet i prosjektet

Det er avholdt 5 møter i prosjektgruppen, varighet 1,5 time, fortrinnsvis fysisk deltagelse.

4. Datagrunnlag

Relevante data er lagt som vedlegg til rapporten.

Utgangspunktet for prosjektet var tall fremlagt fra St. Olavs hospital som viser at pasienttilstrømningen til Akutten (somatikk) har økt betydelig gjennom flere år. I overkant av 32 000 pasienter var innom Akutten i 2022, med en økning på 2500 - 3000 pasienter årlig fra 2020. Det har vært en pasientvekst til Akutten på 67 % fra 2012 til 2022. Tilsvarende trend ser man ved andre universitetssykehus i Norge, basert på tall som er innhentet. Så langt i 2023 ser man at tilstrømningen i første tertial er tilsvarende som i 2022.

Ved St. Olavs hospital er det enkelte fagområder som har egne direkte mottak av akuttpasienter. Her ser man ikke den samme økningen, men antallet kontakter er stabilt over tid. Det finnes dog sesongvariasjoner som for eksempel ved barnemottaket under RS virus sesongen 2021.

Ved oppstart av arbeidet etterspurte kommunerepresentantene informasjon om hvilke pasienter som kommer til Akutten, men som vurderes å ikke ha behov for spesialisthelsetjeneste og derfor burde vært håndtert av primærhelsetjenesten. Akutten har ingen klar oppfatning av at pasienter som kommer til Akutten, ikke har behov for spesialisthelsetjenestekompetanse, og samtlige blir derfor håndtert. Det kan være av interesse, om mulig, å utvikle en metodikk/registreringspraksis som kanskje kan gi et bedre kunnskapsgrunnlag i forhold til pasienter som eventuelt kunne vært håndtert før de kommer til Akutten.

Tallgrunnlag for de prehospitale akuttmedisinske tjenestene i kommunen (fastleger, legevakt og ØHD) ble etterspurt. Det finnes noe data fra henvendelser til legevaktsentral, men ut over dette er tallmaterialet svært begrenset og beheftet med betydelig usikkerhet. Det vises en betydelig økning i telefonhenvendelser til Trondheim legevakt (LVS) og betydelig økning i svartid.

Det ble konkludert i arbeidsgruppen med at det ikke var hensiktsmessig å nedlegge arbeid med å innhente ytterligere tallgrunnlag, all den tid dette uansett ville være beheftet med stor grad av usikkerhet.

Arbeidsgruppens vurderinger og forslag bygger derfor i stor grad på erfaringsbasert kunnskap fra gruppens medlemmer.

Oppsummering av innhentet tallgrunnlag

De instansene med størst andel henvisninger til Akutten i 2022 var fordelt med hhv. 28 % fra fastleger og 27 % fra legevakten i Trondheim. 21 % ankom Akutten med ambulanse. Det har vært vanskelig å konkretisere andelen direkte tilkjørt med versus uten legevurdering. Andelen fra f.eks. andre legevakter (5 %) og sykehjem (sykehjemslege 1 %) var relativt liten. Ca. 17 % «missing» pga. manglende registrering (tallene i vedlagte tabell summeres ikke til 100 %).

Fra 2020 ser man en faktisk økning av pasienter i alle aldersgrupper, med den største økningen i gruppene 70 - 80 år, 80 + og den yngste mellom 20 – 30 år og 30 - 40 år. Økningen i de eldste aldersgruppene ser ut til å følge demografien (økt antall eldre), mens den reelle økningen i de yngre aldersgruppene er høyere enn man kan forvente av demografien.

Vurdering av pasienter som kommer til Akutten viser at de aller fleste blir kategorisert (triagert) med relativt høy hastegrad, det vil si enten vurdert til at helsehjelpen haster eller at tilstanden potensielt kan bli alvorlig (*truende*). Det er relativt få pasienter som blir vurdert til lav hastegrad.

Fra 2018 til 2022 økte andelen som ferdighåndteres i Akutten (poliklinisk) fra 20 % til 40 %. Det er en økt andel eldre (80+) som legges inn, og en økt andel yngre som blir avklart poliklinisk. De 3 hyppigste tilstandene som ferdighåndteres i Akutten er 1) akutte magesmerter, 2) dyp venetrombose og 3) brystmerter. Det er for disse pasientgruppene (også flere) utarbeidet standardiserte pasientforløp.

Nasjonalt ser man at antall konsultasjoner hos legevakt er stabil over tid (2017-2021). Vi har ikke lyktes å innhente bekreftede tall fra Trondheim legevakt, men antall konsultasjoner på legevakt synes også her å være stabil over tid (ca. 4.000 pr.md.). Imidlertid ser man en vesentlig økning i antall henvendelser til legevaktsentral per telefon, fra ca. 130.000 i 2019 til ca. 180.000 i 2022. Det er også en økning i antall oppdrag for ambulerende legebil. Fastlegene rapporterer også om økt pasienttilstrømning, noe som også gjelder nasjonalt.

Man ser også en økning i henvendelser til AMK og økt oppdragsmengde for ambulansetjenesten. Det synes derfor å være en generell økning i etterspørsel av tjenester i hele den akuttmedisinske kjede.

5. Faktorer som kan påvirke pasienttilstrømning til Akutten og forslag til tiltak

Det ble innledningsvis stilt spørsmål til om den økte pasienttilstrømningen kan skyldes et reelt økt behov for spesialisthelsetjenester eller om det henvises pasienter til Akutten som heller burde vært håndtert av primærhelsetjenesten, uten henvisning til Akutten.

Arbeidsgruppen har ingen klare konklusjoner på disse spørsmålene. Det har imidlertid ikke fremkommet noen entydig kunnskap om at pasienter henvises til Akutten uten behov for spesialisthelsetjenestekompetanse, enten det gjelder vurdering, diagnostikk eller behandling. Den økte pasienttilstrømningen kan antas å til en viss grad skyldes et økt behov i befolkningen for helsetjenester generelt, herunder spesialisthelsetjenester, og endring i demografi, sykdomsbilde og sykdomsforekomst. Økt tilgjengelighet av kompetanse i Akutten kan muligens også være medvirkende til noe økt henvisning fra primærhelsetjenesten. Tidligere hadde flere fagområder i sykehuset tilbud om vurdering ved poliklinikk med kort ventetid. Fastleger peker på denne muligheten for hurtig («halv-øyeblikkelig») vurdering ved fagspesifikke poliklinikker som et viktig konkrete tiltak for å redusere henvisninger til Akutten.

