

## 4 Bakgrunnsdata

### 4.1 Forprosjektet

Våren 2008 ble det utarbeidet en forprosjektrapport som lå til grunn for prosjektet. Forprosjektet beskriver dagens Legevakt i detalj og redegjør for den historisk utvikling, produksjonstall og sterke og svake sider ved tjenesten. Forprosjektet pekte på flere av de utfordringer som er nærmere utredet i prosjektet, og kan benyttes som bakgrunnsmateriale for denne rapporten. Forprosjektet er tilgjengelig på Legevaktens hjemmesider (<http://www.legevakten.oslo.kommune.no/>) og hos Helse Sør-Øst (<http://www.helsesorost.no/>).

Det var forprosjektets samlede oppfatning at Legevakten per i dag er et godt tilbud til befolkningen, men identifiserte noen viktige svakheter og utfordringer som kort skal nevnes her:

- Oppdeling i to forvaltningsnivåer medfører særskilte utfordringer i forhold til samhandling og effektiv ressursutnyttelse. Det forholdet at tjenestene drives av Oslo kommune sammen med UUS uten et overordnet organ med felles strategi og policy medfører både praktiske, og ikke minst ledelsesmessige og finansielle utfordringer. Det siste eksemplifisert ved at skadepoliklinikken ble foreslått nedlagt som del av budsjettaldering for 2008-budsjettet ved UUS.
- Lokalene i Storgaten 40 har for lav kapasitet og er lite hensiktsmessige. Lokaliseringen imøtekommer nærhet til kommunikasjonsknutepunkter med mange mennesker på dagtid på hverdager og på kveld og natt i helger, men med begrensninger relatert til mangel på parkeringsplasser. Dette gjør det vanskeligere for pårørende å bringe den syke/skadde til behandling.
- Både skade- og allmennpoliklinikkene er viktige utdanningsinstitusjoner, men har et ikke utnyttet potensial. I tillegg har de svak tilknytning til både grunn- og spesialistutdanningene.
- Tjenestekvaliteten kan forbedres ved tettere samarbeid mellom Legevakten og andre deler av helsetjenesten. Det er særskilte utfordringer innenfor psykiatrien og de psykososiale tjenestene, der ressursutnyttelsen kan forbedres ved styrket samarbeid. Men det er også et potensial for bedre samhandling med andre deler av spesialisttjenesten (pediatri, nevrologi, indremedisin osv).
- Samhandlingen om akuttjenester til rusmiddelavhengige bør forbedres. Det er mangel på akutte avrusningsplasser.
- I arbeidet har gruppen også identifisert et mulig område som bør få større fokus i framtiden. Den eldre del av befolkningen øker, og dermed også behovet for helsetjenester. En rekke innleggelser ved sykehus kan unngås ved tidligere intervensjon med lettere tilgang til ambulante tilbud. Eldre med behov for breddekompetanse vegrer seg for å bruke fragmenterte tilbud og ender opp med akutte forverringer som ikke kan håndteres av legevaktlege på sykebesøk.
- Det har vært en formidabel økning i bruk av tjenestene ved Legevakten de siste årene. Økningen skyldes ikke økt sykkelighet eller skadeforekomst, men er uttrykk for at terskelen for å søke Legevakten (og lege generelt) blant befolkninger er blitt lavere. En rekke av disse pasientene kan med fordel bruke fastlegen.

## 4.2 Legevaktens tilbud og organisering i 2008

Legevakten skal fungere som et sikkerhetsnett for befolkningen i samarbeid med kommunens øvrige helse- og sosialtjenester, og være tilgjengelig hele døgnet. Legevakten har en koordinerende rolle i det samlede øyeblikkelige hjelpetilbudet i Oslo kommune, og en sentral rolle i kommunens helseberedskap.

Pasienter mottar hjelp i en døgnåpen legevakt i Storgaten 40, 2 kveldsåpne legevaktbaser og ved rådgivning fra Legevaktsentralen. Dertil tilbyr Legevakten hjelp fra sykebesøkslege og et ambulerende team bestående av sykepleiere og sosionomer. Byens befolkning får i dag et bredt sammensatt og velfungerende tilbud basert på mer en hundre års utvikling av kompetanse og tverrfaglig samarbeid.

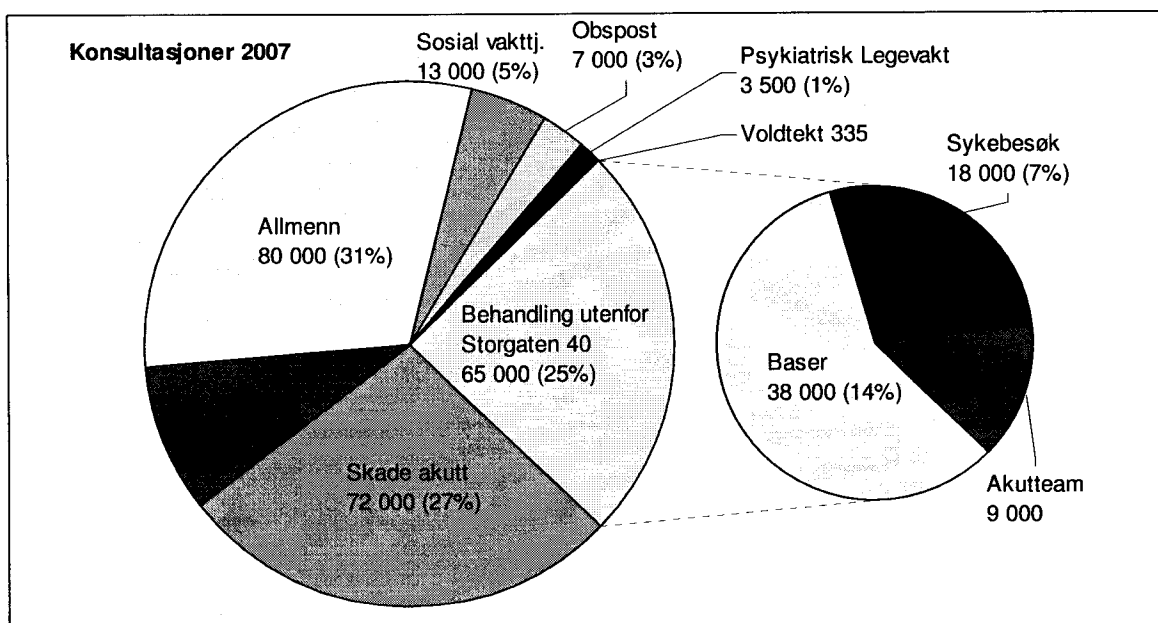
I dag er Legevakten en samlokalisering av kommunale tjenester organisert felles som en kommunal etat (Legevakten) og en rekke spesialisthelsetjenester som drives av Ullevål Universitetssykehus på vegne av Helse Sør-Øst (Skadelegevakten, Psykiatrisk legevakt og andre deler av Ortopedisk senter, røntgen- og laboratorietjenester og ambulansetjenesten). Kommunen driver en observasjonspost som er ISF-finansiert på bakgrunn av en samarbeidsavtale med Helse Sør-Øst. Organiseringen kan skisseres med nedenstående figur:

