



## Vedlegg sak 6/24

### Oppsummering av innspill til rapport pasienttilstrømning (samledokument)

#### Fastlegene i Malvik kommune

- Innføre et journalsystem som kan ivareta pasientsikkerheten og god arbeidsflyt. Utfordringer med Helseplattformen er godt beskrevet siden før oppstart. Dessverre har det ikke medført betydelige endringer. Usikker informasjonsflyt, redusert produktivitet og økte ventetider bidrar trolig til flere ØHJ-innleggelse.
- Sikre kontinuitet i fastlegekorps. Det er godt belyst og dokumentert at forbruk av spesialisthelsetjenester synker ved økende kontinuitet.
- Vurdere å innføre høysensitivitet troponiner på legevakta?  
En fersk studie fra Oslo legevakt har vist et betydelig potensial i å avklare pasienter med brystsmerter på legevakta. Se <https://tidsskriftet.no/2023/02/ny-studie-raskere-infarktavklaring-pa-legevakt-kan-spare-helsevesenet-millionbelop>
- Elektronisk løsning for å henvise til ½ ØHJ?  
Avklaring på telefon kan være gunstig i enkelte tilfeller, mens det i andre tilfeller kan være unødvendig tidsbruk for både fastlege/legevakslege og lege i sykehus. En elektronisk løsning der man er sikret at henvisninger leses og vurderes raskt kan være tidsbesparende. Forutsetter at man kan stole på at henvisninger kommer frem til rett mottaker til rett tid, altså må man ha et velfungerende journalsystem.
- Gjør allerede obligatoriske akuttkurs mer lokalt, lokalisert til St. Olavs hospital? Mer fokus på lokale rutiner? Gjerne også andre emnekurs, da det kan være en god arena for å belyse lokale løsninger og forbedre samhandlingen.
- Øke tilgjengelighet for elektronisk dialog. Vi opplever i dag svært lang svartid, og tidvis ingen svar. Medfører at enkle forespørsler må sendes som henvisning, som gir merarbeid for St. Olavs hospital.
- Ivareta kompetanse på samhandlingstelefonen. Opplever at samhandlingslege har lavere kompetanse enn tidligere.
- Bedre kapasitet på legebil, for å avklare flere prehospitalt. I dag må legebil prioriteres til røde oppdrag. Flere kan trolig behandles prehospitalt dersom man kommer raskt i gang med behandling.
- Økt ØHD-kapasitet/Økt utnyttelse? Info. til Trondheim legevakt og St. Olavs hospital om at Malvik ofte har ledig ØHD-seng.
- Endre tidspunkt for ØHJ-timer for fastleger? Spre utover dagen.
- Sørge for at lokale rutiner gjøres kjent. F.eks. DVT, svimmelhet, TIA. Formidle gjennom kommuneoverleger/tillitsvalgte/nyhetsbrev?
- Akuttpoliklinikk for psykiatri? AAT for kveld/helg. Lokalisert til legevakt, men helst underlagt St. Olavs.



- Kartlegge bedre hva som legges inn av hvem (hvilke fastlegekontor, legevakt), herunder om det er noe det åpenbart er for mye av. Tilby kurs/veiledning rettet mot eventuelle "storforbrukere".

### Trondheim kommune

- Rapporten er laget på et tynt grunnlag både når det handler om bredden av involvering og datagrunnlag. I arbeidet med rapporten er det kun en kommune og en fastlegerepresentant som har vært involvert, og det finnes veldig lite relevante strukturerte data som ga innsikt i pasienttilstrømningen til akuttmottaket. Rapporten baserer seg på erfaringskunnskap hovedsakelig fra St. Olavs og Trondheim kommune, med noen erfaringer fra fastlegerepresentanten.
- De fleste tiltakene som er nevnt kan operasjonaliseres i linjen og disse trenger ikke noe oppfølging av Helsefellesskapet. Disse er avgrenset til et samarbeid mellom St. Olavs og Trondheim kommune og som allerede er satt i gang eller som er tiltak som skal følges opp av en av partene og som derfor ikke er en sak for Helsefellesskapet. Relevans av ulike samhandlingstiltak for andre kommuner, må vurderes i linjen hvor tiltakene skal gjennomføres.
- Tiltak 5.2.4 "vurdere å utrede etablering av en ambulerende akuttfunksjon ved paramedisiner eller tilsvarende, for utrykning til hjem og institusjoner som supplement til ambulerende legevakt.» kan være et relevant tiltak for å jobbe med i Helsefellesskapssammenheng.
- Tiltakspunktene 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3 og 5.4.1 vedrørende kompetanse henger sammen med pkt. 5.2 og 5.3 i Helsefellesskapets handlingsplan, og bør sees i en helhet og sammenheng.
- Trondheim kommune foreslår at rapporten tas til orientering av ASU og ikke gjøres som tilstand for videre oppfølging på dette strategiske nivået.

