

5 Pasientenes behov i fremtiden

Det er viktig å presisere at befolkningens behov for helsetjenester vanligvis dekkes best av det ordinære tjenestetilbudet: fastlegen, lokalsykehuset, sykehjemmet, hjemmebaserte tjenester og øvrige tilbud i kommunen. Storbylegevakten skal være et sikkerhetsnett som ivaretar behovet for akuttmedisinske tjenester for Oslo befolkning, og de som oppholder seg her. Diskusjonene nedenfor dreier seg derfor om hvilke behov det er best at Storbylegevakten dekker for befolkningen.

5.1 Det gode pasientforløp – ferdigbehandling på ett sted

Strategien ved Legevakten i Oslo har vært at pasienter skal kunne søke hjelp ved å henvende seg på ett sted, uten å måtte forholde seg til helsevesenets indre organisering og fordeling av oppgaver. Vi vet at befolkningen ønsker at det er enkelt å finne frem til hjelp. Pasienter ønsker også enkle forløp. Det vil si at problemet i størst mulig grad løses ved første kontaktpunkt, og at alle nødvendige opplysninger blir formidlet videre når det er nødvendig å henvise videre til en ny instans. Pasientene ønsker ikke å fungere som budbringere mellom de forskjellige behandlerne i kjeden, men å bli ivaretatt av et solid sikkerhetsnett.

Ferdigbehandling på ett sted

Man må tilrettelegge for at flest mulig pasienter får gjort alt som er nødvendig for å avklare og eventuelt behandle sin tilstand ved første kontaktpunkt. Det innebærer at man må satse målrettet på å tilføre Storbylegevakten det utstyr og den kompetanse som trengs for å avklare problemstillinger på dette nivå.

Det gode pasientforløp

Man må inngå avtaler mellom aktørene om hvordan forskjellige pasientgrupper bør henvises videre på mest mulig effektive måte. Ved ankomst hos neste behandler skal nødvendige opplysninger og flest mulig forundersøkelser være tilgjengelig, slik at pasienten ikke opplever et unødig antall stopp på veien til en endelig konklusjon. Fagmiljøene må samhandle tett nok til å kontinuerlig utvikle gode pasientforløp for nye pasientgrupper. Pasienter som ikke henvises videre akutt bør få vite tid og sted for videre oppfølging før de forlater Storbylegevakten.

5.2 Triage etter alvorlighetsgrad

I et helsevesen med økende grad av spesialisering og oppgavefordeling øker behovet for å sortere pasienter til riktig behandlingsinstans. De senere år har man hatt en rekke utfordringer knyttet til dette, ettersom spesialiserte funksjoner har blitt lagt til forskjellige sykehus. Den pågående omorganiseringen av sykehusene i helseregionen medfører omfordeling av oppgaver, blant annet foreslås det at flere av lokalsykehusene i Sentrum ikke skal ha akuttkirurgi. Dette er en internasjonal trend i forhold til lokalbaserte tjenester, men forutsetter at pasienter sendes til riktig sykehus/nivå. Samtidig ser man et økende antall henvendelser og innleggelser, hvilket medfører fare for kødannelse og uheldige hendelser. Til sammen medfører dette et sterkt økt behov for systematisk triage av pasienter. Dette har blant annet kommet tydelig frem i Helsetilsynets rapporter fra tilsyn med akuttmottakene i Norge.

Det er altså en utfordring å sortere ut pasientene det haster mest med, og å sikre at pasienter som skal innlegges havner på riktig sykehus. For å gi god pasientbehandling er det helt nødvendig å videreutvikle arbeidet med systematisk sortering av pasienter. Dette krever standardiserte kriterier, prosedyrer og opplæring. Man bør bygge videre på dagens triage i kategoriene rød, gul og grønn.

Rød kategori er pasienter som har livstruende tilstander eller tilstander som er tidskritiske og prioriteres direkte til spesialenhet. Eksempler vil være hjerteinfarkt, hjerneslag, respirasjons-/sirkulasjonssvikt, multitraumer og liknende. Gul kategori er pasienter som trenger rask hjelp/diagnostikk og pasienten som kan være i fare for varig helseskade eller vesentlig forverring dersom de må vente med legekonsultasjon til neste dag. Pasienter med utålelige symptomer (sterk

smerte, kvalme, psykisk ubalanse eller liknende) kommer også i denne kategorien. Grønn kategori er pasienter med akutt oppståtte helseproblemer eller forverring av kronisk sykdom., som bør få hjelp før dette kan gis hos fastlegen påfølgende virkedag. Hvit kategori er pasienter som ikke trenger akutt legehjelp og skal henvises tilbake til fastlege eller annet hjelpeapparat på dagtid.

Pasienter med rød, gul og grønn prioritet tilbys undersøkelse og behandling ut fra sine behov. Flest mulig ferdigbehandles på Storbylegevakten, men alle som trenger et mer spesialisert tilbud henvises videre så snart som mulig. Pasienter med hvit prioritet bør på Storbylegevakten primært tilbys rådgivning og henvisning til rette instans, med unntak av pasientgrupper som ønskes sentralisert til Legevakten.

Anbefalinger om gode pasientforløp

- Alle som oppsøker Storbylegevakten skal gjennomgå en standardisert hastegradsvurdering (triage) der man kategoriseres som rød, gul eller grønn prioritet på medisinsk faglig grunnlag.
- Flest mulig pasienter skal ferdigbehandles på ett sted, uten å måtte oppsøke flere instanser.
- De involverte fagmiljøene skal utvikle flere gode pasientforløp der pasientgrupper utredes på en gjennomtenkt og standardisert måte.
- Pasienter som kan vente på behandling hos fastlege neste dag bør Oppfordres til å bruke denne.

5.3 Ventetid

Et av pasientenes mest sentrale krav til legevaktjenestene er kort ventetid og forutsigbarhet og informasjon om ventetiden. Dette er et dilemma for alle akuttjenester. Når man øker kapasiteten for å redusere ventetiden opplever man at pasienttilstrømningen øker og ventetiden etter en tid igjen øker. Imidlertid kan det gjøres en rekke grep for å bekjempe ventetiden.

Et skille tidlig i pasientforløpet der pasienter med enklere akuttproblemer kommer til en egen avdeling med hovedbemanning av fastleger, vil kunne gi rask behandling av en større gruppe pasienter. Dette vil omfatte mange av de pasienter som i dag oppsøker legevaktbasene. En annen del av allmennavdelingen vil kunne ta seg av pasienter med mer alvorlig sykdom eller andre krevende problemer uten at disse to pasientforløp forsinkes eller forstyrrer hverandre.

Strømlinjeforme pasientforløp innad i Storbylegevakten slik at ventetid f.eks. til laboratorium og røntgenundersøkelser minimeres. Et eksempel på slike tiltak ser man i Lund, der pasienter med klinisk mistanke om brudd henvises direkte fra mottakssykepleier via røntgen til lege. Dermed unngår man at pasienten må vente unødig mange ganger.

Redusere tilstrømningen av pasienter som ut fra medisinske kriterier ikke har akutt behov for hjelp og henvise disse til fastlege på dagtid. Viktige tiltak er informasjon til publikum og en god, tilgjengelig telefontjeneste på legevaktsentralen.

Det bør lages kvalitetsmål for hva som er akseptabel ventetid ved Legevakten i samråd mellom brukere, fagpersonale og eiere. Målet skal sikre rask hjelp til alvorlig syke og god service til den store mengden av brukere. Måloppfyllelse evalueres løpende. Muligheter for tiltak for å oppfylle gitte mål må planlegges og brukes.