|            |  |                    |                       |                |                       |                             |                         |                             |                              |
|------------|--|--------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Fastlegene | Oslo kommune,<br>Byrådsavdeling for Velferd og sosiale tjenester (VST) |                    |                       |                |                       | Helse Sør-Øst RHF           |                         |                             |                              |
|            | Legevakten   |                    |                       |                |                       | Ullevål Universitetssykehus |                         |                             |                              |
|            | Allmenn-<br>poliklinikk  | Legevakt-<br>baser | Sosial<br>vaktjeneste | Akutt-<br>team | Obs-<br>post          | Bevegelses-<br>divisjon     | Psykiatrisk<br>divisjon | Med.<br>service<br>divisjon | Pre-<br>hospital<br>divisjon |
|            |  |                    |                       |                | Skade-<br>poliklinikk | Psykiatrisk<br>legevakt     | Røntgen                 | Ambu-<br>lansse             |                              |

## 4.3 Nøkkeltall (2007)

### 4.3.1 Pasientvolum

Totalt antall pasientkontakter er ca 265 000. Ca 22 000 henvises til sykehus (8 %). Figuren viser antall konsultasjoner fordelt på enhetene:



### 4.3.2 Bemanning (årsverk)

|                       |                                |
|-----------------------|--------------------------------|
| Leger Allmennlegevakt | 54 (ansatte 39 + fastleger 15) |
| Leger Skadelegevakt   | 30                             |
| Annet helsepersonell  | 183                            |
| <u>Andre</u>          | <u>46</u>                      |
| <u>Til sammen</u>     | <u>313</u>                     |

### 4.3.3 Utgifter (millioner kroner)

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| Kommunale tjenester         | 221        |
| Skadelegevakt               | 72         |
| Røntgen                     | 12         |
| <u>Psykiatrisk legevakt</u> | <u>6</u>   |
| <u>Sum</u>                  | <u>311</u> |

## 4.4 En storby i endring: De neste 5 år og i 2020

Prosjektet har identifisert en rekke utviklingstrekk som har stor betydning for kravene til fremtidens Storbylegevakt.

- Konsultasjonstallet i legevaktssystemet totalt har økt med ca 3,5 % per år siden 2002.
- Antall voldtekter og rusrelaterte henvendelser øker særlig sterkt.
- I fremtiden kreves det at pasienter utsatt for vold i nære relasjoner tilbys et liknende systematisk tilbud som ofre for seksuelle overgrep får i dag.
- Lokalene i Storgaten er gamle, uhensiktsmessige og lite kostnadseffektive. Tilgjengeligheten med bil er utilstrekkelig.
- Oppgavefordelingen mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten endes stadig
- Omorganisering av spesialisthelsetjenesten
- De medisinske fagområdene utvikler seg hurtig, og det er stadige endringer i hva som primært regnes som henholdsvis spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.
- Det er i økende grad nødvendig å sortere pasienter ut fra medisinsk behov og hastegrad (triage), slik at alle kan få den behandlingen de trenger på laveste effektive omsorgsnivå.
- Særlige storbyutfordringer gjør seg i økende
- Oslo preges av særskilte storbyutfordringer som begrensete sosiale nettverk, kulturelt mangfold, mange fremmedspråklige, store økonomiske forskjeller og levekårsforskjeller mellom bydelene.

Befolkningens forventninger til kvalitet og service er også i endring

- Befolkningen har økende forventninger til at korrekt diagnostikk og behandling iverksettes umiddelbart. Pasienter som ikke trenger innleggelse ønsker å få avklart situasjonen ved første kontaktpunkt.
- Befolkningen er vant til at stadig flere tjenester er kveldsåpent og har kort ventetid.

Oslo er en storby med andre utfordringer enn mindre byer og tettsteder i Norge. Befolkningstilveksten i 2007 var 11 000. Det forventes at innbyggertallet kan øke med minst 100 000 (18 %) til 2025 (Oslo kommunes befolkningsframskrivning mai 2008). Andelen innbyggere med fremmedkulturell bakgrunn øker. Det befinner seg til enhver tid mange mennesker i byen som ikke har tilhørighet i byens ordinære helsetjeneste, men som har rett til nødvendig helsehjelp. Voldsbruken i samfunnet endrer seg i retning av at antallet alvorlige skader øker. Antallet rusrelaterte hendelser har økt kraftig de senere år, og representerer et bredt spektrum fra akutt forgiftning via vold og sosiale kriser til alvorlige medisinske sykdommer.