Når man legger forventet endring i demografi og sykdomsutvikling til grunn, må man anta at behovet for og presset på helsetjenestene vil øke, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. For å møte det antatt økende behovet vil vi være avhengig av nye tiltak og virkemidler i tillegg til det man har i dag.

Helsetjenestene må i større grad bidra til at befolkningen selv kan mestre enkle og ufarlige helseproblemer. Den offentlige helsetjenesten vil fremover i langt større grad enn tidligere prioritere bruken av kompetanse og ressurser, slik at man sikrer at de som trenger det mest får hjelp. Økt fokus på samhandling og samarbeidsløsninger, kapasitet og kompetanse vil være helt avgjørende.

Med et noe begrenset datamateriale, baserer arbeidsgruppens vurdering av mulige medvirkende faktorer til den økte pasienttilstrømningen seg på arbeidsgruppemedlemmenes erfaringskompetanse og drøfting av denne. Å si noe entydig og sikkert om faktorenes betydning og videre konkret effekt av de foreslåtte tiltakene, basert på disse vurderingene, er ikke mulig. Arbeidsgruppen velger likevel å presentere noen sentrale antagelser om påvirkningsfaktorer og videre mulige tiltak som kan vurderes iverksatt. Mange av tiltakene er allerede forhold det jobbes med, og som uansett vurderes å være aktuelle med hensyn til forbedring og kvalitetsutvikling av tjenestene.

Det er i dag vanskelig å konkretisere måltall (KPI`er) på tiltakene som foreslås. Dette er noe arbeidsgruppen anbefaler følges opp videre, særlig med tanke på mulighetene som ligger i Helseplattformen.

Oppsummering av forslag til mulige tiltak – oversikt

- Tiltakene er ikke angitt i prioritert rekkefølge.

Pkt	Mulige tiltak	Ansvar	Relevant for andre kommuner/ St. Olav enheter
5.1.1	Informasjon til innbyggerne	Trondheim legevakt og akuttmottak St. Olavs hospital, Øya	Ja
5.2.1	Halv øyeblikkelig hjelp	St. Olavs hospital	Ja Orkdal sjukehus
5.2.2	Konferansemulighet – øke bruken og tilgjengeligheten av samhandlingstelefonen <ul style="list-style-type: none"> • Samhandlingstelefonen og bruk av denne bør inngå i opplæring av fastleger, vikarer og andre • Akuttlege tilgjengelig for konferering 24/7 	Kommune St. Olavs hospital	Ja Ja
5.2.3	Ambulerende legebil (økt ressurs)	Trondheim kommune	Nei ?
5.2.4	Andre ambulante akutt-tjenester	Kommune og St. Olavs hospital	Ja
5.2.5	Kapasitet av lokalsykehusfunksjoner	St. Olavs hospital	Alle lokasjoner
5.2.6	Kapasitet og utnyttelse av Øyeblikkelig hjelp døgnplasser - Øya helsehus <ul style="list-style-type: none"> • Kapasitet og utnyttelse - dette inngår i et allerede pågående arbeid. • Kartlegge i Legevakten de gangene kommunen ikke har tilgjengelig plass ved ØHD, Øya helsehus og pasienten derfor må innlegges i sykehuset 	Trondheim kommune Trondheim legevakt	Ja Ja

5.2.7	Observasjonssenger i legevakten	Trondheim kommune	Usikkert
5.2.8	«Storbylegevakt» eller elementer fra dette	Trondheim legevakt	Nei
5.3.1	Opplæring av fastleger og legevaksleger (inklusive vikarer)	Kommune og St. Olavs hospital	Ja
5.3.2	Opplæring av kommunalt ansatte ved sykehjem, hjemmetjenester, heldøgns omsorgsboliger og ansatte på legevakten, legevaktsentral, helsehus (eventuelt andre relevante)	Kommune og St. Olavs hospital	Ja
5.3.3	Opplæring av ambulanspersonell	St. Olavs hospital og kommune	Ja
5.4.1	Vurdere økt bruk av rotasjonsordning og hospitering av personell mellom legevakt og Akutten	Kommune og St. Olavs hospital	Ja
5.4.2	Sikre at ambulanse alltid konfererer med lege i primærhelsetjenesten når det er mulig eller med AMK/sykehuslege ved direkte innkjøring	St. Olavs hospital	Ja
5.5.1	Bruk av standardiserte scoringsverktøy for vurdering av helsetilstand NEWS (National Early Warning Score)	Kommune	Ja
5.5.2	Utarbeide rutine for strukturert og systematisk registrering og tilbakemelding til kommunen om pasienter i Akutten som kanskje kunne vært håndtert i kommunen	Akutten	Ja Orkdal sjukehus
5.6.1	Felles analysegruppe i Helsefellesskapet	ASU	Ja
	Andre forhold som er drøftet		
5.7.1	Rekruttering av fastleger		
5.7.2	Aktiv prioritering av tjenester og tilbud i kommuner og sykehus		
5.7.3	Holde andelen re-innleggelse på et stabilt nivå, evt. redusere hvis fornuftig		
5.7.4	Opprette akutt ambulerende tjeneste i psykisk helsevern (utenfor mandat)		
5.7.5	Andre forhold drøftet vedrørende kapasitet		
5.7.6	Utarbeide rutiner for tettere dialog rundt pasienter før ambulanseoppdrag gis		

5.1. Innbyggernes forventninger og evne til egenomsorg

Generelt sett opplever man en økt etterspørsel etter helsetjenester for tilstander som tidligere i større grad ble håndtert av den enkelte selv. Tilgangen på helseinformasjon blant annet gjennom internett, er stor. Det kan også være en risiko for at dette i større grad medfører mer bekymring fremfor økt egenmestring. Innbyggerne kan ha behov for tilpasset faktainformasjon om hvordan de selv kan ivareta enklere helseforhold, samt informasjon om lokale helsetjenester.

Dette vurderes å kunne være med å begrense behovet for å oppsøke fastlege/legevakt/Akutten. Det er viktig at befolkningen har tilstrekkelig kunnskap slik at de selv i større grad kan avgjøre om det er nødvendig å kontakte fastlege/legevakt/AMK-113. Helsetjenesten bør i fellesskap planlegge og eventuelt gjennomføre kommunikasjon ut mot befolkningen. Dette er spesielt viktig før perioder hvor man forventer økt sykkelighet eller kapasiteten i tjenestene er ekstra belastet, for eksempel før influensasessong og før høytider og ferier.