Anbefalinger om ventetid

- Systematisk bruk av triage for å sikre at de som ikke bør vente behandles raskt.
- Informasjon til pasientene om hvilken hastegrad de har, hva dette innebærer og hvor lang ventetid de må påregne akkurat nå.
- Det lages kvalitetsmål for akseptabel ventetid og settes inn tiltak for å sikre måloppnåelse.
- Fleksibel bruk av personell når det er stor pågang. Sikre at en størst mulig andel av legene har tilstrekkelig erfaring til å øke behandlingstempoet når det er behov for det.

5.4 Voksne med akutt sykdom

En døgnåpen Storbylegevakt som tar imot pasienter uten prioritering ville ta over mange pasienter som ut fra medisinske kriterier kunne ventet til fastlegen er tilgjengelig. Dette undergraver fastlegeordningens intensjon om et helhetlig ansvar for pasientene. Pasienter som oppsøker Legevakten flere ganger etter hverandre går glipp av den helseeffekt som ligger i å ha kontakt med samme lege over tid. Legevakten har for eksempel dårligere forutsetninger for å oppdage og følge opp underliggende kronisk sykdom enn fast behandler har. Det bør dermed legges til rette for at pasienter i større grad enn i dag oppnår kontakt med sin fastlege når behovet oppstår. Dette er nærmere omtalt i kapittelet om samhandling med fastlegene.

Når pasienter derimot har akutt behov for hjelp er det helt avgjørende at man gjennom triage sorterer godt, og at alle kan få behandling i tråd med prinsippene

- de som har akutt farlig sykdom identifiseres og tilbys umiddelbar behandling
- de øvrige pasientene også får den hjelpen de trenger, uavhengig av fagområde.

Innenfor ethvert fagområde er det noen pasienter som kan ivaretas utenfor sykehus. Ut fra dagens praksis har prosjektgruppen identifisert noen pasientgrupper man bør vurdere å lage forbedrede forløp for.

5.4.1 Forbigående, uspesifikt uvelbefinnende

Observasjonsposten på Legevakten utreder i dag mange pasienter som har besvimt. Man kan imidlertid ikke avklare pasienter som har hatt et mulig neurologisk utfall. Pasienter med bestående neurologisk utfall eller klinisk mistanke om hjerneslag/TIA skal umiddelbart innlegges i sykehus. En del pasienter er imidlertid uten restsymptomer eller funn ved undersøkelsen. Mange av disse kan ferdigbehandles på ett sted dersom man etablerer tilgang til CT caput med kontrast (eller tilsvarende billeddiagnostikk) for å kvalitetssikre den kliniske vurderingen. Dette har blitt mer aktuelt ettersom man nylig har montert en CT i Legevaktens lokaler, men denne benyttes foreløpig innenfor et begrenset indikasjonsområde.

5.4.2 Astma og KOLS

Svært syke pasienter med astma og KOLS må ivaretas på sykehus, spesielt pasienter som har komplisert og vanskelig regulerbar sykdom og flere samtidige sykdommer med alvorlig symptomatologi. Slike pasienter bør ha en behandlingsrelasjon til sykehus, og innlegges på samme sted hver gang det skjer noe akutt.

En del pasienter er imidlertid mer stabile, men opplever kraftige forverringer for eksempel i pollensesongen eller ved luftveisinfeksjoner. Disse pasientene kan ofte ferdigbehandles på Storbylegevakten, men dagens grense er 24 timers opphold. Dersom Storbylegevakten skal ta et større

ansvar for disse pasientene øker også behovet for arterielle blodgassanalyser, som ikke utføres på Legevakten i dag.

5.4.3 Blodpropp i ben/lunger

Pasienter med mulig blodpropp i ben/lunger er som regel lite påvirket, men trenger rask avklaring fordi alvorlige komplikasjoner kan oppstå plutselig og uventet. Dødsfall grunnet uventet blodpropp i lungene forekommer regelmessig, også hos unge og tidlige friske pasienter. Diagnostikken er krevende, og pasientforløpene lite strømlinjeformet. Pasientene blir ofte henvist fra Legevakten til sykehus, der de enten blir innlagt eller det settes blodfortynnende sprøyter og pasientene sendes hjem i påvente av poliklinisk utredning neste dag. Pasientforløpet kan forbedres på to alternative måter:

- Det utarbeides en prosedyre som bidrar til å identifisere de pasientene som kan få blodfortynnende og en timeavtale til avklarende radiologiske undersøkelser neste dag. En slik løsning forutsetter at lege på Storbylegevakten har myndighet til å rekvirere den nødvendige oppfølgingen, og at utvelgelseskriteriene er tilstrekkelig forankret i spesialisthelsetjenesten.
- Det sikres tilgang til røntgendiagnostikk på døgnbasis, det vil si ultralyd av underekstremiteter og CT av lungene..

Videre oppfølging vil variere avhengig av funn ved undersøkelsene. Dette bør man lage standardiserte forløp for. En modell man kan se til er forløpet til nyrestenspasienter. Disse henvises etter smertelindring til røntgen urografi på Aker universitetssykehus. Dersom bildene viser sten, ureterstase eller annet som krever rask oppfølging av urolog, får pasienten slik konsultasjon på Aker samme dag som bildene blir tatt. Dersom bildene er normale blir pasienten henvist tilbake til fastlegen (eventuelt til annen instans dersom man har funnet det mer hensiktsmessig i det enkelte tilfelle).

5.4.4 Akutte magesmerter

Pasienter med antatt kirurgitremgende magesmerter ("akutt abdomen") skal innlegges i sykehus med akuttkirurgisk vaktberedskap. Imidlertid har mange pasienter lettere magesmerter, forstoppelse og annet fordøyelsesbesvær som klinger av etter medisinsk behandling og observasjon. I dag observeres mange slike pasienter i observasjonsposten. Dersom hovedstadsprosessen medfører at lokalsykehusene ikke har tilstedeværende kirurg, vil det stilles større krav til sortering av pasienter med magesmerter enn i dag. Terskelen for å legge pasientene inn i lokalsykehus vil da heves. Resultatet kan bli at mange innlegges i områdesykehus for vurdering og observasjon, og deretter overflyttes til lokalsykehus. Dette kan motvirkes ved at utvikler et så tett samarbeid mellom Storbylegevakten og områdesykehuset at flere pasienter som antas å ikke være kirurgitremgende kan observeres i Storbylegevakten til det er nærmere avklart om innleggelse er nødvendig. Dersom Storbylegevakten samlokaliseres med områdesykehus (gangavstand) kan vakthavende kirurg tilse pasienten på observasjonsposten (for eksempel neste morgen) før avklaring eller evt overflytting til lokalsykehus. Slik kan pasientene ivaretas uten gjentatte overflyttinger.

En del av disse pasientene trenger supplerende undersøkelser. I dag utføres ultralyd abdomen på dagen ved Sentrum røntgeninstitutt. Pasienter som trenger CT abdomen, gastroskopi eller gynekologisk tilsyn må innlegges eller henvises. CT har nylig blitt tilgjengelig på Legevakten, men benyttes foreløpig ikke til dette formål. I samarbeid med et sykehus kan man utvikle enda bedre forløp for disse pasientene.

I dag kan man risikere å sende pasienten til feil sykehus, fordi man ikke avdekker om pasienten har en gynekologisk eller en generellkirurgisk tilstand. Denne grenseoppgangen vil bli enklere å håndtere enn i dag, ettersom begge disse spesialitetene samles på områdesykehuset.

5.4.5 Forgiftninger

Pasienter med ufarlige forgiftninger behandles poliklinisk. Akutte rusmiddelforgiftninger observeres på poliklinikken i inntil 4 timer, og innlegges i sykehus hvis situasjonen da ikke er avklart. Observasjonsposten benyttes i liten grad til pasienter med forgiftninger.