Store sosiale forskjeller preger befolkningens behov for tjenester. Helsetilstanden og forventet levealder i Oslo varierer med utdanning, yrke og inntekt. . Det er ca 12 års forskjell i forventet

levealder for menn fra østlige mot vestlige bydeler (67,6 år på Sagene-Torshov og 79,7 år på Vinderen).

Den medisinske og teknologiske utviklingen innebærer økende spesialisering og behov for spisskompetanse. Samtidig bæres det stadig sterkere frem et krav om gjennomgående, enhetlige behandlingsforløp og samhandling mellom primærhelsetjenesten, Legevakten og spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at man kontinuerlig må vurdere og revurdere oppgave- og ressursfordelingen mellom de forskjellige institusjonene.

Ny informasjonsteknologi åpner for flere fagsystemer som tilrettelegger både for sammenhengende pasientforløp og styringsverktøy for drift, så vel som for overføring av medisinske data og samhandling, utdanning og opplæring. Utviklingen av slike systemer er imidlertid krevende, og fremdriften er langsommere enn mange hadde trodd og ønsket seg for noen år siden.

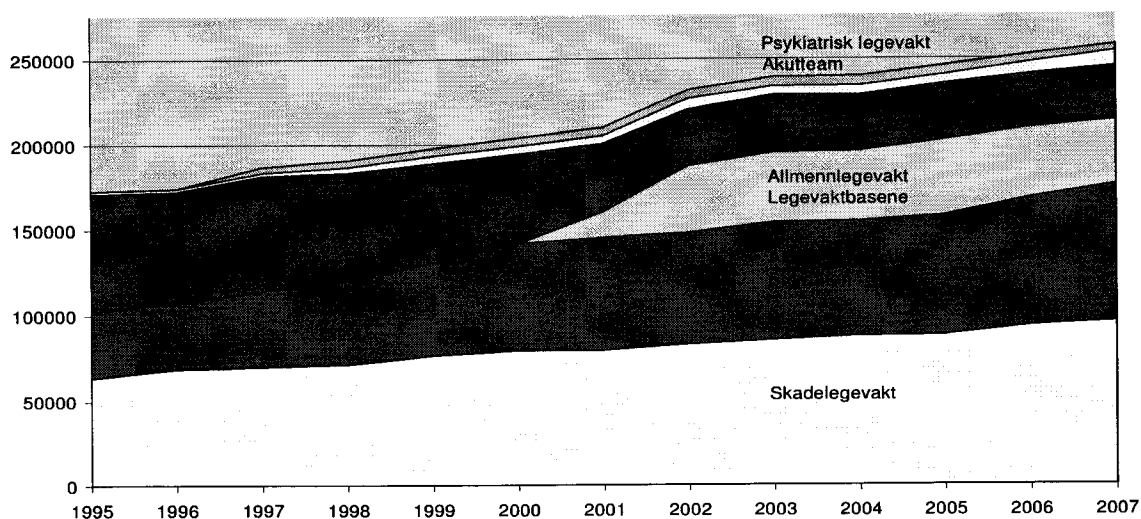
#### 4.5 Kapasitetsutfordringen

Befolkningen trenger enkel tilgang til helsehjelp ved akutt behov. I dag er Skadelegevakten og de psykososiale tilbudene sentralisert. Når det gjelder allmennlegevakt kan man velge mellom forskjellige tilbud: Allmennlegevakten i Storgaten er døgnåpen og tilbyr avansert undersøkelse og diagnostikk. Legevaktbasene er åpne på kveldstid og i helgene. Her tilbys klinisk undersøkelse men lite avansert diagnostikk. Ventetiden på basene er kortere enn i Storgaten, og parkeringsforholdene er bedre. Pasienter som ikke kan oppsøke Legevakten får tilbud om besøk av sykebesøkslege eller akutteam.

Helsevesenet i hele verden sliter med å håndtere det store antallet akuttmedisinske henvendelser. Økt pasienttilstrømming ser ut til å være en generell tendens, vi har sett det samme ved studiebesøk til London og Lund. Utviklingen i Oslo skyldes delvis organisatoriske grep, sist da man i 2001 la om legevaktordningen og etablerte legevaktbasene. Dette medførte en ønsket forskyvning fra sykebesøk til konsultasjoner på Legevaktens kontorer. Det bør også bemerkes at i tiden før 2001 ble en del legevaktkonsultasjoner utført på kvelds åpne legekontorer i bydelene, konsultasjonstall foreligger ikke.

Siden 1995 har antallet pasientkontakter i Storgaten 40 økt med 120 %. Økningen i konsultasjonstallet totalt sett (inkludert legevaktbaser og sykebesøk) er ca 50 %. Det har altså vært en kraftig økning totalt sett, men spesielt i Storgaten der økningen er svært stor.

Konsultasjonstall på Legevakten i Oslo 1995-2007



## 4.6 Konsekvenser av hovedstadsprosessen

I Hovedstadsprosessen legges det opp til etablering av sykehusområder. Sykehusområde Sentrum skal bestå av alle Oslos bydeler med unntak av Alna, Stovner og Grorud. Dette innebærer at bydel Alna overføres til Akershus universitetssykehus (sykehusområde Øst) i 2011.

Innenfor sykehusområdene skal i hovedsak spesialiserte funksjoner og akuttkirurgi/akutt ortopedi (områdefunksjoner) samles ett sted, og lokaliseringen skal ivareta faglige avhengigheter. I område Sentrum er to ulike modeller foreslått. Modell 1 innebærer etablering av ett regions- og områdesykehus og tre lokalsykehus. I modell 2 etableres det et regionssykehus, et områdesykehus med multitraume og tilhørende regionsfunksjoner, og tre lokalsykehus. De tre lokalsykehusene skal ha ansvar for å motta og behandle flertallet av de indremedisinske pasientene, og ha kirurgiske oppgaver som sikrer samlet sett et godt behandlingstilbud.