5.1.1 Informasjon til innbyggerne - Tiltak

Fast kontakt mellom akutt-tjenestene (legevakt, Akutten og AMK) i forkant av definerte perioder, for å drøfte kommunikasjonsstiltak på nettsider, i media mv. Dette settes som fast tema på samarbeidsmøter. Det vurderes bistand fra kommunikasjonsavdeling i sykehus og kommune.

Ansvar: AMK (ansvar for innkalling), Trondheim legevakt og Akutten, St. Olavs hospital.

Relevans: tiltaket er relevant også for andre legevakter i regionen.

5.2. Kapasitet av akutt-tjenester

Tidligere hadde flere fagområder i sykehuset mulighet for vurdering ved poliklinikk med kort ventetid («1/2-øhj»). Dette er pasienter som fastlege eller legevaktslege vurderer kan vente 1-7 dager på en vurdering av spesialist for en uavklart tilstand, men som ikke kan vente på ordinær time. Dersom disse kan planlegges inn ila. få dager vil man kunne unngå at disse sendes til Akutten. Et utvalg av fastleger i Trondheim peker på dette tiltaket som det sannsynlig mest effektive tiltaket for å begrense henvisninger til Akutten. Omfanget av behov er ikke kjent, men arbeidsgruppen mener re-etablering av slike «1/2-øhj.-timer» ved ordinære poliklinikker bør prøves ut og da i første omgang ved et utvalg poliklinikker, f.eks. innenfor noen indremedisinske fagområder.

Arbeidsgruppen har videre drøftet hvorvidt kapasiteten på ambulerende tjenester bør vurderes og eventuelt utredes. Videre hvorvidt det foreligger planer for å øke kapasiteten ved St. Olavs hospital på lokalsykehusfunksjoner og om storbylegevakt eller elementer fra dette bør utredes. Kapasiteten bør utredes på flere områder for å møte fremtidens utfordringer. Dette både for de akuttmedisinske tjenestene og for andre tjenester i sykehus og kommuner. Med bakgrunn i fremtidens utfordringsbilde forventes økt behov for helsetjenester. Dette også med bakgrunn i at flere tjenester og tjenestetilbud er organisert og etablert for flere år tilbake og det faktum at det også har skjedd endringer frem til i dag.

Tilpasning av kapasitet på flere områder anbefales utredet videre.

5.2.1 Halv øyeblikkelig hjelp - Tiltak

Re-etablere ½ øyeblikkelige hjelp på noen indremedisinske fagområder.

Ansvar: sykehuset.

Relevans: tiltaket er også relevant for Orkdal sjukehus.

Primærlegens mulighet for å konferere med spesialist i sykehuset ved vurdering av pasienter, er viktig og et tiltak som vil kunne forhindre at pasienter henvises til Akutten unødvendig. Behovet for slik konferering vil kunne oppstå hele døgnet og grad av tilgjengelighet og kapasitet som innebærer raskt svar, er sentralt. I dag er konferansemulighet via samhandlingstelefonen begrenset til deler av døgnet, ikke minst på helg (mandag-fredag kl. 08-23 og helg/høytid 10-18). Det ideelle ville være om denne konferansemuligheten var tilgjengelig 24/7. I mangel/påvente av dette, bør sykehuset vurdere hvordan konfereringsbehov kan ivaretas på en alternativ måte og uten at vaktlege i kommunen spiller tid på å finne frem til riktig spesialist.

Fastlegesituasjonen innebærer for tiden mange vikarer og nye leger i kommunene. Det er derfor viktig at alle nye leger er kjent med konfereringsmuligheten med spesialist ved St. Olavs hospital.

5.2.2 Konferansemulighet – øke bruken og tilgjengeligheten av samhandlingstelefonen – Tiltak

- Samhandlingstelefonen og bruk av denne bør inngå i opplæring av fastleger, vikarer og andre.
Ansvar: kommunen
Relevans: tiltaket vurderes relevant for alle kommuner i Helsefellesskapet.
- St. Olavs hospital vurderer muligheten for å gjøre akuttlege tilgjengelig for konferering 24/7, alternativt vurdere hvordan konfereringsbehov kan ivaretas på annen måte 24/7.

Ansvar: sykehuset.

Relevans: tiltaket er også relevant for Orkdal sjukehus.

Arbeidsgruppen har videre drøftet om økt bruk av ambulerende tjenester kan være noe å vurdere. Bruken av ambulerende legevakt har økt og dette bør utforskes nærmere med tanke på blant annet hensiktsmessighet og om det kan være behov for å øke kapasiteten. Videre finnes det erfaringer fra blant annet Danmark og Sverige, men også Røros, med bruk av annet helsepersonell enn lege i ambulant akutt-tjenester. Dette kan også være noe å utforske nærmere i vårt helsefellesskap.

5.2.3 Ambulerende legebil (økt ressurs) – Tiltak

Analysere bruk og evt. utredede behovet for økt kapasitet på ambulerende legebil (ekstra ressurs).

Ansvar: kommune.

Relevans: tiltaket vurderes å ikke være relevant for andre legevaktområder.

5.2.4 Andre ambulante akutt-tjenester – Tiltak

Vurdere å utrede etablering av en ambulerende akuttfunksjon ved paramedisiner eller tilsvarende, for utrykning til hjem og institusjoner som supplement til ambulerende legevakt.

Ansvar: felles sykehus og kommune (jf. Rørosprosjektet) evt. kun kommune.

Relevans: tiltaket vurderes å være relevant for andre legevaktområder.

Utvikling av St. Olavs lokalsykehusfunksjon i takt med endring i befolkning og behandlingsmuligheter, er viktig for det samlede tilbud av helsetjenester til innbyggerne i regionen. Dette gjelder også de akuttmedisinske tjenestene. Oppfølging av prioriteringene i sykehusets utviklingsplan 2023-2026 når det gjelder akuttmottak og den akuttmedisinske kjeden, men også øvrige lokalsykehusfunksjoner, blir viktig. Det må sikres nok kapasitet til å ivareta befolkningens behov for akutt og halvakkutt vurdering og helsehjelp på spesialistnivå.

5.2.5 Kapasitet av lokalsykehusfunksjoner – Tiltak

Oppfølging av utviklingsplan; vurdere og eventuelt utrede om kapasitet av lokalsykehusfunksjoner (også areal), inklusive Akutten, er tilpasset demografi og utvikling i medisinske muligheter og sykdomsutvikling.

Ansvar: sykehuset.