Mange pasienter med forgiftninger innlegges for sikkerhets skyld, fordi det er usikkert hvilke konsekvenser forgiftningen kan få etter hvert. Blant årsakene er begrensede overvåkningsmuligheter, mangel på blodgassmåling og telemetri, og manglende anestesisstøtte i tilfelle akutt forverring. Imidlertid er pasientene ofte lite påvirket. Pasientgruppen må gjennomgås i detalj. Enkelte forgiftninger krever høyspesialisert kompetanse og tilgang til motgifter og avansert medisinsk behandling.

5.4.6 Medisinske pasienter kjørt direkte til sykehus

Erfaring viser at mange pasienter blir kjørt rett til sykehus uten at lege har vurdert pasienten. Det har ikke latt seg gjøre å tallfeste antallet slike innleggelses. En del av disse pasientene kunne blitt ivaretatt på et lavere omsorgsnivå dersom pasienten ble vurdert av legevaktlege først. Når man utarbeider pasientforløp innenfor hvert enkelt fagområde må man sette opp kriterier for hvilke pasienter som kan og bør sorteres til riktig sykehus allerede av ambulansetjenesten. Andre pasienter bør tilses av legevaktlege. Rutinene bør hvis mulig være like i hele nedslagsfeltet til Prehospital divisjon, det vil si både Oslo og Akershus.

5.4.7 Gynekologi

I dag henvises de fleste pasienter som trenger gynekologisk vurdering videre til gynekologisk avdeling akutt. Man benytter i liten grad poliklinisk vurdering neste dag. Dette er etter ønske fra gynekologisk avdeling. Det er ønskelig å gjennomgå forskjellige pasientgrupper i samarbeid med gynekologisk avdeling for å se om man kan etablere bedre pasientforløp. En slik pasientgruppe kan være gravide med blødning i første trimester, som legevaktleger med riktig trening kanskje kan avklare uten tilsyn av gynekolog. En annen pasientgruppe som bør vurderes nærmere er pasienter med uttalt svangerskapskvalme.

5.4.8 Øyesykdommer

7% av legekonsultasjonene på allmennlegevakten er øyerelatert. Ved viderehenvisning på dagtid benyttes alt overveiende privatpraktiserende øyespesialister. Dette fungerer tilfredsstillende. På vakttid må man i noen grad henvisse akutt til øyeavdelingen. Øyeavdelingen ønsker å styre flere henvisninger fra kveld/helg til dagtid og det vurderes også å legge om behandlingsrutiner ved etseskader, slik at man oppnår kortere skylletid og bedre logistikk. Dette er justeringer som kan foregå uavhengig av Storbylegevaktens organisering.

Kompetanseoverføring innen øyefaget kan sikres ved hospitering og undervisning.

5.4.9 Øre-, nese-, halssykdommer

Sykehusområde Sentrum har en ØNH-avdeling på Rikshospitalet (Ahus behandler ikke Oslobeboere). Avdelingen mottar i dag hovedsaklig pasienter med spørsmål om nesefrakturer, neseblødninger, fremmedlegemer i øvre luftveier og enkelte sjeldnere tilstander. Samarbeidet fungerer tilfredsstillende. Kompetanseheving på Storbylegevakten kan sikres ved undervisning og hospiteringsordninger. Felles undersøkelser mv er mindre relevant, ettersom pasientene bør flyttes til lokaler der man har spesielt utstyr.

Anbefalinger om voksne pasienter med akutt sykdom

- Involverte fagmiljøer analyserer forskjellige pasientgrupper og utvikler forbedrede pasientforløp på tvers av institusjoner og tjenestenivåer.

5.5 Syke barn

Små barn er ofte syke, og det er krevende å skille ut de relativt få tilfellene av alvorlig sykdom blant alle barna med ufarlige sykdommer. Dette er en utfordring for både foreldre og helsepersonell. Mange barn går i barnehage og på skolen, og foreldrene opplever at noe er galt på et tidspunkt da fastlegen ikke er tilgjengelig. En del oppsøker også Legevakten fordi det er praktisk å vente til etter arbeidstid. Mange barn må derfor undersøkes av Legevakten på kveld og helg. Samtidig som det er ønskelig å styrke tilgjengeligheten til fastlegen må man ta høyde for at det er vanskelig å vurdere syke barn, derfor må terskelen være lav for å utløse ø-hjelpsundersøkelse. Denne pasientgruppen lar seg i mindre grad enn voksne pasienter henvise til andre behandlere.

Totalt sett undersøkes omkring 35.000 barn under 12 år på allmennlegevakten. Dette utgjør bortimot 30 % av allmennlegekonsultasjonene (ikke medregnet sykebesøk). Bortimot halvparten undersøkes på legevaktbasene. Basene her er effektive, men enhetene er små og legene har svak tilknytning til fagmiljøet på Legevakten. Dette gir dårlige utviklingsmuligheter i forhold til kvalitetsarbeid, som for eksempel forskning og utvikling av verktøy for systematisk triage.

Man bør vurdere å samle behandlingen av syke barn som foregår på legevaktbasene og den som foregår i Storgaten 40 til en ytterligere styrket barneseksjon. En slik samling vil ha så stort volum at erfarne allmennleger og unge allmennleger kan jobbe side om side slik at fastlegenes erfaring og Storbylegevaktens gode rutiner til sammen kan sikre barna et enda bedre tilbud, og gi personellet gode utviklingsmuligheter. Barna har også behov for en stab med sykepleiere og øvrig helsepersonell som har kompetanse i de spesielle observasjoner denne pasientgruppen har behov for. Seksjonen vil være særdeles godt egnet til studentundervisning og forskning. Legene ansatt på allmennlegevakten bør gjenoppta regelmessig hospitering på barneavdelingen, noe som har vært mye benyttet tidligere. Sykepleierne bør også tilbys slik hospitering.

Andelen barn som trenger innleggelse og oppfølging på sykehus er relativt lavt. Enkelte syke barn observeres i inntil 2-3 timer på poliklinikken i Storgaten. På legevaktbasene har man lite muligheter til å observere pasienter over tid, og i tvilsituasjoner henvises pasientene til barneavdelingen på Ullevål, som har ansvaret for alle barn i Oslo. Terskelen for å få en vurdering på barneavdelingen er lav. Mange barn får også tilbud om kontroll hos vakthavende barnelege på Ullevål neste morgen. Barneavdelingen har egen observasjonspost med inntil 6 senger der barn kan bli liggende i inntil 24 timer, og dette tilbudet bør opprettholdes.

Prosjektgruppen har ikke identifisert noe vesentlig behov for langvarig observasjon av barn på Legevakten. Derimot kan man revurdere den absolutte aldersgrensen som gjelder på observasjonsposten i dag og ta imot enkelte barn, for eksempel til observasjon i noen timer etter skader der risikoen for alvorlige komplikasjoner regnes som liten. For å avklare dette nærmere bør man imidlertid gå i tettere dialog med barneavdelingen.

Anbefalinger om syke barn

- Storbylegevakten skal opprettholde et lavterskeltilbud til akutt syke barn. De syke barna skal også gjennomgå triage, men grunnet fagområdets karakter skal terskelen for å undersøke barn på legevakt være lav.
- Legevaktens barneseksjon og legevaktbasene bør samles i Storbylegevaktens lokaler.
- Studentundervisning og forskning må tilknyttes barneseksjonen.

5.6 Beboere i sykehjem

Også pasienter i sykehjem skal legges inn i sykehus når det er grunn til å tro at de vil ha helsemessig gevinst av det og de er i behov av akutt behandling som ikke kan gis i sykehjemmet. Likevel vil sykehjemspasienter ofte ha en så langt fremskreden sykdomstilstand at de er best tjent med å bli i sykehjemmet, uten stressende og belastende sykehusinnleggelse i livets siste fase.

Sykehjemspasientenes komplekse helseproblemer vil være vanskelige for en legevaktlege å få oversikt over. I dag er det også en utfordring at sykebesøkslegene ofte kjenner lite til rutiner og kompetanse ved det enkelte sykehjem. Dette bidrar sannsynligvis til både over- og underbehandling i forhold til det man kunne oppnå dersom lege med god kjennskap til sykehjemstjenesten utførte sykebesøkene.