Det er prosjektgruppens oppfatning at en Storbylegevakt ikke må bygges opp på en slik måte at den blir et fjerde lokalsykehus i Oslo. Det er viktig i den pågående prosess at lokalsykehusene får anledning til skape seg et godt fundament både faglig og driftsmessig, slik at de kan være godt rustet til å ta de utfordringer som kommer. Imidlertid bør Storbylegevakten kunne avlaste samtlige sykehus, ved å avklare et stort antall henvendelser uten unødig innleggelse.

Med større differensiering mellom sykehusene, herunder samling av akuttkirurgien i Sentrum ett sted, slik det legges opp til i høringsnotatet om Hovedstadsprosessen, blir riktig triage enda viktigere enn i dag. Legevakten er et knutepunkt og fungerer som lyttestasjon for å fange opp problemer på dette området, slik de arter seg fra pasientens perspektiv i en akuttsituasjon. Storbylegevakten bør dermed være en godt egnet instans til å løse disse utfordringene i samarbeid med sykehus og kommunehelsetjeneste.

### 4.6.1 Endringer i pasientstrøm

Prosjektgruppen har forsøkt å estimere pasientstrømmene etter at oppgavene blir fordelt slik det skisseres i hovedstadsprosessen. Vi har tatt utgangspunkt i tallene for 2007, og forsøkt å fordele pasientene på nytt ut fra forventet fordelingsnøkkel etter 2012. Følgende forutsetninger ligger til grunn for analysen:

- All akuttkirurgi og akutt ortopedi innlegges i områdesykehus.
- Det forutsettes av deler av UUS inngår i områdesykehuset, enten alene (modell 2) eller sammenslått med Rikshospitalet (modell 1).
- 80 % av de medisinske innleggelsene som i 2007 gikk til Ullevål flyttes til Aker. Lovisenberg og Diakonhjemmet beholder dagens pasientgrunnlag innen indremedisin.
- Utenlandske pasienter fordeles likt til Aker, Diakonhjemmet og Lovisenberg.
- Bydel Alna overføres til Ahus. Antall innleggelser fra Alna antas lik gjennomsnittet av innleggelser fra Grorud og Stovner.
- Alle innleggelser fra Skadelegevakten er kategorisert som "kirurgi" (unntatt ØNH).
- Antallet innleggelser i obsposten er ikke estimert, men ligger på samme nivå som i 2007.

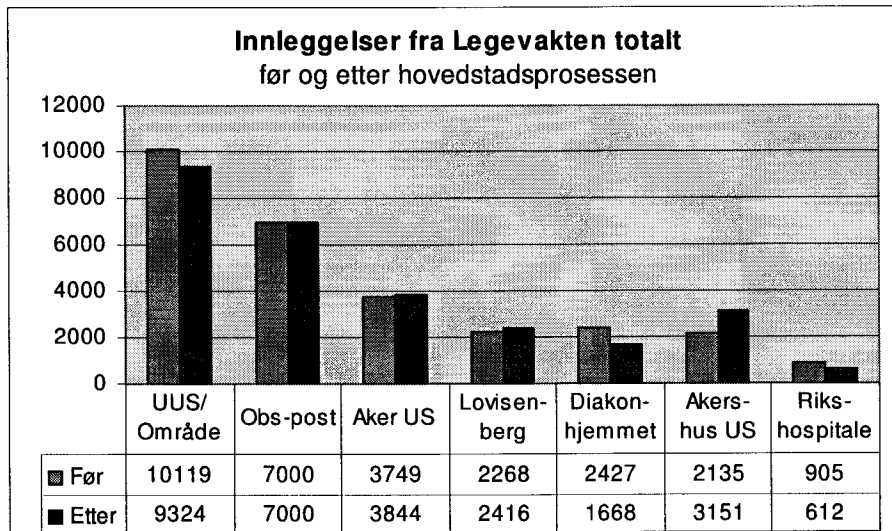
Beregningene viser følgende hovedtendenser:

- Fortsatt avsluttes 90 % av pasientkontaktene uten innleggelse.
- Skadelegevaktens pasienter vil i større grad enn i dag sokne til områdesykehuset, mens Allmennlegevaktens pasienter i større grad vil sokne til lokalsykehusene. Like fullt vil områdesykehuset motta desidert størst antall pasienter fra Storbylegevakten.
  - Områdesykehusets innleggelser fra allmennlegevakt reduseres med 2.000 ift det UUS mottar i dag. Innleggelser fra Skadelegevakten øker med ca 1.000.
  - Antallet innleggelser på Aker er totalt sett omtrent uendret. Allmennlegevaktens innleggelser øker med ca 900, mens Skadelegevaktens reduseres med ca 800.
  - Antall innleggelser på Diakonhjemmet reduseres med ca 750, fordi akuttkirurgien der antas å opphøre. Økningen i medisinske innleggelser kompenserer ikke fullt for dette.