Relevans: tiltaket er relevant for St. Olavs enheter/lokasjoner.

Tilstrekkelig kapasitet og riktig utnyttelse av kommunale øyeblikkelig hjelp-senger (ØHD/KAD) er viktig for å unngå innleggelse i sykehuset av pasienter som trenger akutt døgnobservasjon, men som kompetansemessig kan håndteres i kommunen. Dette tilbudet er fortrinnsvis beregnet på eldre pasienter. Trondheim kommune har ikke gode data på bruken av disse plassene ved Øya helsehus. Legevakten opplever imidlertid at de regelmessig må henvise pasienter til sykehuset fordi det ikke er tilgjengelig plass ved ØHD-avdelingen. Vurdering av ØHD-tilbudet, inngår i et større pågående utredningsarbeid om utnyttelsen av helsehuset.

5.2.6 Kapasitet og utnyttelse av Øyeblikkelig hjelp døgnplasser ved Øya helsehus – Tiltak

- Dette inngår i et allerede pågående arbeid.
Ansvaret: kommunen.
Relevans: tiltaket er relevant for hele helsefellesskapet
- Kartlegge i Legevakten de gangene kommunen ikke har tilgjengelig plass ved ØHD, Øya helsehus og pasienten derfor må innlegges sykehuset.
Ansvaret: kommunen.
Relevans: anses relevant for andre kommuner.

Sykehuset har pågående interne prosjekt relatert til «Akuttpasientens sykehusforløp», blant annet et delprosjekt som vurderer mulighetene for å utvide observasjonsposten (Akutt 24) fra dagens 8 senger til opp mot 20 senger. Dette begrunnes blant annet med at ca. 30 % av de indremedisinske pasientene ligger på sykehuset fra 0-1 døgn og «tar opp» senger på sengepostene i veldig kort tid. Ved en utvidelse av Akutt 24 vil man frigjøre kapasitet på sengepostene.

I arbeidsgruppen ble det drøftet om det kunne være noe å hente på egen observasjonssenger i legevakten, for pasienter som kan ha behov for observasjon av en tilstand over timer/natt, men som ikke åpenbart har behov for vurdering eller diagnostikk i sykehuset.

Trondheim legevakt er definert som en allmennlegevakt, til forskjell fra såkalt «storbylegevakt», som enten har innslag av spesialisthelsetjenester eller er samlokalisert med sykehusfunksjoner.

Det ble fra sykehusets side foreslått å vurdere om det kan være aktuelt å utrede andre elementer fra «storbylegevakt» som innebærer tettere samarbeid mellom nivåene. Det pekes spesifikt på mulighet for at spesialisthelsetjenesten kan komme ut til legevakten med sine akuttmedisinske tjenester, slik at Akutten unngås. Dette også i tråd med nasjonal helse- og sykehusplanens beskrivelse av «det utadvendte sykehus», hvor det pekes på at spesialister i sykehus skal kunne jobbe sammen med kommunens helsepersonell på kommunale arenaer.

Det har skjedd utvikling og endring fra da kommunen besluttet dagens organisering/innretning på legevakt og hva legevakten skulle være. Arbeidsgruppen mener det kan være aktuelt å ta opp temaet til drøfting og evt. utrede dette på nytt; hva legevakten bør/skal være og om noen av elementene i en «storbylegevakt» kan være aktuelle også for Trondheim kommune.

5.2.7 Observasjonssenger i legevakten – Tiltak

Vurdere behovet for og hensiktsmessighet av observasjonssenger i legevakten.

Ansvar: kommunen.

Relevans: tiltaket vurderes ikke å være relevant for andre legevaktområder.

5.2.8 «Storbylegevakt» eller elementer fra dette – Tiltak

Vurdere og eventuelt utrede behovet for en «storbylegevakt» eller elementer fra dette i Trondheim.

Ansvar: kommunen, eventuelt i samarbeid med sykehuset.

Relevans: tiltaket vurderes ikke å være relevant for andre legevaktområder.

5.3. Kompetanse

Riktig og nok kompetanse i primærhelsetjenesten og den prehospitalt spesialisthelsetjenesten (ambulansetjenesten) er avgjørende for å gi forsvarlig og kvalitativt god helsehjelp, pleie og omsorg ute i kommunen. Dette er også viktig for å unngå unødvendige innleggelser i sykehus. Faglig kompetanse må sikres hos nye ansatte og kompetanse må utvikles og holdes ved like. Alle nye ansatte må også sikres nødvendig informasjon om tilgjengelige tjenester, så vel i kommune som i sykehuset. Kommune og sykehuset bør samarbeide om kompetanseheving og sette fokus på den gjensidige veiledningsplikten.

5.3.1 Opplæring av fastleger og legevaktsleger (inklusive vikarer) – Tiltak

Gjennomføre introduksjonskurs og evt. utarbeide informasjonshefte til alle nytilsatte leger, også leger i spesialisering (LIS), og vikarer vedrørende den akuttmedisinske kjede og de prehospitalt tjenester. I dette ligger også informasjon om mulighetene for konferering med sykehuslege.

Tellende kurs for spesialisering for fastleger bør vurderes.

Sykehus og kommune inviterer hverandre i opplæringen og viktige relevante kompetansehevende tiltak. Etablerte pasientforløp som involverer både kommune og sykehus bør inngå i informasjonen/opplæringen.

Ansvar: bør gjennomføres i fellesskap mellom sykehus og kommune.

Relevans: dette er relevant for hele helsefellesskapet.

5.3.2 Opplæring av kommunalt ansatte ved sykehjem, hjemmetjenester, heldøgns omsorgsboliger og ansatte på legevakten, legevaktsentral, helsehus (eventuelt andre relevante) – Tiltak

Generell kompetanseheving for bedre håndtering av syke på sykehjem, i omsorgsboliger og i hjemmet for å unngå henvisning til Akutten/innleggelse når dette er faglig forsvarlig.

For ansatte i legevakt, legevaktsentral og helsehus bør det også være en planmessig opplæring vedrørende sykehusets tilbud, spesielt det som omhandler akutt-tjenester; Akutten, ø-hjelpsmottak, ambulanse, AMK, konferansemuligheter med sykehusleger mv.

Ansvar: bør gjennomføres i fellesskap mellom sykehus og kommune.

Relevans: dette er relevant for hele helsefellesskapet.

5.3.3 Opplæring av ambulanspersonell – Tiltak

Opplæring av ambulanspersonell om kommunale tilbud og tjenester.