Det er derfor et mål at sykehjemsbeboere i størst mulig grad håndteres av sykehjemmets faste lege. For dårlige pasienter bør det treffes avgjørelser innenfor vanlig arbeidstid om hvorvidt innleggelse er hensiktsmessig eller ikke ved ytterligere klinisk forverring. Slike vurderinger må journalføres og være tilgjengelig for sykebesøksleger i akutsituasjoner. Oslo kommune er i ferd med å gjennomføre en opptrapping av legetjenesten på sykehjemmene. Dette er et viktig tiltak som antas å redusere behovet for legevaktjenester. Imidlertid vil pasientene fortsatt trenge akutt legehjelp utenom sykehjemslegenes ordinære arbeidstid.

Det er ønskelig at legenes arbeidstid i sykehjemmet er noe fleksibel, slik at vedkommende kan kontaktes telefonisk utenom sin faste arbeidstid i sykehjemmet. For en kommune av Oslos størrelse er det også mulig å opprette en vaktordning for sykehjemslegene, organisert gjennom Storbylegevakten. Ordningen anbefales å innebære at det alltid var én sykehjemslege på vakt på kveldstid og i helger, eventuelt også om natten.

En slik vaktordning vil bidra til å befeste sykehjemslegenes spisskompetanse innenfor sitt spesifikke arbeidsfelt, den vil bidra til at sykehjemmene ved behov for legebesøk får tilgang til lege med kjennskap til sykehjemsmedisin, og den vil bidra til at sykehjemslegene i Oslo blir tettere sveiset sammen som et kollegium. Ordningen vil derfor både ha positive virkninger for den enkelte sykehjemsboer og det enkelte sykehjem på kort sikt, og positive ringvirkninger i form av faglig utvikling på lang sikt.

Legevakten reiser i dag i ca 2 500 sykebesøk på sykehjem per år, hvilket utgjør ca 15 % av alle besøk. En særskilt vaktordning bør derfor ikke medføre vesentlige ekstra kostnader, det er heller snakk om en reorganisering av ressurser som benyttes allerede i dag. Det må imidlertid bemerkes at sykehjemslegene ikke har vaktplikt i sine avtaler i dag.

Sykepleietjenesten på sykehjemmene er enkelte steder under press. I situasjoner der sykehjemmene møter faglige utfordringer de ikke har forutsetninger for å løse kan Akutteamet være tilgjengelig som et sykepleiefaglig sikkerhetsnett etter samme modell som teamet i dag er overfor hjemmetjenesten. Et slikt samarbeid kan etableres i samråd med Sykehjemsetaten. Teamet skal ikke erstatte normal bemanning eller støtte fra samarbeidende sykehus, men være en ressurs i ekstraordinære situasjoner.

Anbefalinger om sykehjemsbeboere

- Storbylegevakten og Sykehjemsetaten tar initiativ til å etablere en særskilt vaktordning for sykehjemmene når det gjelder telefonrådgivning og sykebesøk.
- Storbylegevaktens akutteam kan bistå sykehjemmene når det er behov for spesiell sykepleiefaglig kompetanse, på samme måte som teamet i dag bistår hjemmetjenesten. Bistanden kan være telefonisk eller utføres ambulant. Sykehjemmene kan bruke Akutteamet som et sykepleiefaglig sikkerhetsnett.

5.7 Hjemmeboende eldre

Hjemmeboende eldre er en gruppe som øker i antall, og deres sykdomsbilde øker i kompleksitet. Mange eldre er ikke i stand til å oppsøke fastlegens kontor. Slike pasienter vil ofte trenge sykebesøk. Kvaliteten på vurderingen blir best dersom fastlegen reiser i besøk, eventuelt sammen med hjemmetjenesten. I akuttsituasjoner vil dette ofte ikke være mulig, og sykebesøkslege fra Legevakten kan i slike situasjoner tre inn.

Akutt syke eldre har svært varierende klinisk presentasjonsform og ofte en atypisk symptomatologi. I det følgende omtales akutt syke gamle pasienter innenfor noen sjablongmessige hovedgrupper. Dette kan være hensiktsmessig når adekvate behandlingstiltak skal drøftes, men det er naturligvis glidende overganger mellom gruppene.

Mange synes å mene at gamle pasienter ofte innlegges i sykehus unødig, men dette understøttes ikke av forskning. Ved Diakonhjemmets sykehus ble 1565 konsekutive akutte indremedisinske innleggelsesprospektivt registrert. Pasientene ble tildelt en skåre på instrumentet APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluations), et vanlig brukt mål på alvorlighetsgrad av fysiologisk forstyrrelse i akuttmedisinsk sammenheng. Poengsummen økte med økende alder, og et flertall av de gamle pasientene hadde en skåre som indikerer alvorlig sykdom (Rashidi et al. Abstrakt nr. 21 ved 19th Nordic Congress in Gerontology, 2008).

5.7.1 Eldre som til vanlig har god helse

Disse pasientene får i regelen symptomer omtrent som andre voksne pasienter, og deres evne til å greie seg selv blir ikke vesentlig påvirket av den akutte tilstanden. Dette gjelder særlig de som har ingen eller noen få kroniske sykdommer, og som også til vanlig er noenlunde selvhjulpne. Mange av disse kan få en diagnostisk avklaring relativt raskt og kan håndteres som andre voksne pasienter.

5.7.2 Akutt funksjonssvikt hos eldre med kronisk sykdom

Med økende alder vil en økende andel av pasientene utvikle en ukarakteristisk symptomatologi ved akutt sykdom. Typisk er nyoppstått svikt i evnen til å utføre daglige, basale gjøremål, såkalt *akutt funksjonssvikt*. Akutt funksjonssvikt kjennetegnes av følgende fire hovedsymptomer (ikke alle symptomene er nødvendigvis alltid til stede):

- Nyoppstått forvirring (delirium)
- Nyoppstått eller raskt forverret falltendens
- Nyoppstått eller raskt forverret urininkontinens
- Ernæringsvikt og dehydrering

Syndromet oppstår i hovedsak hos eldre pasienter som fra før av er kjennetegnet av mange kroniske sykdommer og høyt legemiddelforbruk. Blant pasienter over 75 år som innlegges i indremedisinske avdelinger, vil symptomer som dette dominere det kliniske bildet hos om lag halvparten. Tilstanden er hos slike pasienter som regel utløst av en akutt behandlingstrengende somatisk sykdom, men symptomene er ofte til liten differensialdiagnostisk hjelp. Diagnostikken er derfor svært vanskelig, og krever ofte betydelig innsats av kompetanse og medisinsk teknologi. Det er godt dokumentert at pasienter med en slik sykdomspresentasjon oppnår bedre overlevelse og lavere fremtidig omsorgsbehov dersom de behandles i dedikerte geriatrike enheter enn ved behandling i andre typer sengeposter (Kunnskapssenteret 2006), og at liggetiden da kan bli kortere. Den bedre prognosen er sannsynligvis en kombinert effekt av flere samtidige tiltak som krever høy faglig kompetanse.

For denne pasientgruppen vil en Storbylegevakt ikke representere et tilstrekkelig tilbud. Det vil være fare for at alvorlige tilstander overses eller at diagnostikken blir forsinket. Pasienter med akutt funksjonssvikt bør innlegges direkte til geriatrik enhet, sannsynligvis på lokalsykehusene. Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmets sykehus har i dag akuttgeriatrike tilbud i om lag denne

størrelsesorden. Aker universitetssykehus og Ullevål universitetssykehus har gode men underdimensjonerte akuttgeriatriiske tilbud, mens AHUS ikke har en særskilt geriatriisk enhet.