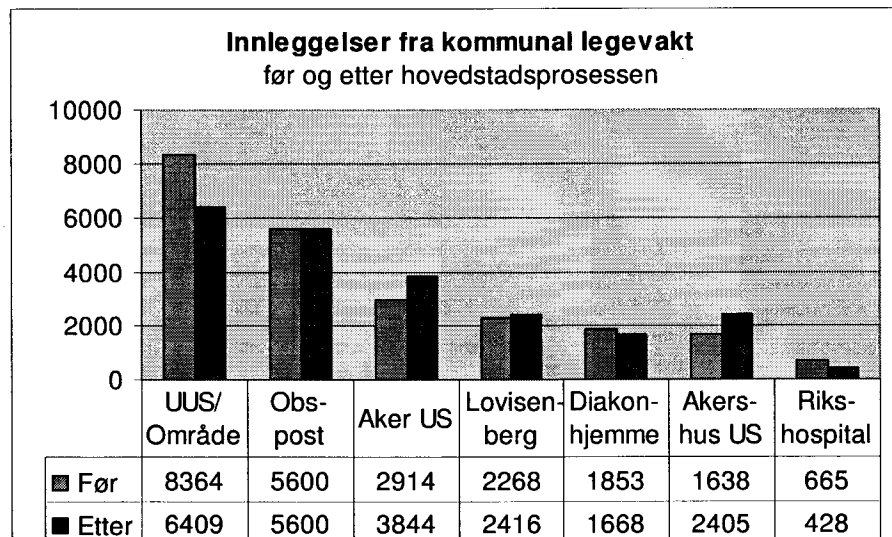
- Antall innleggelser på Lovisenberg øker med ca 150 (medisin og psykiatri)
- Antallet innleggelser på Ahus øker med ca 1.000.

|                | Nevro- |     |      |      |      |     |      |       |     |     |      | SUM   |
|----------------|--------|-----|------|------|------|-----|------|-------|-----|-----|------|-------|
|                | Gyn    | Hud | Kir  | Med  | Nevr | kir | Ped  | Revma | ØNH | Øye | Psyk |       |
| Akershus US    | 105    | 0   | 1274 | 1431 | 112  | 0   | 0    | 0     | 0   | 0   | 229  | 3151  |
| Aker US        | 0      | 0   | 0    | 3584 | 0    | 0   | 0    | 0     | 0   | 0   | 260  | 3844  |
| Diakonhjemmet  | 0      | 0   | 0    | 1324 | 0    | 0   | 0    | 22    | 0   | 0   | 322  | 1668  |
| Lovisenberg    | 0      | 0   | 0    | 1810 | 0    | 0   | 0    | 0     | 0   | 0   | 606  | 2416  |
| Rikshospitalet | 0      | 28  | 0    | 0    | 0    | 0   | 0    | 3     | 581 | 0   | 0    | 612   |
| Områdesykehus  | 1067   | 0   | 5219 | 646  | 465  | 101 | 1270 | 0     | 0   | 556 | 0    | 9324  |
| Sum            | 1172   | 28  | 6493 | 8795 | 577  | 101 | 1270 | 25    | 581 | 556 | 1417 | 21015 |

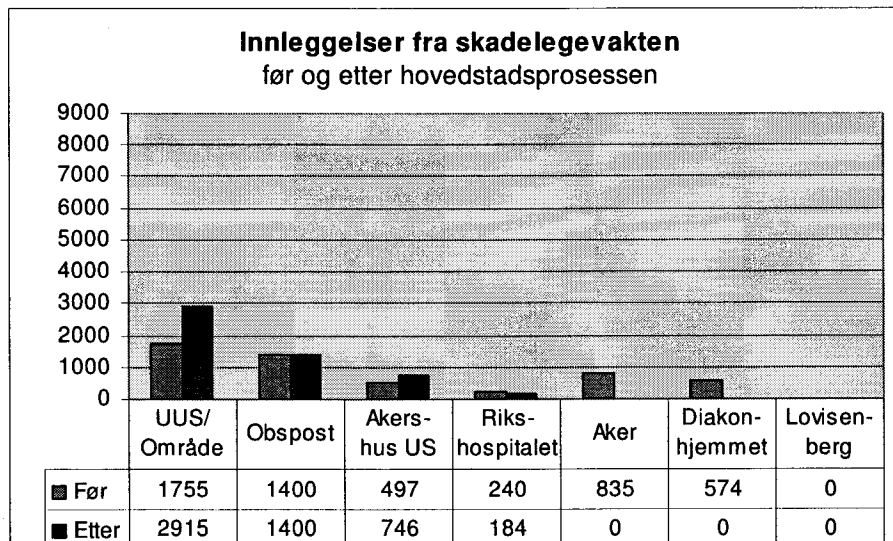
Antatt fordeling av innleggelser dersom Hovedstadsprosessen vedtas (tall fra 2007).



Antallet innleggelser forskyves noe fra UUS og Diakonhjemmet mot Ahus, Aker og Lovisenberg.



Allmennlegelegevaktens pasienter forskyves fra UUS/områdesykehuset i sentrum mot Aker og Ahus.



Skadelegevaktens pasienter forskyves mot Områdesykehusene.

## 4.7 Organisering av akuttmedisin andre steder

Prosjektgruppen har gjennomført studiebesøk på fire forskjellige steder for å innhente informasjon om andres organisering av akuttmedisinske tjenester og samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten. For øvrig beskrives forskjellige måter å organisere legevaktjeneste på i forprosjektets rapport.

### 4.7.1 Trondheim

Endre Sandvik, Jacob Mosvold, Marit Jahnsen, Eva Graziano og Elin Møxvold reiste på studiebesøk til Trondheim 3/10-08 for å hente erfaringer fra samarbeidet mellom Trondheim kommune (TK) og St.Olavs hospital. I tillegg fikk vi omvisning på det nye Øya helsehus som også er en samhandlingsarena. Det mest iøynefallende ved besøket var at alle i kommune og sykehus snakket i "vi-form" uten å skille mellom organisasjonene, og at tjenesten til pasientene hele tiden var i fokus. Prosjektene som ble omtalt er ikke innenfor kjerneområdet til en Storbylegevakt, men sier noe om hvordan en god samhandling kan være til pasientenes beste.