### Trondheimområde (Trondheim, Melhus, Malvik, Midtre Gauldal)

- Utfordrende at rapporten bygger på et tynt grunnlag når det gjelder tall om pasienttilstrømningen til akuttmottaket. Kommunenes journalsystemer har pr.dd ikke funksjonalitet til å undersøke dette.
- Rapporten og anbefalingene bygger på erfaringskunnskap fra Trondheim kommune og St. Olavs hospital. Spørsmål til hvor relevant rapporten og anbefalingene er for de øvrige kommuner i Helsefellesskapet.
- Flere av tiltakene som er nevnt er gode tiltak, men flere tiltak som foreslås finnes og brukes allerede i dag. Dette gjelder for eksempel 5.2.1 (halvøyeblikkelig hjelp), som fastlegene gir tilbakemelding om at de har gode erfaringer på dagtid. Tilgjengelighet utenfor vanlig arbeidstid er et tema for legevakten.
- Tiltak 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3 og 5.4.1 i rapporten (kompetanse) henger sammen med punktene 5.2 og 5.3 i Handlingsplanen ("økt kompetansedeling på tvers mellom helsepersonell i Helsefellesskapet" og "felles kompetanse og rekrutteringstiltak"). Punktene i rapporten bør sees i større sammenheng og prioriteres opp mot andre kompetansetiltak som er relevante å jobbe med under 5.2 og 5.3 i handlingsplanen.
- Tiltak 5.2.4: vurdere å utrede etablering av en ambulerende akuttfunksjon ved paramedisiner eller tilsvarende, for utrykning til hjem og institusjoner som supplement til ambulerende legevakt, kan være et relevant tiltak å jobbe med i Helsefellesskapet.



- Tiltak 5.2.5; kapasitet av lokalsykehusfunksjoner, spesifikt ØHD Øya Helsehus.  
Utfordringen er pasienter som er nær diagnostisk avklart, men det mangler avklarende undersøkelser i førstelinja. F.eks. eldre pasient som har falt, er fotløs og ikke klarer seg hjemme – her trengs røntgen for å avklare om det foreligger et brudd som trenger behandling i sykehus, mens ved negativ røntgen kan pasienten innlegges ØHD for smertelindring og mobilisering. En mer strømlinjeformet pasientflyt mellom akutten og ØHD hadde nok hjulpet her.
- Kommunegruppen foreslår at rapporten tas til orientering av ASU og ikke gjøres som tilstand for videre oppfølging.

### **Fjellregionen (Røros og Holtålen)**

- Vi mener at rapporten om pasienttilstrømning til akuttmottak på St. Olavs er laget på et tynt grunnlag både når det handler om bredden av involvering og datagrunnlag. I arbeidet med rapporten er det kun en kommune og en fastlegerepresentant som har vært involvert, og det finnes veldig lite relevante strukturerte data som ga innsikt i pasienttilstrømningen til akuttmottaket. Rapporten baserer seg på erfaringskunnskap hovedsakelig fra St. Olavs og Trondheim kommune, med noen erfaringer fra fastlegerepresentanten.
- 5.2.6; kapasitet og utnyttelse av Øyeblikkelig hjelp døgnplasser  
Vi forstår det slik at problemstillingen er lite relevant for fjellregionen nå, men at et eventuelt tiltak framover kan være å se på økt kapasitet/ utnyttelse ved Røros sykehus (Ø-hjelp døgnplasser) i takt med økt behov hos den aldrende befolkning. Det er også viktig å se på den totale utnyttelsen av antall senger beregnet for ulike typer korttidsopphold innad i kommunen, da det i perioder kan ligge flere pasienter ved IMA som burde ha vært overført til sykehjem. Det medfører at man ikke kan ta i bruk plassene ved sykehuset til andre formål.
- 5.7.3; holde andelen re-innleggelser på et stabilt nivå, evt. redusere hvis fornuftig  
For å holde andel re-innleggelser stabil, må det være en planlagt og trygg overgang fra sykehus til kommune. Det kan innebære at en i større grad enn hva som gjøres nå, må ta stilling til om pasient bør ha et korttidsopphold v/sykehjem i etterkant av utskrivelse for å minske risiko for re-innleggelse. I perioder opplever vi at skrøpelige pasienter skrives ut stadig raskere fra sykehus, noe vi forventer fortsatt vil skje i tida framover.