5.7.3 Subakutt funksjonssvikt hos eldre

Mens den akutte funksjonssvikten beskrevet i forrige avsnitt gjerne utvikler seg over timer til maksimalt et par døgn, sees også mange liknende tilfeller med noe langsommere progresjon. Her vil tidlig intervensjon kunne forebygge at tilstanden utvikler seg så langt at innleggelse blir nødvendig. Fastlegene har best forutsetninger for å hjelpe disse pasientene og må kunne aksjonere raskt, evt. ved hjemmebesøk og i nært samarbeid med de hjemmebaserte tjenester. Storbylegevaktens forutsetninger for å løse slike oppgaver vil være svakere, fordi nært kjennskap til pasientene er en nøkkelfaktor. Oslo kommune bør derfor etablere avtaler med sine fastleger som sikrer en nødvendig faglig beredskap overfor gamle som står i fare for å raskt å få forverret sin helsetilstand. Ved behov for ytterligere kompetanse bør de geriatriiske poliklinikkene spille en nøkkelfaktor. Poliklinikkene bør tilby akutt-timer og ha kort responstid for pasienter med rask symptomutvikling. Slike tilbud vil imidlertid være mindre aktuelle å benytte seg av for legevaktleger enn for fastleger.

5.7.4 Kronisk syke gamle uten akutt sykdom

Enkelte ganger legges gamle inn i sykehus uten at det foreligger tegn til akutt sykdom eller akutt funksjonssvikt. I disse tilfellene er det gjerne snakk om en kronisk helsesvikt som har forverret seg gradvis over tid, ofte med demens som en viktig komponent. For denne pasientgruppen er det først og fremst en utfordring for fastlegene å sørge for at den medisinske tilstanden blir forsvarlig utredet (evt. gjennom elektiv henvisning til spesialisthelsetjenesten), og for bydelene at omsorgsnivået blir trappet opp slik at det til enhver tid er adekvat i forhold til pasientens tilstand.

Det bør legges til rette for å kunne konferere med spesialist i geriatri. Dette kan gjelde både hva som er effektivt omsorgsnivå for enkeltpasienter, og mer spesifikke behandlingstiltak. Når geriater ikke er tilgjengelig på lokalsykehus bør man kunne konferere med geriater på områdesykehus.

Det er en sentral oppgave for de geriatriiske sykehusmiljøene å bidra til forpliktende samarbeid og gjensidig kompetanseutveksling mellom sykehus og primærhelsetjeneste. Til nå har fokus i disse prosessene særlig vært rettet mot sykehjem (intermediæravdeling, kurs, felles forskningsprosjekter, gjensidig hospitering mm). Med den betydningen Storbylegevakten har for diagnostikk og triage av akutt syke gamle, er det ønskelig at samarbeidet mellom Storbylegevakten og de sykehusgeriatriiske miljøene bygges ytterligere ut.

Anbefalinger om syke eldre

- Fastlegene skal ha ansvaret for sykebesøk innenfor sin arbeidstid. Storbylegevakten skal utføre akutte sykebesøk når fastlegen ikke kan utføre slike. Storbylegevakten må rapportere til fastlegene etter sykebesøk.
- Geriatriiske pasienter med komplisert sykdomsbilde og sammensatte problemer bør ikke innlegges i observasjonsposten på Storbylegevakten, men innlegges i geriatriisk enhet på lokalsykehus eller henvises til geriatriisk poliklinikk.
- Det etableres konfereringsordninger med spesialist i geriatri.
- Observasjonsposten ved Storbylegevakten kan benyttes av bydelenes helsepersonell når de mener det er indikasjon for medisinsk avklaring av eldre uten sykehusinnleggelse, og når det har oppstått akutt behov for pleie og omsorg (f.eks. når omsorgsperson for demente blir innlagt i sykehus).
- Dersom det opprettes intermediærenheter bør man vurdere om det er hensiktsmessig å samlokalisere en slik med Storbylegevakten.

5.8 Pasienter med fremmedkulturell bakgrunn

Oslo har en stor andel innbyggere og besøkende med fremmedkulturell bakgrunn. Dette innebærer utfordringer med språk, forståelse av sykdom og behandling, tradisjoner, tabuområder osv. Videre vil sykdomspanoramaet i en viss grad være annerledes. Personalet ved Legevakten bør ha god kunnskap om de kulturelle og medisinske forskjellene. Det er en fordel om en del av de som yter helsehjelp ved Storbylegevakten også har flerkulturell bakgrunn.

En del pasienter med fremmedkulturell bakgrunn har ikke, eller vet ikke om de har, fastlege. En del har tradisjon for å bruke akutttilbud når de har behov for legehjelp, og svak tradisjon for å kontakte lege i andre situasjoner. Et slikt mønster for bruk av helsetjenester kan bidra til at pasientene kun mottar akuthjelp, og ikke nyter godt av for eksempel de forebyggende tjenester fastlegen kan tilby.

Storbylegevakten bør kunne tilby tolketjenester i betydelig omfang. I dag benyttes profesjonell telefontolk via treveistelefon, men svært ofte løses språkvansker ved hjelp av uformelle tolker (ofte pårørende). Det er også behov for døvetolk.

Pasienter med fremmedkulturell bakgrunn har samme rett som andre til å bli møtt med åpenhet og forståelse. Personell på Storbylegevakten bør gjennomgå kurs som blant annet omhandler sykdomsoppfattelse i andre kulturer. Man bør også benytte informasjonsbrosjyrer på forskjellige språk og en billedbok med illustrasjoner av kroppsdeler og andre viktige symboler.

Anbefalinger om pasienter med fremmedkulturell bakgrunn

- Storbylegevakten skal utvikle bedre samarbeid med tolketjenesten.
- Storbylegevakten skal bistå pasienter med fremmedkulturell bakgrunn til å forstå det norske helsesystem, informere om fastlege og evt hjelpe dem med å søke fastlege.
- Det bør vurderes å knytte person med sosialantropologisk kompetanse til staben.

5.9 Pasienter med skader

Pasienter med akutte skader behandles på skadelegevakten. Legevaktbasene er ikke oppsatt med kirurgisk utstyr. Sentraliseringen gir muligheter for høyere kvalitet. Ved å samarbeide tett med andre seksjoner innenfor Ortopedisk senter på Ullevål universitetssykehus har man de senere år utviklet gode pasientforløp også for skader som trenger avansert behandling, spesielt innenfor hånd- og fotskader. Disse forløpene har også ført til kompetanseheving som kommer de øvrige pasientene til gode. Skadelegevakten ønsker å behandle en enda større andel av de akutte skadene i byen, med den begrunnelse at Skadelegevakten med sitt avanserte tilbud kan tilby tjenester av svært høy kvalitet.

Kompetanseoverføring innenfor skadebehandling ivaretas best ved mester/svenn-læring. Det er derfor viktig at Skadelegevakten er samlokalisert med relevante kirurgiske disipliner. Dette gjelder først og fremst hånd/fot og annen ortopedisk kirurgi. Skadelegevakten ønsker også tett kontakt med område sykehusets spesialister innen kjevekirurgi, nevrokirurgi og traumatologi. Prosjektgruppen anser det som en forutsetning for faglig kvalitet og utvikling at Skadelegevakten også i fremtiden samlokaliseres med røntgentjeneste, ortopedisk poliklinikk og ortopediske operasjonsstuer.

Prosjektgruppen har identifisert noen pasientgrupper som man kan forsøke å lage forbedrete pasientforløp for.

5.9.1 Skadede personer som kjøres direkte til sykehus

Ved en opptelling i 2003 beregnet man at ca 1800 pasienter ble innlagt direkte til sykehus med skader. Omkring halvparten hadde brudd i hofteregionen og trengte innleggelse. Skadelegevakten anslår at ca 450 pasienter kunne blitt diagnostisert og behandlet på skadelegevakten.