Hvorfor er det nødvendig med samhandling:

- Presset på spesialisthelsetjenesten er avhengig av tilbudet i 1.linjen
- Presset på primærhelsetjenesten er avhengig av tilbudet i 2.linjen
- Resultatet av det tjenestetilbudet pasientene får er avhengig av samarbeid og samordning
- Endret oppgavefordeling mellom sykehus og kommuner tvinger seg frem
- Økende forventning fra sykehuset om at kommunene kompenserer for kortere liggetid

FLOKE som skal løses: Finansiering, lovverk, organisering, kultur/kommunikasjon og elektronisk samhandling. Prosjektet har fokusert på følgende tiltak:

- Utvikle og ta i bruk en avtalebasert samhandlingskjede mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste som bygger på allerede igangsatte prosjekter og tiltak ved St. Olavs Hospital HF og HNR HF.
- Vurdere bruk av et døgnbemannet kontaktsenter for kronisk syke.
- Vurdere teknologisk plattform og IKT løsninger som kan være med å understøtte den nye samhandlingskjeden.
- Utvikle en plan som sikrer gjensidig strukturert kompetanseutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Gjennom forskning vurdere effekten av samhandlingskjeden.

I Trondheim pågår et EU-støttet samhandlingsprosjekt rundt kronisk syke (i første omgang pasienter med KOLS, hjerneslag og hjertesvikt). Prosjektet skal bygge på eksisterende arbeid som er gjort i forhold til pasientforløp, logistikk og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det er utviklet en samtykkebasert kjernejournal som alle har tilgang til. For å sikre at kjernejournalen er operativ 24 timer i døgnet, flyttes informasjonen over til en ekstern server.

#### 4.7.1.1 Helsehus og effekt av intermedieæravdeling

Trondheim har fire helsehus som planlegges å skulle ha inntil 400 korttidsplasser i fremtiden. Hensikten er å redusere antall korridorpasienter på St Olavs hospital. Det siste, Øya helsehus, åpnet sensommeren 2008. Øya har plass til 100 korttidsplasser og inneholder i tillegg institutt for samfunnsmedisin og allmennmedisin, sykepleierhøgskole, Edda Legesenter, ferdighetslaboratorium, undervisningslokaler og kantine. Dette gjør huset til en tverrfaglig og koordinerende arena.

I Trondheim har man undersøkt om sluttbehandling på et lavere "omsorgsnivå" enn sykehus kunne være hensiktsmessig, både faglig og økonomisk. Resultatene er imponerende, og danner basis for opprettelse av intermedieæravdelinger:

| Måleparameter            | Søbstad (72 pas) | St. Olavs (70 pas) |
|--------------------------|------------------|--------------------|
| Døde (p=0,15)            | 12,5 %           | 20,0 %             |
| Reinnlagt (p=0,02)       | 20,3 %           | 35,7 %             |
| Bistand hjemme (p=0,37)  | 50,0 %           | 62,9 %             |
| Klarer seg selv (p=0,01) | 26,6 %           | 10,0 %             |

Sentrale suksessfaktorer i dette arbeidet:

1. God bemanning
2. God medisinsk behandling
3. Mestringsstrategi
4. God dialog med pasienten
5. God dialog med familien
6. God dialog med forvaltning og omsorgstjenester
7. Målrettede epikriser

Hvorfor går det dårligere med de som skrives direkte ut fra sykehus? Sykehusene konsentrerer seg i økende grad om den akutte tilstanden, korter ned på liggetiden, reduserer antall senger og øker bruken av dagbehandling / poliklinisk behandling. Pasienter utskrives i en svært sårbar fase til en ofte fragmentert og lite koordinert primærhelsetjeneste. Utskrivelsen er ofte dårlig forberedt. For å sikre denne sårbare overgangen har man utviklet et felles funksjonsvurderingsskjema til bruk ved utskrivelse.

Man har også hatt et pilotprosjekt siste halvdel av 2006 ved ortopedisk avdeling og lungeposten ved St. Olavs Hospital, samt medisinsk avdeling Orkanger og alle kommuner. Resultatene tyder på at man klarer å

- være mer forberedt i kontakten med kommunene
- være mer treffsikker på bistands/assistansebehov og derav iverksette riktig tjeneste etter utskrivelse
- øke bevissthet ifht at kommunen avgjør nivå på og arena for kommunale tjenester
- forbedre og effektivisere utskrivningsprosess

Man konkluderte med at funksjonsvurdering ved utskrivelse bør standardiseres, dog med et forenklet skjema som nå implementeres i alle kommuner og sykehus i Sør-Trøndelag. Skjemaset legges inn i sykehusenes elektroniske pasientjournal. Effekten ønskes evaluert for eksempel i antall uenigheter vedrørende pasientens funksjon og derved bistandsbehov etter et sykehusopphold.



## **4.7.2 Akuttmedisinsk avdeling og legevakt i Lund**

Olav Røise, Maren Skaset, Jon Ørstavik og Fredrik Langballe besøkte akuttklinikken ved Universitetssjukhuset i Lund 2/10 2008. Akuttklinikken har ansvaret for hele akuttkjeden fra prehospitaltjenester til utskrivning fra sykehuset. Befolkningsgrunnlaget er ca 300 000.

Akuttklinikken startet opp i 1996. Utgangspunkt var problemet med at akuttpasienter forstyrret de planlagte operasjoner og utredninger, ujevn og svak legekompentanse på Akuten, dårlig arbeidsmiljø, svak utvikling og forskning. Enheten består av Akuttmottak, to akuttvårdavdelinger for pasienter som trenger tett oppfølging (MAVA og KAVA for hhv medisinske og kirurgiske pasienter) og 3 vanlige sengeposter. Totalt sengetall er 110. Akuttklinikken har 550 ansatte, herav 75 leger. Omkring 40 leger er under spesialisering til spesialiteten i akuttmedisin. Akuttmottaket har 68.000 konsultasjoner per år, 30% blir innlagt.