Ansvar: bør gjennomføres i fellesskap mellom sykehus og kommune.

Relevans: dette er relevant for hele helsefellesskapet.

Utover dette er det viktig å utnytte mulighetene i veiledningsplikten og hospiteringsordninger.

5.4. Muligheter for styrket samhandling og samarbeid i den akuttmedisinske kjede

Bedre samarbeid og samhandling, på alle nivå, vil være avgjørende for å kunne møte fremtidens utfordringer for helsetjenesten. Dette gjelder også innen de akuttmedisinske tjenester. Det er allerede etablert strukturert og systematisk samhandling mellom Trondheim legevakt, AMK og Akutten, som et godt utgangspunkt for videreutvikling. Tett samhandling er viktig for få økt kjennskap til og kunnskap om hverandre, for å bygge felles virkelighetsforståelse, fremme kompetansedeling og bidra til styrket samhold mellom tjenestene.

Det er behov for tettere dialog og bedre samarbeid mellom fastlege, legevakt og Akutten for å sikre rett pasient på riktig sted til rett tid. Det kan gjøres ved økt telefonisk kontakt slik at avklaringer gjøres før, i stedet for å sende pasienten uten konferering. Sykehuset forutsettes å være tilgjengelig for konferering.

5.4.1 Vurdere økt bruk av rotasjonsordning og hospitering av personell mellom legevakt og akuttmottak – Tiltak

Ansvar: fellesskap mellom sykehus og kommune.

Relevans: kan være relevant for andre legevakter i helsefellesskapet.

5.4.2 Sikre at ambulanse alltid konfererer med lege i primærhelsetjenesten når det er mulig eller med AMK/sykehuslege ved direkte innkjøring – Tiltak

Ansvar: sykehus.

Relevans: dette er relevant for hele ambulansetjenesten.

5.5 Rutiner, roller og oppgavedeling

Klare rutiner og tydelig rolle- og oppgavedeling er viktig for å underbygge sømløse og effektive pasientforløp i den akuttmedisinske kjeden. Hjemmesykepleie og ansatte i sykehjem/helsehus ivaretar mange pasienter i kategorien «skrøpelige eldre», gjerne med høy grad av skrøpeligheit. For noen av disse pasientene vil forflytning og fremmede omgivelser, som en henvisning til Akutten/sykehus innebærer, være spesielt krevende. Når det er forsvarlig og mulig vil noen av disse pasientene kunne ivaretas bedre i eget hjem. For at lege (fastlege, sykehjemslege, legevaktlege) som skal vurdere pasientens tilstand, skal ha et best mulig beslutningsgrunnlag for om pasienten kan behandles i kommunen, vil strukturert kartlegging av vitale parametere kunne være viktig. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at kommunen(e) ser på muligheten for å ta i bruk etablerte skåringsverktøy (f.eks. NEWS eller CFS) i flere av sine enheter, jfr. også tiltaksforslag 5.3.2.

5.5.1 Bruk av standardiserte scoringsverktøy for vurdering av helsetilstand – NEWS – Tiltak

Ansvar: kommunene

Relevans: relevant også for andre kommuner

Det er et uklart omfang av pasienter som sendes til Akutten som muligens kunne vært håndtert like godt eller bedre i kommunen. Det er her særlig fokus på langtkommet skrøpelige eldre som allerede har tett oppfølging i kommunen, eventuelt er innlagt i sykehjem og som kan være særlig sårbare for forflytning og miljøskiftepasienter. Det kan være hensiktsmessig å iverksette tiltak for å kartlegge omfanget og sikre tilbakemelding og dialog mellom sykehuset og kommunen om disse pasientene. Det ordinære avviksmeldesystemet er neppe hensiktsmessig for konkret samhandling rundt enkeltpasienter.

5.5.2 Utarbeide rutine for strukturert og systematisk registrering og tilbakemelding til kommunen om pasienter i Akutten som kunne vært håndtert i kommunen - tiltak

Ansvar: sykehuset

Relevans: relevant også for Orkdal sjukehus

5.6 Manglende datagrunnlag for analyse av pasientstrømmer mellom kommune og sykehus

Arbeidet i dette prosjektet har vist at vi ikke har tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag i Helsefellesskapet vedrørende pasientstrømmene, mellom kommuner og sykehus, herunder pasienttilstrømningen til Akutten og andre deler av de akuttmedisinske tjenester.

Det er viktig at man i felleskap fremskaffer mere kunnskap om henvendelser til Akutten, legevakt, legevaktsentral, ambulanse, øyeblikkelige hjelp funksjoner mv. Bruken av tjenester og trender av pasientstrømmer i hele den akuttmedisinske kjeden bør kartlegges. Dette kan også vurderes som et felles forskningsprosjekt.

5.6.1 Felles analysegruppe i Helsefellesskapet - Tiltak

Vedtatt etablert av ASU 14.06.23

5.7 Andre forhold som er drøftet

5.7.1 Rekruttering av fastleger

Her er det pågående arbeid/i alle/de fleste kommuner. Det stilles spørsmål om og evt. hvordan sykehuset kan bidra til å styrke og dermed sikre en mere bærekraftig fastlegeordning.

Arbeidsgruppen peker på følgende områder som kan bidra:

- veiledningsplikten, hospiteringsordninger, kombinerte stillinger, attraktive og tellende kurs, og fastleger inviteres inn på intern undervisning/ fagdager ved sykehuset

5.7.2 Aktiv prioritering av tjenester og tilbud i kommuner og sykehus

Hva skal tilbys av tjenester i henholdsvis kommune og sykehus og hva kan/bør tilbys i felleskap (samarbeidsløsninger). Det bør gjennomføres en prioriteringsdiskusjon i hver enkelt organisasjon og i felleskap.

5.7.3 Holde andelen re-innleggelser på et stabilt nivå, evt. redusere hvis fornuftig

St. Olavs hospital har sammenlignet med landet for øvrig, relativt lav forekomst av re-innleggelser. Arbeidsgruppen mener det er viktig å opprettholde dette, og hvis fornuftig redusere forekomsten ytterligere. For å sikre trygg utskrivning og overgang til kommunen, bør arbeidet med behandlings- og oppfølgingsplaner være et fokusområde og styrkes. Dette er spesielt viktig for de mest komplekse pasientene. Arbeidet med behandlingsplaner bør gjøres i felleskap og påstartes tidlig under innleggelsen i sykehuset.