5.9.2 Smertepasienter til mobilisering

Pasienter med fallskader uten behandlingstrengende brudd og andre som trenger kortvarig hjelp til mobilisering benytter i dag observasjonsposten i noen grad, men det er begrenset hva man kan oppnå innenfor maksimal liggetid på ett døgn. Det samme gjelder for eksempel pasienter med akutte ryggsmertner. Mange blir innlagt i sykehus, oftest fra Skadelegevakten eller hjemmefra via sykebesøkslege. Flere kunne ferdigbehandles i observasjonsposten dersom man forlenget maksimal liggetid til inntil 3 dager. Omfanget er vanskelig å anslå, men ut fra foreliggende tall kan potensialet være opp mot 700 pasienter per år.

Pasientgruppen vil kreve noe økt kunnskap om mobilisering, opptrening og smertelindring, men de faglige utfordringene forventes ikke å være svært store. Prosjektgruppen mener at pasientene ivaretas best ved at mobilisering og opptrening drives av den vanlige staben, som i hovedsak består av leger og sykepleiere. Gruppen finner det ikke nødvendig å etablere en særskilt fysioterapitjeneste. Det finnes i dag fysioterapitjeneste tilknyttet ortopedisk avdeling på Legevakten, denne kan evt kan benyttes til kompetanseheving av annet personell.

Pasientgruppen vil ofte kreve økt innsats også etter utskrivelse, slik at det må etableres gode samarbeidsrutiner med lokalbaserte tjenester slik at pasienten kan overføres til lavere omsorgsnivå på en effektiv måte.

Anbefalinger om pasienter med skader

- Storbylegevakten må også i fremtiden inkludere skadepoliklinikk. Samarbeid med relevante ortopediske enheter videreføres og videreutvikles.

5.10 Pasienter med psykiatriske/psykososiale problemer

Pasienter med kroniske psykiske/psykososiale plager ivaretas som hovedregel best av fast behandler. Mye tyder på at de siste årenes omorganisering av psykisk helsevern har bidratt til bedre løsninger enn tidligere. Sentrale institusjoner har blitt nedbygget, og nye lokale tilbud har blitt etablert i regi av Distriktskykiatriske sentre på lokalsykehusene. Siden 2004 har antallet pasienter som oppsøker Psykiatrisk legevakt sunket med omkring en tredjedel. Dette oppfatter prosjektet som et uttrykk for at den øvrige helsetjenesten har utviklet sitt tilbud på en slik måte at færre pasienter har behov for Legevaktens sikkerhetsnett.

Storbylegevaktens oppgave er å vurdere haste- og alvorlighetsgraden til pasienter som har behov for det, og stabilisere situasjonen inntil fast behandler kan koples inn. For å få dette til trengs det et bredt spektrum av hjelpemidler. På Legevakten får pasientene i dag hjelp av forskjellige behandlere ut fra problemets karakter: sosionom, (psykiatrisk) sykepleier, allmennlege eller psykiater. Dertil har man utviklet et døgnbemannet ambulant Akutteam bestående av sosionom og sykepleier. Pasienter med psykiatriske og psykososiale problemer er den største pasientgruppen for teamet, som både reiser hjem til pasienter og følger pasienter til og fra legevakt/sykehus ved akutt oppstått behov.

5.10.1 Samarbeid med DPS og akuttavdelingene

De distriktskykiatriske sentrene har også etablert ambulante team som reiser dit pasienten er. Disse teamene har varierende innretning, tilgjengelighet og oppgaver ved forskjellige DPS.

Det er nødvendig å tydeliggjøre ansvarsområdene på dette området. Praksis og ansvarsområder bør harmoniseres mellom forskjellige DPS, slik at tjenesten blir enkel for publikum og annet helsepersonell å benytte seg av. Det bør ikke være unødig store variasjoner avhengig av hvilken bydel pasienten bor i. Sannsynligvis er det ikke hensiktsmessig å bygge opp ambulant døgnberedskap på den enkelte DPS, men i stedet utvikle gode samarbeidsrutiner som sikrer at pasientene kan bli ivaretatt av Akutteamet gjennom deler av døgnet (slik samarbeid forutsetter at Akutteamet besitter nødvendig kompetanse og at kravene i lov og forskrift ivaretas).

Om natten er antallet psykiatriske pasienter relativt lavt, og det er lite hensiktsmessig å bemanne Psykiatrisk legevakt. Imidlertid er det mange pasienter som trenger vurdering av allmennlege, og rus og psykiatri er ofte en del av dette. Allmennleger som trenger faglig støtte ringer i dag via assistentlege på akuttpsykiatrisk avdeling, og det er vanlig at denne må konferere med bakvakt før saken kan avklares. Det innebærer at pasientene må vente lenge på en avklaring, og at Legevakten må ivareta mange ustabile personer samtidig på tidspunkter da bemanningen er lav. Det bør vurderes om man kan tilpasse vaktordningene på akuttavdelingene på en slik måte at allmennlegene direkte tilgang til å konferere med spesialist i psykiatri. Sett fra Legevakens synspunkt kunne en slik konfereringsordning vært sentralisert for flere akuttavdelinger. En slik vaktordning kan kanskje også legge til rette for at pasienter som trenger det blir undersøkt av spesialist også om natten, for eksempel ved at undersøkelsen utføres på Storbylegevakten.

Involverte fagmiljøer analyserer forskjellige pasientgrupper og forbedrer pasientforløp på tvers av institusjoner og tjenestenivåer. De ambulante tjenestene deltar, og det vurderes i hvilken grad det er hensiktsmessig at de psykiatriske akuttavdelingene og helsetjenesten på rusområdet inngår. Det utarbeides felles retningslinjer for ansvarsområder og pasientforløp som sikrer at pasientene sikkert og effektivt overføres til neste behandler. Slik arbeidsfordeling må nedtegnes i en forpliktende avtale og innarbeides i Veiviseren for Hovedstadsområdet. Praksis må kommuniseres utad slik at det er enkelt for pasienter og helsepersonell å finne frem til riktig instans gjennom døgnet og uken.

5.10.2 Organisering innad i Storbylegevakten

Legevakten har i dag tre enheter med delvis overlappende eller supplerende funksjonsområde: Akutteamet, Sosial vaktjeneste og Psykiatrisk legevakt. Dette gir stor grad av fleksibilitet i ressursbruk og robusthet til å møte store svingninger i pasienttilstrømming, selv med små enheter. Sammen med allmennlegevakten gir Legevakten således et godt tilbud til pasientgruppen uten å være sårbar i forhold til bemanning slik små isolerte team kan være. Dertil overføres det mye kompetanse mellom personellet, og tilbudet kan kontinuerlig utvikle seg. Denne effekten bør utnyttes enda sterkere, ved at enhetene samles i en felles vaktbase og at man knytter seg tetter til de viktigste samarbeidspartnerne utenfor Legevakten.

De tre enhetene har også en betydelig telefontjeneste. Ved tettere samarbeid kan dette utvides til å representere en "psykososial legevaktsentral". En slik sentral vil kunne ha betydning for eksempel ved tekniske problemer på legevaktsentralen, og ved større hendelser som krever økt kapasitet på legevaktsentralen.

Anbefalinger om pasienter med psykiatriske plager

- Involverte fagmiljøer analyserer forskjellige pasientgrupper og forbedrer pasientforløp på tvers av institusjoner og tjenestenivåer. Det utarbeides klarere felles retningslinjer for ansvarsområder og pasientflyt innenfor psykisk helse, inkludert ambulante team. Legevakten, DPS og representanter for fastlegene bør delta, eventuelt også psykiatriske akuttavdelinger. Retningslinjene må kommuniseres utad til pasienter og helsepersonell. I den grad man finner det hensiktsmessig deltar rusbehandlere i arbeidet.
- Man bør etablere en felles bakvaksordning for spesialister i psykiatri om natten (når psykiatrisk Legevakt ikke er tilgjengelig), og vurdere om bakvakten kan benyttes ambulant ved behov for spesialistvurdering om natten.