### **Værnesregionen (Selbu og Tydal)**

- Kommunene er opptatt av at innbyggerne i regionen sikres et godt akuttmedisinsk tilbud. Økningen i de yngste aldersgruppene kan være vanskelig å forklare, her må data innhentes. Det er en svakhet at rapporten er bygd på et tynt datagrunnlag og begrenset involvering av kommuner utenfor Trondheim.
- Rekruttering av fastleger er en utfordring i alle kommuner og som alle kommuner jobber med. Mangel på fastleger i Trondheim kommune vil trolig ha større utslag på tilstrømning til Akutten.
- Omfang og organisering av legetjenester i sykehjem kan ha betydning for antall akutte innleggelser som kommer derfra. Tilsyn og behandlingsavklaringer før helg og høytid kan avverge innleggelser.
- Gode konferansemuligheter ved innleggelse er viktig.
- Opplæring og hospitering er viktige tiltak (på tvers av nivåene).



- NEWS-scoring som verktøy for vurdering før innleggelse støttes.
- Tiltak 5.2.4: «vurdere å utrede etablering av en ambulerende akutfunksjon ved paramedisiner eller tilsvarende, for utrykning til hjem og institusjoner, som supplement til ambulerende legevakt». Dette kan ikke erstatte en fullverdig ambulanse, som er viktig for kommuner med lang avstand til sykehus.

#### **Trøndelag sørvest (Orkland, Skaun, Rennebu, Hitra, Frøya, Heim, Rindal, Surnadal)**

- Kommunene mener at pasienttilstrømning til Akutten, pasientforløp og utskrivningsklare pasienter henger sammen og derfor bør sees helhetlig. UKP rapporten og rapporten om pasienttilstrømning er «bruddstykker» av helheten. Dette bør sammenfattes i et helhetlig pasientforløp, der man f.eks. benytter tjenstedesign som metode.
- Pasienttilstrømning til Akutten henger sammen med muligheten for dialog mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og har betydning for antall pasienter som blir liggende utskrivningsklar etter endt behandling i sykehuset.
- Kommunegruppen ønsker å foreslå at ASU, ved oppfølging av disse rapportene, utvider mandatet til Kompetansegruppen og ser på pasientreisen før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Bør utarbeides en skriftlig prosedyre for bruk av samhandlingstelefonen. Bør innføre muligheter for videokonsultasjoner gjennom/på samhandlingstelefonen.
- Det er kritikkverdig at det kun har vært en fastlegerepresentant i arbeidsgruppen. Det er i tillegg en rapport bygd på et tynt datagrunnlag.

#### **Fosen (Indre Fosen, Ørland, Åfjord)**

- Arbeidsgruppens sammensetning bærer i for stor grad preg av sykehus og storkommunefokus og mangler derfor viktige hensyn som distriktskommuner opplever i hverdagen.
- Kommunene opplever for lite presisering av det som omhandler type opplæring.
- Tiltak 5.2.4: «vurdere å utrede etablering av en ambulerende akutfunksjon ved paramedisiner eller tilsvarende, for utrykning til hjem og institusjoner, om supplement til ambulerende legevakt». Dette oppleves for utydelig; *vurdere og utrede* er lite forpliktende. Denne type tiltak er spesielt interessant for distriktskommuner, med lang reisevei til nærmeste akuttmottak.
- Tiltak 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». Opplevs for utydelig og ensporet. Hvem, hva og hvordan skal dette gjennomføres? Mye byråkrati for lite gevinst? Hva med kommunens muligheter for å gi tilbakemelding ift. pasienter som burde vært håndtert i Akutten og ikke i kommunen?

#### **Fagråd for legesamarbeid**

- Tiltak 5.2.1: 1/2-øyeblikkelig hjelp, re-etablere ½ ø-hjelp på noen indremedisinske fagområder. Rapporten slår fast at pasienter som kommer til Akutten har et reelt behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Det dreier seg trolig ikke om unødvendige innleggelser, men en bedre sortering på hastegrad.



Raskere avklaring kan forhindre innleggelse. Noen somatiske avdelinger og enheter innen psykisk helsevern har dette i dag. Eksempler på dette er 11 timen hos ambulant akutteam i psykisk helsevern og muligheten for å få time innen 1-3 dager på gastrokirurgisk poliklinikk. Tilbudet kan utvikles videre, med planlagte halv-øyeblikkelig hjelp timer i poliklinikker. Dette kan starte noe forsiktig på enkelte indremedisinske poliklinikker. Ved etablering må tilbudet gjøres kjent, lett å henvise til og evalueres.