5.7.4 Opprette akutte ambulerende tjenester i psykisk helsevern

Det bør vurderes opprettet en akutt ambulerende tjeneste i psykisk helsevern. Legevakta opplever tidvis alvorlige samtidighetskonflikter mellom behov for kompleks og tidkrevende bistand til alvorlig psykisk syke og andre hastende akuttoppdrag.

5.7.5 Andre forhold drøftet vedrørende kapasitet

I arbeidet kom det også spørsmål om kapasitet på kveld/natt i kommunen når det oppstår akutte situasjoner med behov for omsorg/pleie i hjemmet? Hvordan håndteres dette og hva er legevaktas ansvar i forhold til Trygghetspatroljen?

5.7.6 Behov for rutiner for tettere dialog rundt pasienter før ambulanseoppdrag gis

Når AMK-sentralen får henvendelser fra annet helsepersonell som allerede har undersøkt og vurdert pasienter for behovet for akutt-medisinsk assistanse, må dette helsepersonellet presentere pasientens sykehistorie, symptomer og deres egen vurdering av alvorlighetsgrad og behov for helsehjelp. Det er basert på disse opplysningene AMK-sentralen tar beslutning om prioritering av ambulanse-oppdrag og hastegrad (akutt, haster, vanlig).

Det er ønskelig med en **systematisk triagering** og NEWS-scoring av pasientene. Dette sikrer at AMK-operatøren får tilstrekkelig informasjon til å vurdere hastegrad og prioritere. Legevaktssentralene i AMK-området bruker også NIMN (Norsk Indeks for Medisinsk Nødhjelp) på samme måte som AMK-sentralene.

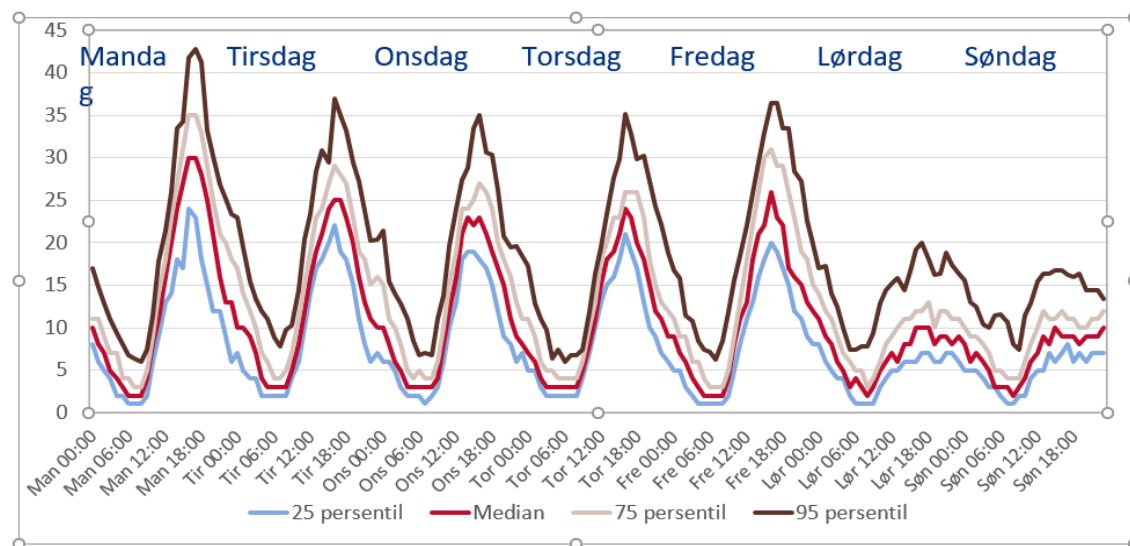
6. Forslag til videre arbeid

Kan vi her foreslå etablering av en aksjonsgruppe, utledet av prosjektgruppa, som får i oppdrag å konkretisere, prioritere og foreslå/ etablere mindre arbeidsgrupper for å operasjonalisere prioriterte tiltak evt. også med tidsfrister og evt. KPI'er. I et slikt arbeid kan det være grunnlag for å innhente ytterligere statistikk som et mere spesifikt underlag på det enkelte tiltak hvis behov.

7. Vedlegg – relevant tallgrunnlag

Pasienttilstrømning til akuttmottak												
Måned	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Januar	1582	1743	1782	1899	2000	2048	2113	2272	2477	2124	2543	2865
Februar	1507	1598	1675	1766	2015	1867	1857	2072	2242	2037	2464	2411
Mars	1658	1796	1810	1779	1894	2094	2025	2259	1737	2314	2650	2666
April	1482	1710	1714	1756	1926	1871	1992	2171	1730	2282	2603	2488
Mai	1626	1742	1821	1854	1948	2107	2007	2329	1945	2563	2687	
Juni	1525	1735	1743	1754	1925	2018	2046	2262	2242	2407	2759	
Juli	1498	1643	1689	1824	1793	1916	1921	2196	2182	2467	2532	
August	1615	1671	1766	1977	1964	2120	1987	2230	2133	2582	2904	
September	1568	1760	1829	1955	1993	2038	1953	2162	2226	2519	2701	
Oktober	1727	1768	1890	1999	1986	2087	2195	2412	2319	2664	2699	
November	1667	1707	1789	1892	1938	2016	2062	2260	2175	2417	2735	
Desember	1714	1766	1942	1948	2143	2110	2133	2261	2104	2578	2809	
SUM	19169	20639	21450	22403	23525	24292	24291	26886	25512	28954	32086	10430
SUM TIL MÅNED	6229	6847	6981	7200	7835	7880	7987	8774	8186	8757	10260	10430

Figur 1: Viser pasienttilstrømning til St Olavs fra 2012-2023. Viser en 67 % vekst i en 10-årsperiode fra 2012 – 2022.