- De psykososiale tjenestene i fremtidens Storbylegevakt samles i en felles vaktbase som mottar henvendelser og fordeler oppgaver ut fra pasientenes behov. Vaktbasen inkluderer Sosial vaktjeneste, Akutteamet, Psykiatrisk Legevakt og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

5.11 Pasienter med rusproblemer

Svært mange av pasientene som oppsøker Legevaktens forskjellige enheter søker på grunn av rusrelaterte problemer. Dette inkluderer akutte forgiftninger, skader, overgrep, medisinske sykdommer, psykososiale kriser, abstinens behov for hjelp til avrusning og annen rusbehandling. Et pågående forskningsprosjekt om akutte forgiftninger tyder etter 3 måneders registrering på at antallet pasienter som kommer til Allmennlegevakten på grunn av akutte forgiftninger kan være bortimot tredoblet de siden forrige undersøkelse 5 år tilbake. Mens man tidligere ofte opplevde at denne problemstillingen rammet en mindre gruppe personer med nedsatt allmenntilstand og lavt funksjonsnivå, ser man nå en sterkt økende andel yngre pasienter med høyere funksjonsnivå. Dette medfører at pasientenes behov er annerledes og mer differensiert enn tidligere.

Disse pasientene får i dag behandling for komplikasjonene til sin rusmiddelavhengighet på Legevakten. Mange overnatter på observasjonsposten, en del av disse fordi man ikke lykkes med å fremskaffe andre tilbud. Det er imidlertid ofte vanskelig å få kanalisert pasientene videre i et godt behandlingsforløp som kan bidra til å løse det underliggende rusproblemet. Det er flere årsaker til dette.

- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten, og under oppbygging.
- Kapasiteten er for liten ved behov for akutt avgiftningsplass.
- Det er ikke etablert gode nok pasientforløp fra Legevakten til ruspoliklinikker og andre aktuelle samarbeidspartnere.
- Det foreligger i liten grad klare kriterier for hvilke pasienter som bør prioriteres til hvilket behandlingsnivå innenfor rusbehandling.
- Mange pasienter er motivert for behandling når de er på Legevakten, fordi de opplever følgene av sin rusmiddelavhengighet så sterkt nettopp da. Det må være et sentralt mål for helsetjenesten å kunne tilby behandling i slike situasjoner, før pasientens motivasjon har forsvunnet.
- Det foreligger ikke gode oversikter over de forskjellige behandlingstilbudene og deres målgrupper.
- Det finnes ikke tilstrekkelige felles møteplasser som kan bidra til samarbeid omkring utviklingen av nye tjenester innenfor rusbehandling.

Det må arbeides videre med å lage gode oversikter over tjenestetilbud, ansvarsområder og henvisningsrutiner innen rustjenestene. Legevakten, spesialisthelsetjenesten, rusmiddeletaten og representanter for fastlegene bør delta i arbeidet. Et av dokumentene som legges til grunn kan være Helsedirektoratets veileder for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (IS-1505).

Legevakten har erfart at et tett samarbeid med Psykiatrisk Legevakt har løftet tilbudet til pasientene betydelig både innenfor og utenfor åpningstiden til Psykiatrisk legevakt. Det bør derfor etableres liknende ordninger opp mot spesialisthelsetjenestens rusbehandling. Gjennom et slikt samarbeid kan man sikre at pasienter som trenger akuttbehandling mest får et slikt tilbud, mens pasienter som kan vente litt får tilbud om oppfølging innenfor det tidsvinduet da de fortsatt er motivert for behandling.

Nedenfor beskrives noen eksempler på hvordan gode pasientforløp innen rusområdet bør være:

- Pasienter som oppsøker Storbylegevakten for å få sovetabletter henvises med elektronisk epikrise tilbake til fastlegen, som på denne måten blir oppmerksom på at pasienten er i ferd med å utvikle avhengighetssymptomer.
- Pasienter med akutt overdose og underliggende betydelig funksjonssvikt overføres direkte fra Legevaktens poliklinikk eller observasjonspost til akutt avgiftning i spesialisthelsetjenesten.
- Pasienter som oppsøker Storbylegevakten på grunn av helseplager som skyldes underliggende rusbruk blir triagert som andre pasienter, det vil si undersøkt med en metodikk som avgjør rusmisbrukets alvorlighetsgrad og definerer hvilken instans som best kan hjelpe pasienten videre.

Anbefalinger om pasienter med rusproblemer

- Det etableres flere plasser for akutt avrusning/avgiftning.
- Involverte fagmiljøer analyserer forskjellige pasientgrupper og forbedrer pasientforløp på tvers av institusjoner og tjenestenivåer. Et kriteriebasert kartleggingsverktøy til triage innenfor rusområdet tas i bruk på Legevakten.
- Det etableres en vaktordning som sikrer at personell fra spesialisthelsetjenestens tverrfaglige rusbehandling deltar i arbeidet på Storbylegevakten på kveldstid og i helger, og det etableres en direktetelefon for konferering (for eksempel ved avgiftningsenhet eller en fremtidig rusakutt).
- I det videre arbeidet med en Rusakutt i Sykehusområde sentrum må tjenestetilbudet koordineres med Legevaktens tilbud. Det er en fordel dersom spesialisert rusbehandling er lokalisert innen gangavstand fra Storbylegevakten.

5.12 Pasienter utsatt for seksuelle overgrep og relasjonsvold

Voldtektsmottaket ble opprettet i 1986 og gir et strukturert og omfattende tilbud til pasienter utsatt for seksuelle overgrep. Fremtidens Storbylegevakt skal også tilby oppfølging til personer som har vært utsatt for vold i nære relasjoner, i tråd med nasjonale føringer. For å nå dette målet må tilbudet denne pasientgruppen får i dag systemiseres, og oppfølgingstilbudet sannsynligvis utvides. Utvikling av en slik tjeneste vil innebære en del nybrottsarbeid, ettersom dagens veileder for overgrepsmottak kun overfladisk har berørt dette. Arbeidet må utføres i samarbeid mellom Voldtektsmottaket og Skadelegevakten.

De senere år har antallet pasienter utsatt for seksuelle overgrep økt betydelig til årlig omkring 300. Dertil registreres omkring 350 pasienter som utsatt for relasjonsvold. Hver av pasientgruppene utgjør ca 2 promille av den kvinnelige befolkning mellom 14 og 60 år. Årlig forekomst anslås til ca 1-3 prosent og mørketallene synes således store. Det pågår samtaler med utvalgte kommuner i Akershus om at Legevakten skal tilby et overgrepstilbud også for pasienter tilhørende disse kommunene. Dette forventes å medføre et pasientvolum på ca 200 pasienter (forutsatt omtrent samme forekomst som i Oslo).

Prosjektgruppen mener at man bør etablere en særskilt oppfølgingsenhet tilknyttet overgrepsmottaket, basert på positive erfaringer etter at man innførte systematisk oppfølging i 1998. Oppfølgingsenheten bør bemannes tverrfaglig av lege, sykepleier, sosialkonsulenter. Personalet fordeler hovedansvaret for pasientene ut fra pasientens individuelle behov. Enheten har et tidsavgrenset helhetsansvar for all oppfølging av pasienter etter overgrep, i de fleste tilfeller vil oppfølgingen avsluttes innen 3-4 måneder. Man bør vurdere å tilby gruppesamtaler. Oppfølgingsenheten bør primært være åpen på

dagtid, men personellet bør delta noe i vaktarbeid for å sikre god kompetanseutveksling. Enheten vil kunne bygge opp spesialkompetanse og drive forskning innenfor dette området, og det bør legges til rette for utvidet informasjonsarbeid overfor publikum og samarbeidspartnere. For å redusere legenes dobbeltrolle i enkeltsaker (behandler og sakkyndig vitne), bør skillet mellom oppfølgingsansvar og rettsmedisinsk ansvar markeres, gjerne også i form av separat fagledelse for disse to oppgavene.