- Tiltak 5.2.2; samhandlingstelefonen  
Denne fungerer bra og kan/bør benyttes mere. En god konferansemulighet og fagrådet støtter økt bruk og tilgjengelighet. Bør inngå i opplæring av fastleger, vikarer og andre relevante.
- Tiltak 5.2.3; ambulerende legebil. Det kan satses mere på ambulerende legebil
- Tiltak 5.2.4; «vurdere å utrede etablering av en ambulerende akuttfunksjon ved paramedisiner eller tilsvarende, for utrykning til hjem og institusjoner, om supplement til ambulerende legevakt». Dette er et tiltak som trolig vil være et godt supplement til lege og ambulans i utrykning i byer. Det er en forutsetning for etablering av ambulante akuttjenester i distriktet, at det er et supplement til og ikke et alternativ for lokal ambulans.
- Tiltak 5.2.6; kapasitet på kommunal ØHD-senger. Er det kapasitet for bedre utnyttelse av ØHD-senger?
- Tiltak 5.2.7; observasjonssenger og 5.2.8; elementer fra Storbylegevakt.  
Det bør etableres observasjonssenger i legevakta og samtidig bør det være tilstrekkelige ressurser og kapasitet på/i legevakta. Tilbud om supplerende undersøkelser/mere utredning i legevakta bør komme på plass.
- Tiltak 5.7.1; rekruttering av fastleger. Stabilitet og kontinuitet i fastlegeordninga er svært viktig for pasienten. Å stabilisere fastlegeordningen vil trolig bidra til å redusere pasienttilstrømmingen til akuttinntak

En studie publisert i Journal of General Practice i 2022, viser at pasienter som har hatt samme fastlege i 15 år eller mere har 28 % mindre sannsynlighet for å bli innlagt i sykehus enn pasienter som har hatt samme fastlege i 1 år eller mindre. Fastlegeordningen er et kommunalt ansvar og det jobbes med flere ulike tiltak i kommunene for å styrke og stabilisere ordningen (tiltak for å rekruttere og beholde).

Fagrådet støtter tiltak i rapporten som beskriver sykehusets bidrag, blant annet veiledningsplikten, hospiteringsordninger, kombinerte stillinger, attraktive og tellende kurs samt at fastleger inviteres inn i sykehuset på intern undervisning/ fagdager.

Fagrådet er av den oppfatning at det er behov for mere og bedre data for kartlegging av akuttstrømmer.

#### **St. Olavs hospital**

- Tiltak 5.6; manglende datagrunnlag for analyse av pasientstrømmer mellom kommuner og sykehus  
St. Olavs hospital støtter rapporten som beskriver mangler i tallgrunnlag, som vanskeliggjør fullgode analyser. St. Olavs hospital anbefaler at det igangsettes et arbeid som utreder dette videre.



Det pekes blant annet på:

- Pasienttilstrømningen til Akutten, St. Olavs hospital og andre deler av de akuttmedisinske tjenester. (henvendelser til Akutten, legevakt, legevaktsentral, ambulanse, andre øyeblikkelig hjelp funksjoner mv.). Kunnskapsgrunnlaget om dette er for lavt, og det anbefales at Analysegruppen gis oppdraget med å se på trender i bruken av tjenester i den akuttmedisinske kjeden. Et slikt arbeid bør kartlegge nærmere pasientkarakteristika og antallet som håndteres av de ulike aktørene.
- Tiltak 5.2.1; ½ -øyeblikkelig hjelp poliklinikk
  - St. Olavs hospital er av den oppfatning at det kan være potensial i dette tiltaket. Dersom pasienten kan tilbys poliklinisk time innen få dager (f.eks. 1 - 7 dager) kan trolig en andel av akuttinnleggelseser unngås.
  - Det bør utredes videre presis hvordan sykehuset kan imøtekomme behovet slik at det er nyttig for fastlegene. Er det behov for direkte tilgang til fagpoliklinikker eller en mer generell akuttpoliklinikk? Og for hvilke poliklinikker vil/kan det være mest aktuelt for?
- 5.2.3; Ambulerende legebil

Økt kapasitet til ambulerende legebil vil kunne hindre innleggelse. Manglende kapasitet, f.eks. økt oppdragsmengde, økt antall samtidighetskonflikter, gjør at en del oppdrag konverteres til ambulanseoppdrag slik situasjonen er idag. Ambulerende legebil ivaretar også sykehjemslegefunksjoner på ubekvem tid og helg (sykehjemslege hverdager 08.00 – 16.00).