Akuttklinikken er samlokalisert med Jourcentralen, som tilsvarende norsk allmennlegevakt med to leger på vakt. Jourcentralen har 25.000 kontakter per år. Åpningstiden er kl 15-23, og det settes opp 4 pasienter pr time pr lege. Når deres avtalebok er full blir pasienter avvist, og må henvende seg i Akuttmottaket.

I akuttmottaket blir pasienter registrert og hastegradsvurdert (triagert) av erfarne sykepleiere. Pasienter kan henvende seg direkte, bli hentet med ambulanse eller henvist fra primærhelsetjenesten. Barn og pasienter med gynekologisk plager, øyepilger og øre-nese-halssykdommer blir ikke behandlet ved Akuttklinikken. Mottakelsen hadde store lokaler med mange akuttrum og egen stor ambulanseinngang direkte til traumemottak med 4 behandlingsplasser.

Pasienter med alvorlige sykdommer og definert pasientforløp blir lagt rett inn på spesialiserte avdelinger, øvrige pasienter beholdes i Akuttklinikken. I medisinsk akuttpost blir for eksempel pasienter med uklar tilstand, lungebetennelse, atrieflimner etc behandlet. Gjennomsnittlig liggetid er 0,9 døgn før utskrivelse eller overflytting til ordinær sengepost (nærsvukvårdsenhet eller nærsjukhus). I kirurgisk akuttpost behandler man blant annet bukpasienter (medisinske og kirurgiske), blødninger, traume og andre kirurgiske pasienter og utfører skopier, ultralyd med mer. Gjennomsnittlig liggetid her er 1-2 døgn.

I 2006 fikk Sverige spesialiteten i akuttmedisin, som er en tilleggutdanning på toppen av annen spesialitet. Leger med bred grunnspesialitet (indre medisin og allmennmedisin) har 2 års strukturert tilleggstudning, løpet er noe lengre for de andre spesialitetene. 80% av legene under spesialisering har bakgrunn i indremedisin. Akuttmedisinerens oppgave er å behandle akutt skadde den første timen, innlede behandling, samarbeide med andre spesialister, og selvstendig ferdigbehandle mange akutt syke. I tillegg fokuseres det på katastrofe-, prehospital- og traumemedisin. Legene ved akuttavdelingen har primærvakt for flere av sykehusavdelingene på natt, for eksempel hjertemedisin, infeksjon, generell kirurgi, urologi og nevrologi. Snarlig vil akuttklinikken overta beredskap også for ortopedisk avdeling.

Lund har i sum en velorganisert, stor og omfattende akuttklinikk som også betjener en god del pasienter med allmennmedisinske problemer. Organiseringen ville fungert veldig bra sammen med en Storbylegevakt som ligger tett opp mot et akutt sykehus, spesielt dersom akuttklinikken også behandlet barn, gynekologi, ØNH og øyepasienter. På lengre sikt er det mulig å tenke seg en organisering som likner på den i Lund, ved at Storbylegevakten og akuttmottaket ved sykehuset med områdefunksjoner i sykehusområde Sentrum "smeltes sammen" i en felles organisasjon.

Leger med kompetanse tilsvarende den svenske spesialiteten i akuttmedisin ville være svært meget vel egnet som ledere av vaktlag, veiledere og faglig ansvarlige ved Storbylegevakten og akuttmottak i Norge. Man bør merke seg bredden i utdanningen ved utvikling av en eventuell norsk spesialitet eller tilleggstudning i akuttmedisin.

### **4.7.3 Legevakt i London**

Endre Sandvik, Trond Trondsen, Peter Martin, Anne Kathrine Nore, Helga Skåden, Ann Kristin Stokke og Marie Anbjørg Joten besøkte Accident and Emergency department (A&E) ved University College Hospital (UCH) i London 1/10 2008. Hovedfokus for besøket var triage og videre pasientlogistikk innover i sykehuset gjennom observasjonspost.

Engelsk helsevesen har gjennomgått store endringer siste ti år. Hovedfokus har vært å forbedre pasientbehandlingen gjennom store organisatoriske endringer. Man har definert seg det mål at 98% av pasientene ved A&E skal være behandlet innen fire timer. Man har etablert en ny spesialitet i akuttmedisin, som bygger på annen spesialitet for leger. Reglene for arbeidstid tilpasses til EU-regler. Overleger spiller en mer fremskutt rolle i akuttmedisin. Man styrker effektiv pasientflyt gjennom å bedre diagnostikken i front, for eksempel ved å flytte røntgenleger til mottakelsene. Etter sykehusets oppfatning kunne omtrent 60 % av pasientene blitt ivaretatt av primærhelsetjenesten.

Legevakten/mottaket ved UCH har ansvar for ca.250.000 mennesker. Multitraumer innlegges i et annet sykehus, for øvrig mottar man alle kategorier pasienter. Mange av pasientene som jobber i sentrum, er studenter eller turister. Andelen sosialklienter og belastete pasienter er lavere enn i andre deler av London. Antallet pasienter går kraftig ned i helgene. Man har ikke psykiater på stedet, men psykiater på vakt i en annen institusjon bisto ved behov. Man opplever en del rus i helgene, men har ikke stort fokus på den pasientgruppen. Derimot er forskning, mindre prosjekter og undervisning i fokus.

Pasienten møter ved ankomst til A&E en trent sykepleier som gjør triage, deretter registreres pasienten av resepsjonister. Prioriterte pasienter gjennomgår en "second assessment" av lege eller trent sykepleier innen ti minutter. Man har satset på kompakte arealer med korte avstander, god oversikt og utstrakt bruk av forheng og åpne løsninger. Framstår som en meget effektiv organisasjon hvor korte pasientforløp er satt i fokus. Sikkerhetsvakter ambulerer i lokalene.