Voldtekstmottaket er primært innrettet for akuttundersøkelse kort tid etter at pasienten har opplevd overgrepet. Overgrepsutsatte har imidlertid ofte høy terskel for å søke hjelp, og mange trenger betenkningsstid før de oppsøker helsetjenesten. Pasienter som henvender seg sent har til nå blitt tatt imot avhengig av mottakets kapasitet. Overgrepsmottaket bør, i henhold til nasjonal veileder, tilrettelegge bedre for senhenvendelser. Dersom man markedsfører et slikt tilbud i befolkningen vil man kunne nå frem til grupper som i dag i liten grad kontakter hjelpeapparatet.

Overgrepsmottak er et kommunalt ansvar. Samtidig stilles det særskilte krav til kompetanse. Ved akuttundersøkelsen er det hensiktsmessig at personell deltar som primært har andre arbeidsoppgaver. Dette medfører kompetanseutvikling i store deler av staben. I overlegegruppen og oppfølgingsenheten må det imidlertid finnes spisskompetanse på høyt nivå. Fagutvikling må forankres i et større utdanningstilbud og -miljø innen klinisk rettsmedisin. Rettsmedisinsk institutt deltar lite i direkte klinisk arbeid, så relevante samarbeidsmiljøer befinner seg i stor grad utenlands.

Pasientene ved overgrepsmottaket utløser mye etterarbeid både i forbindelse med akuttundersøkelse, dokumentasjon og oppfølging. Dersom overgrepet blir anmeldt er det viktig at dokumentasjonen er tilstrekkelig. Dette arbeidet er tidkrevende, og honoreres ikke gjennom Normaltariffen. Mye arbeid medgår også i rettsapparatet. Dette blir ofte ikke honorert, fordi legen betraktes som vitne og ikke som sakkyndig. Det bør utarbeides honoreringsordninger for slikt arbeid, hvilket også er påpekt i NOU 2008:4 "Fra ord til handling. Bekjempelse av voldtekt krever handling".

Anbefalinger om personer utsatt for overgrep

- Tilbudet til personer utsatt for vold i nære relasjoner styrkes ved at man utvikler et systematisk tilbud etter mønster fra Voldtekstmottaket.
- Det etableres en særskilt oppfølgingsenhet tilknyttet overgrepsmottaket, og kompetansen suppleres med spesialist i psykiatri.
- Det legges til rette for at pasienter kan oppsøke overgrepsmottaket også en tid etter at overgrepet fant sted. Tilbud om slik senhenvendelse markedsføres i befolkningen.

5.13 Pasienter som ikke benytter fastlege

Mange pasienter har ikke fastlege eller vet ikke hvem fastlegen er. Disse kommer derfor direkte eller ringer til Storbylegevakten angående problemstillinger som burde vært ordnet på fastlegenivå. Det finnes forskjellige årsaker til at pasienter havner i denne situasjonen.

5.13.1 Pasienter uten rett til fastlege

Legevakten opplever at personer med midlertidig opphold uten tilgang til fastlege og personer uten lovlig opphold oppsøker Legevakten for å få helsehjelp som en fastlege ville være bedre rustet til å yte. Dette gjelder utlendinger som jobber midlertidig i Norge, asylsøkere som har formelt bosted langt fra Oslo og ulovlige immigranter. Mange av disse lever et hardt liv med betydelige helseproblemer og preges også av dårlig økonomi. Allmennlegevakten har ved et estimat beregnet denne pasientgruppen til omkring 5 % av sine pasienter i Storgaten.

Stønad til legehjelp gis bare dersom pasienten har trygderettigheter. Legen som yter helsehjelpen må i dag ha fastlegeavtale for å ha rett til trygderefusjon (med unntak av legevaksarbeid). Man bør vurdere å etablere et særskilt legetilbud til pasientgrupper som dette. En fremgangsmåte er å etablere samarbeid med utvalgte fastlegepraksiser i Oslo. En slik relasjon kan også legge til rette for samarbeid omkring rekruttering og videreutdanning av leger. Et annet alternativ er å etablere et særskilt legekontor for slike vanskeligstilte pasienter.

5.13.2 Pasienter som ikke bruker sin fastlege

Mange pasienter med lovlig opphold opplever at de den første tiden i Norge ikke kan få tildelt eller velge fastlege. Dette kan for eksempel skyldes at de ikke har mottatt personnummer eller at de mangler permanent adresse. Dette gjør at de henvender seg til Legevakten i stedet for til en fastlege. En mer effektiv gjennomføring av retten til fastlege vil gjøre at disse personene får en fastlege å henvende seg til.

Pasientlistene oppdateres og sendes fastlegene en gang pr måned, 10 dager etter at oppdateringen gjelder. Dette medfører at enkelte pasienter opplever å bli avvist hos sin nyvalgte fastlege fordi de ikke er registrert på listene. En mer effektiv og hyppigere oppdatering av listene til fastlegene vil avhjelpe slike problemer. Fastlegene bør også håndtere slike henvendelser ubyråkratisk og gi pasienten time selv om legen ikke har mottatt tilmelding fra NAV.

Anbefalinger om pasienter som ikke bruker fastlege

- Man bør vurdere å etablere en ordning som sikrer at pasienter som står utenfor fastlegeordningen (EU-borgere som er turister/arbeider her midlertidig etc.) kan tilbys ordinære legetjenester andre steder enn på Storbylegevakten. Et legekontor som tilbyr slike tjenester kan samlokaliseres med Storbylegevakten.
- Det bør etableres en mer effektiv formidling fra NAV om hvem som står på fastlegenes lister, slik at disse oppdateres fortløpende. Storbylegevakten må ha direkte tilgang til Fastlegeregisteret på en bedre måte enn i dag.

5.14 Beredskap og katastrofer

Legevakten spiller en nøkkelrolle ved større hendelser som påvirker byens befolkning. Eksempler på slike hendelser er branner, masseskader, utbrudd av smittsomme sykdommer, sultestreiker og liknende. Legevaktens hovedfunksjoner er pasientbehandling og informasjonshåndtering via legevaktsentralen, og varsling av relevante myndigheter. Sosial vaktjeneste har ansvar for å opprette og drive kommunens byomfattende kriseteam og oppretter under politiets ledelse psykososiale støttesentre for involverte og pårørende. I slike situasjoner innhenter vaktjenesten støtte fra en rekke samarbeidspartnere. Også byens privatpraktiserende leger kan mobiliseres ved særskilte behov.

Legevaktens lokaler er utgangspunkt for slik opptrapping av tjenestene. Det er også aktuelt å benytte lokaler andre steder, men erfaringen tilsier at en robust, sentralisert legevakt sammen med sykehusene kan behandle et stort antall akutt pasienter. Ved behov for avlastning vil man henvise pasienter med lite alvorlige sykdommer/skader til tjenesteapparatet i bydelene.

I Oslo er kommunelegens funksjoner fordelt på forskjellige leger i samfunnsmedisinske funksjoner (kommuneoverleger, bydelsoverleger, smittevernoverleger m.v.). Når disse ikke er tilgjengelige, har Legevakten delegert kommunelegemyndighet. I praksis vil kommuneoverlegen eller tilsvarende i en del tilfeller bli kontaktet og rykke ut også utenom vedkommendes normalarbeidstid.

Anbefalinger om beredskap og katastrofer

- Legevaktens beredskapsfunksjon må opprettholdes og videreutvikles i fremtidens Storbylegevakt, i samarbeid med relevante institusjoner. Lokalene må tilrettelegges for hendelser som rammer store grupper.