  - Kapasitet på sykehjemslege/ døgkontinuerlig legeressurs på Øya helsehus vil ha innvirkning på pasienttilstrømningen. Tilgangen til annet helsepersonell, kompetanse og utstyr vil også påvirke.
  - Kan tiltaket også være aktuelt i Fosen og Orkdal? Sykehuset anbefaler at tiltaket utredes videre.
- Tiltak 5.2.5; kapasitet på/av lokalsykehusfunksjoner

Det blir stilt spørsmål til sykehusets kapasitet. St. Olavs hospital stiller spørsmål til hva dette handler om. Er det dårlig kvalitet på utredning og/eller behandling, manglende mulighet for innleggelse evt. annet?

  - Det er ikke mulig å skarpt skille ut hva som er lokalsykehusfunksjonen og hva som er den regionale funksjonen. Den regionale funksjonen omfatter for eksempel kreftbehandling som er sentralisert, nevrokirurgi, hjerteintervensjon, større traumer i ortopedi og annet. Mye av dette, men ikke alt, er elektiv virksomhet. Denne virksomheten er i samtlige avdelinger integrert med det man kan kalle lokalsykehusfunksjoner. Vi har ikke noen løpende oversikt over dette, men fordelingen av de to funksjonene er høyst sannsynlig temmelig stabil, men selvfølgelig underlagt en viss grad av tilfeldig variasjon som kan påvirke øyeblikksbildet på et gitt tidspunkt. Sykehuset på Øya er per idag dimensjonert for å ivareta begge oppgaver.
- 5.2.6 Kapasitet og utnyttelse av Øyeblikkelig hjelp døgnplasser i kommunene.

St. Olavs hospital opplever dette som en begrensende faktor, og avgjørende for økt pasienttilstrømning til Akutten. Det finnes idag *ingen reelle alternativer for skrøpelige eldre pasienter og/eller pasienter med ukomplisert funksjonssvikt enn innleggelse da KAD enheten vanligvis er full.* Dette oppleves som den **største utfordringen i Akutten**. Samtidig er det viktig med bedre tallgrunnlag på dette som kan undersøkes med manuell registrering i Akutten.

  - Døgkontinuerlig legetjeneste ved helsehus bør utredes.
  - Anbefaler å utrede sykehjemslegevakt (Bergen kommune har dette).
- Tiltak 5.2.7 og 5.2.8 Storbylegevakt og observasjonssenger i legevakt.

St. Olavs hospital er av den oppfatning at en andel av de 35-40 % som avklares i Akutten kunne vært håndtert tidligere/før de kommer til Akutten dersom legevakt var rigget med tilstrekkelige muligheter for diagnostikk og muligheter for observasjon av pasienter



- Anbefaler at kompetanse og utstyr vurderes styrket for å håndtere flere pasienter på legevakt For eksempel kunne en andel av de største pasientgruppene; pasienter med brystmerter og magesmerter, vært avklart med blodprøver og bildediagnostikk på legevakta før de kommer til Akutten
- Hvordan kan man bruke innleggelse til å bygge kompetanse i kommunen?
  
- Tiltak 5.3 kompetanse  
St. Olavs hospital bør i større grad bidra til **kompetanseoverføring**, som inkluderer følgende tiltak:
  - Felles fagdager og obligatoriske akutt-kurs for fastleger, legevaktsleger og akuttleger
  - Det bør oppettes flere ALIS stillinger i Akutten
  - Det anbefales å se på muligheter for å etablere rotasjonsordninger mellom Akutten og Trondheim legevakt, for LIS leger i akutt- og mottaksmedisin, og ALIS på legevakt og evt. annet personell  
Rotasjonsordninger / hospiteringer legevakt / akuttmottak

Det anbefales å opprette en arbeidsgruppe for om mulig å utarbeide forslag til en kompetanseplan.

St. Olavs hospital anbefaler at man i fellesskap prioriterer følgende tiltak for videre oppfølging og utredning:

- Innhente nødvendig datagrunnlag vedrørende pasientstrømmer mellom kommuner og sykehus, herunder akuttstrømmer. Dette for å gjøre gode analyser og dermed i større grad kunne konkretisere påvirkningsfaktorer.
- ½ øyeblikkelig hjelp poliklinikk ved St. Olavs hospital.
- Ambulerende legebil.
- Kapasitet og utnyttelse av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser.
- Storbylegevakt eller elementer fra dette inkludert observasjonssenger i legevakta med muligheter for diagnostikk og styrking av kompetanse
- Sykehjemslegevakt
- Kompetanse; fagdager, kurs, hospitering, rotasjonsordninger