Figur 2: Viser variasjoner i uke og døgnsyklus av pasienter til Akuttmottaket -

Her der det et potensiale i å utnytte ledig kapasitet på formiddag til poliklinisk håndtering



Fordeling innmåte

*tall hentet fra akuttdatabasen

Henvisende instans	2021 (% andel)	2022 (% andel)
Ambulanse	16	21
Fastlege	22	28
Legevakt Trondheim	20	27
Legevakt annen	4	5
Luftambulans	0,8	1
Sykehjemlege	0,6	1

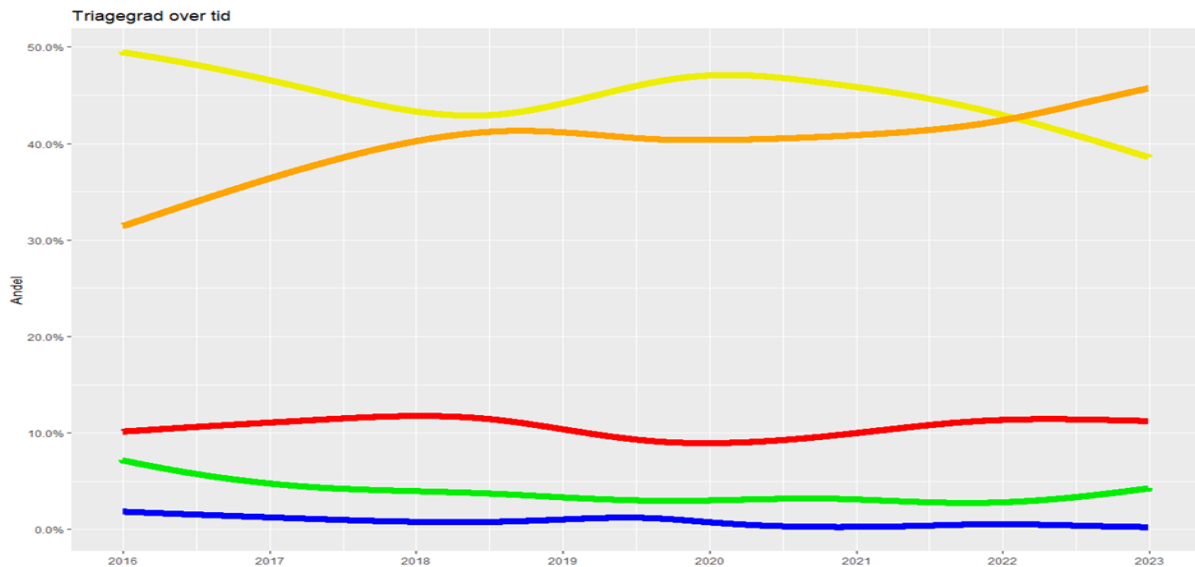
Figur 3: Viser fordeling av innmåte til akuttmottaket

Summer av Opphold, antall Totalt	Kolonneetiketter						
Radetiketter	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
2100 Avdeling for øre-nese-hals	438	447	509	429	456	359	2638
2500 Gynekologisk avdeling	944	897	906	868	903	706	5224
2600 Fødeavdelingen	4494	4243	4341	4206	4468	3377	25129
4400 Barne- og ungdomsklinikken	2903	2701	2648	2251	2552	2114	15169
Totalsum	8779	8288	8404	7754	8379	6556	48160

Figur 4: Viser døgnopphold på Ø-hjelpsmottak, utenfor Akuttmottaket, ved St. Olavs hospital 2017 – 2022

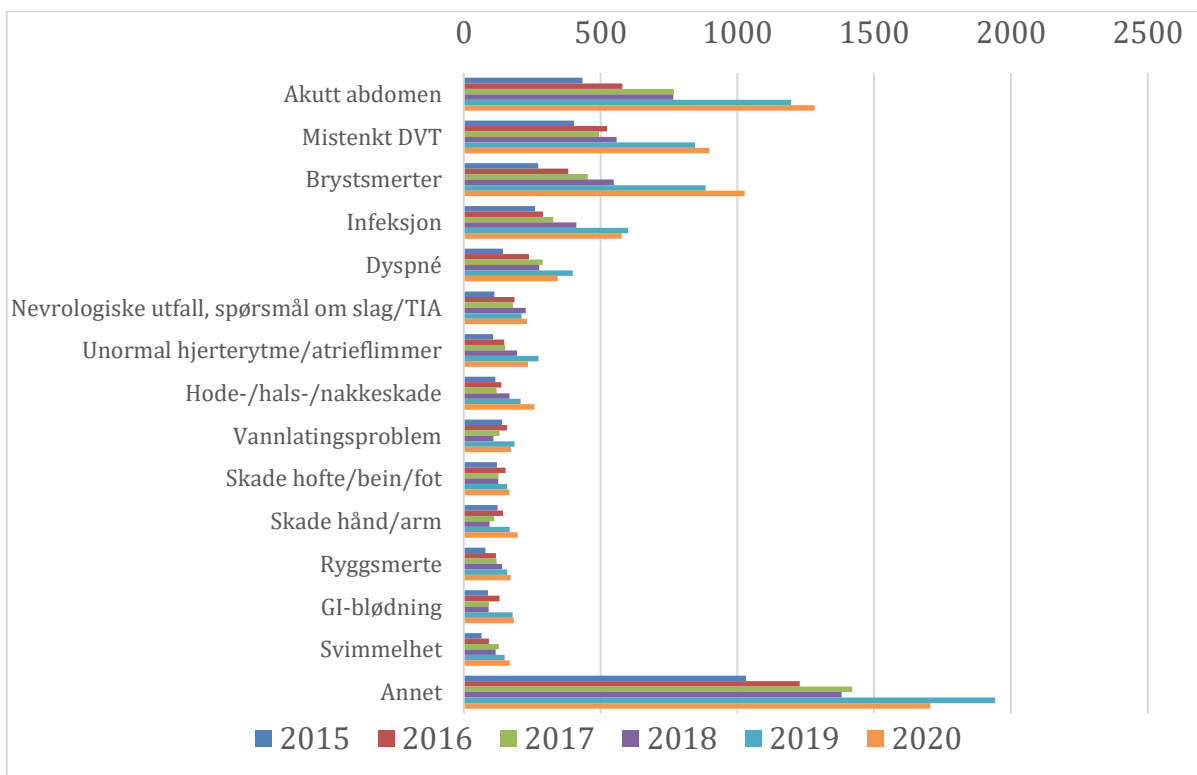
Summer av Polikliniske opphold	Kolonneetiketter						
Radetiketter	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
2100 Avdeling for øre-nese-hals	1148	1098	1336	972	890	903	6347
2500 Gynekologisk avdeling	1305	1195	1357	1093	1334	1021	7305
2600 Fødeavdelingen	4111	3832	4112	3870	4319	3455	23699
4400 Barne- og ungdomsklinikken	2194	2195	2207	1703	2214	1930	12443
Totalsum	8758	8320	9012	7638	8757	7309	49794

Figur 5: Viser polikliniske opphold på Ø-hjelpsmottak, utenfor Akuttmottaket, ved St. Olavs hospital 2017 – 2022



Figur 6: Viser Triagegrad (kategoriseres) over tid, 2016 – 2022 - Blå=avvente, grønn=vanlig, gul=haster, Oransje=Truende, Rød=akutt.