### **4.7.4 Psykiatrisk helsetjeneste i Storbritannia (Birmingham)**

Endre Sandvik, Trond Trondsen, Peter Martin, Anne Kathrine Nore, Helga Skåden, Ann Kristin Stokke og Marie Anbjørg Joten besøkte Birmingham and Solihull Mental Health 30/9-08. Fokus for besøket var organiseringen av psykisk helsevern for voksne.

I britisk helsevesen har det de siste 30 årene skjedd en gradvis overgang fra hovedsakelig inneliggende behandling i spesialisthelsetjenesten, til dagens praksis med stor vekt på akutt-team (Crisis Resolution Team) og ambulerende team (Home Treatment Team, HTT). Det spesielle med "Birmingham-modellen" er den sentrale rollen HTT har fått som primær vurderings- og behandlingsinstans for alle henvendelser til spesialisthelsetjenesten. I Birmingham foregår pasientbehandlingen primært i hjemmet, og samarbeidende tjenester må tilpasse seg det. Slik skiller Birmingham seg ut fra andre steder i Storbritannia, der HTT tilpasser seg det resterende helsetilbud. HTT har døgkontinuerlig drift, og får henvist pasienter fra somatiske akuttmottak etter screening av deres psykiater, fra primærhelsetjenesten (inkl allmennpraktikere) etter vurdering i lokale psykiatriske team (dagtid), fra politi, allmennlegevakt på nattetid og fra psykiatriske sykehusavdelinger for oppfølging. De pasientene som følges opp behandles av HTT i 4-6 (inntil 8) uker i forbindelse med forverring av psykisk sykdom eller utskrivning fra sykehusavdeling.

For en befolkning på 250-300 000 innbyggere består den psykiske spesialisthelsetjenesten av 2 Home Treatment Team (HTT) og 4 sykehusavdelinger med til sammen 74 sengeplasser, hvorav 10 på "intensive unit". I tillegg finnes "Respite homes", en type privat rehabiliterings-hjem, der pasientene kan bo noen dager med oppfølging av HTT. For mødre med psykisk sykdom og barn under ett år har man en egen mor-barn seksjon med 8 voksensenger pluss barneplasser og treningsleilighet. "Home treatment teams" behandler ikke pasienter som primært har rusproblemer eller er kjente alkoholikere. Denne gruppen ivaretas av eget personell som fokuserer på dobbeltdiagnoseproblematikk.

I England er det tradisjon for at pasientene ønsker å være hjemme. Erfaringene fra Birmingham viser at dette svært ofte lar seg gjøre med tett oppfølging, og at pårørende som i utgangspunktet kan ha motstand mot å "få ansvar", etter hvert får god erfaring og opplever mestring med HTT. Man opplever etter innføringen av HTT bedre aksept i fremmedkulturelle miljøer for behandling av psykiske lidelser.

Leger fra de psykiatriske poliklinikkene reiser ut sammen med hjemmeteamet så lenge pasienten er i overgangen mellom sykehus og førstelinjen (minst ett hjemmebesøk av lege pr. uke). Deretter blir pasientene formelt utskrevet til neste nivå, og ivaretatt av "Community teams" i samråd med fastlegene. Kvalitetssikringen av selve overføringen mellom nivåer sikres av vakthavende psykiater, som ambulerer mellom sykehus, hjemmeteam og førstelinjen. Mange legestillinger har blitt flyttet fra sengeavdelinger til HTT.

#### **Oppsummering av studiebesøk**

- Samhandlingsprosjekter i Trondheim har vist at man ved å tenke nytt omkring organisering og grensene mellom første- og annenlinjetjenester kan oppnå bedre pasientforløp og bedre resultater. Dette kan også være økonomisk fordelaktig. Det oppleves imidlertid tungt å utvikle slike tjenester, hvilket illustreres godt ved begrepet FLOKE som oppsummerer noen sentrale utfordringer: Finansiering, lovverk, organisering, kultur/kommunikasjon og elektronisk samhandling.
- I Trondheim har man samlet en rekke aktører i Helsehus som inkluderer flere tjenester samlet under ett tak. Erfaringene med dette er så langt gode.
- Det er en internasjonal trend å bryte ned tradisjonelle skiller mellom medisinske fagområder. Man etablerer i stedet akuttmottak bemannet med erfarent personale med breddekompetanse og god akuttmedisinsk kompetanse, som kan håndtere pasienter ut fra en tverrfaglig triage som fokuserer på hastegrad fremfor fagområde. Dette breddefokuset likner på modellen benyttet ved Legevakten i Oslo. Imidlertid forsøker man å etablere slik breddekompetanse på et mer avansert faglig nivå, ved å gi legene en tilleggsutdanning og ansvar for utredning og behandling som tradisjonelt har ligget til spesialistavdelingene i sykehuset. Akuttlegenes fokus er derfor mange steder rettet mot å plukke ut de sykeste pasientene og ivareta de pasienter som trenger hjelp innenfor den tradisjonelle spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det vanlig at pasienter oppsøker akuttmottakene direkte, og at mange pasienter som i Norge vil bli behandlet av legevaktlege dermed blir behandlet i akuttklinikkene.
- Mange steder har man etablert Felles akuttmottak der legevaktlege fra primærhelsetjenesten behandler pasienter i lokaler som ligger ved akuttmottaket. Det ser ut til at mange har utfordringer med å få slike ordninger til å fungere godt. Dette kan ha flere årsaker, hvorav en er manglende enhetlig styring og ledelse.
- I Storbritannia har man satset mye på å bygge opp ambulante team som kan følge opp psykiatriske pasienter både før, under og etter innleggelse i sykehus. Denne modellen har inspirert utviklingen av ambulante tjenester ved norske Distriktpsikiatriske sentre (DPS).