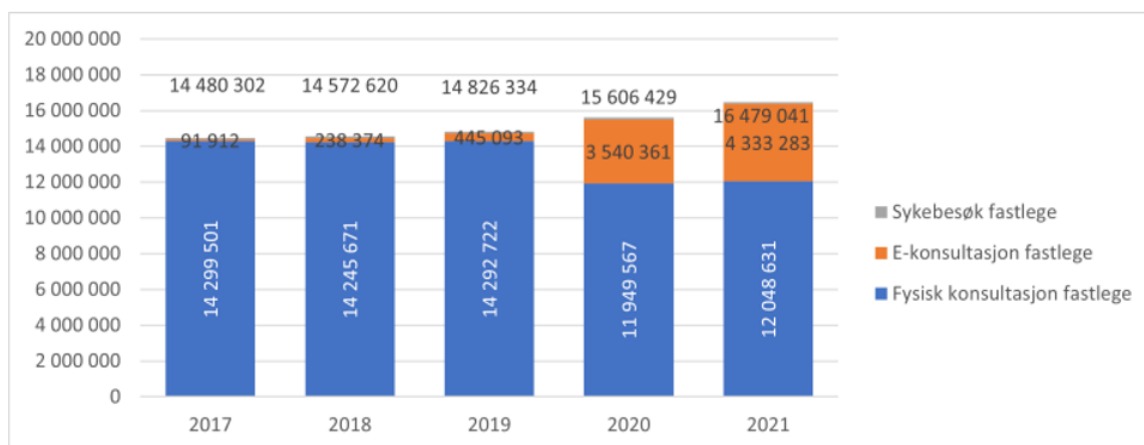
Det er flest pasienter og størst økning i de som kan kategoriseres som «truende». De med lavest hastegrad utgjør også minste volum.



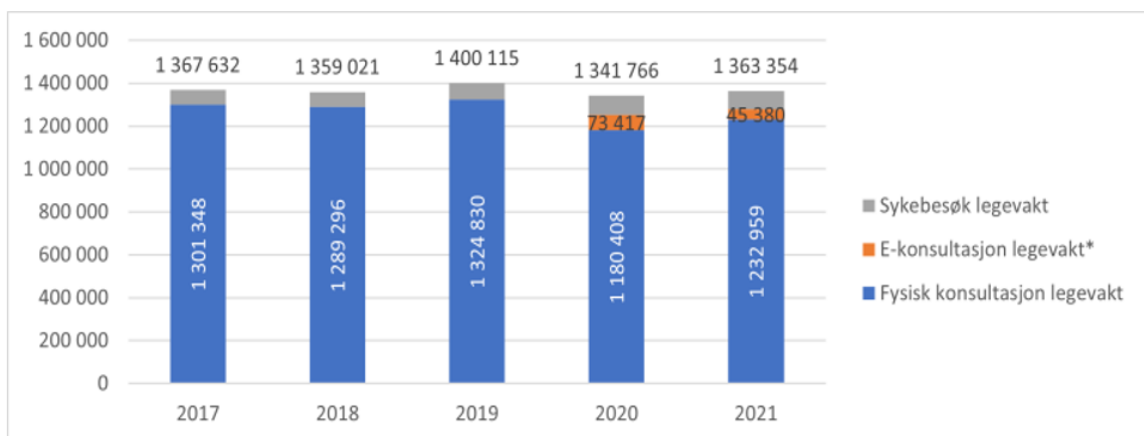
Figur 7: Viser de vanligste diagnosene for akuttmottak-kontakt

Måned	Ambulerende oppdrag 2018	Ambulerende oppdrag 2019	Ambulerende oppdrag 2020	Ambulerende oppdrag 2021	Ambulerende oppdrag 2022	Ambulerende oppdrag 2023
jan	582	570	635	656	760	973
feb	500	566	602	545	775	735
mars	584	611	540	626	758	846 (pr 29.3).
april	572	634	458	604	736	
mai	613	602	600	604	827	
juni	565	622	653	744	Ca. 3.400	
juli	546	533	562	689		
aug	517	594	644	698		
sep	563	603	621	708		
okt	529	619	617	794		971
nov	608	614	608	704	956	
des	636	649	685	760	1008	
	6815	7217	7225	8132	10 200	

Figur 8: Viser antall oppdrag for ambulerende legebil i perioden 2018 til 1. Kvartal 2023.

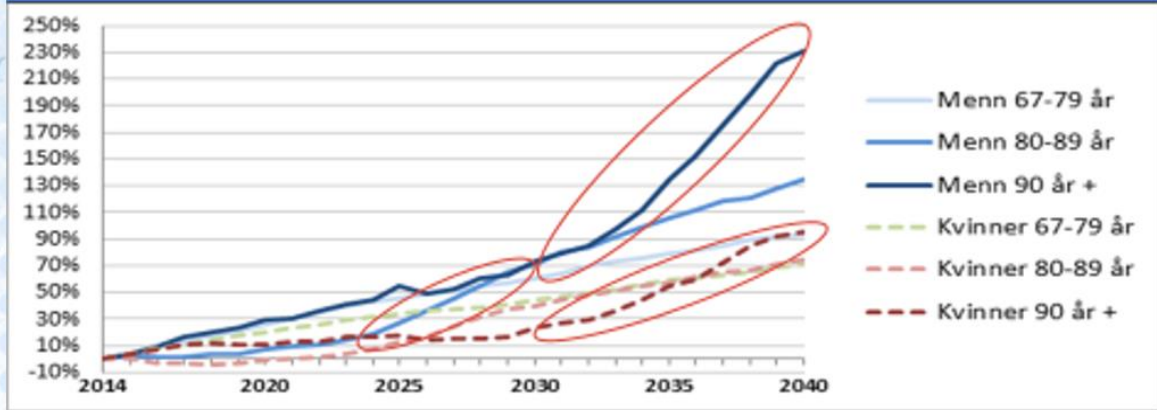


Figur 9: Viser utviklingen i antall konsultasjoner hos fastlege i perioden 2017 – 2021 på nasjonalt nivå.



Figur 10: Viser utviklingen i antall konsultasjoner hos legevakt i perioden 2017 – 2021 på nasjonalt nivå

Utvikling i eldrebefolkningen 2014 - 2040



Figur 11: Viser utviklingen i eldrebefolkningen i Trondheim kommune frem mot 2040.