

Akuttkonferansen 2023

Fra Akuttkjede til Akuttbehandling

DAA



Akuttkonferansen 2023

Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00	Registrering
09:00 – 09:10	Innledning – velkommen til akuttkonferansen
09:10 – 09:30	Nasjonale føringer for akutte tjenester (HDIR)
09:30 – 10:45	Hva med Telemark – innsikter kartlegging og analyse Paneldebatt: Det akutte utfordringsbildet <ul style="list-style-type: none"> • Akuttmottak/sykehus • Akutt psykiatri og rus • Prehospital/ambulanse • Legekantor/legevakt/Kommunal helsetjeneste • AMK
10:45 – 11:00	Pause
11:00 – 12:00	Gruppearbeid – hvilke tiltak er viktigst i 2024-25/hva gjør vi?
12:00 – 13:00	Lunsj med noe ekstra - demonstrasjon av: <ul style="list-style-type: none"> • Akuttbilen • Legevaktsbil
13:00 – 13:40	Hva har andre fått til: <ul style="list-style-type: none"> • St.Olav: Den akuttpolikliniske pasienten - best effektivt avklart • Rørosprosjektet: samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
13:40 – 14:20	Pasientflyt – akutte pasienter <ul style="list-style-type: none"> • Meldingsflyten akuttmottak – kommunene • Akuttbehandling - verktøykasse • Kompetanseutvikling i Vest-Telemark
14:20 – 14:45	Resultat fra gruppearbeidet
14:45 – 15:00	Veien videre

**Gratis, men behov for påmelding
for praktisk formål**

**Påmelding: svar på invitasjonen eller send
en mail til aasdag@sthf.no innen 20.10.23**



Akuttkonferansen 2023

Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00	Registrering
09:00 – 09:10	Innledning – velkommen til akuttkonferansen



13:40 – 14:20	Pasientflyt – akutte pasienter <ul style="list-style-type: none">• Meldingsflyten akuttmottak – kommunene• Akuttbehandling - verktøykasse• Kompetanseutvikling i Vest-Telemark
---------------	--

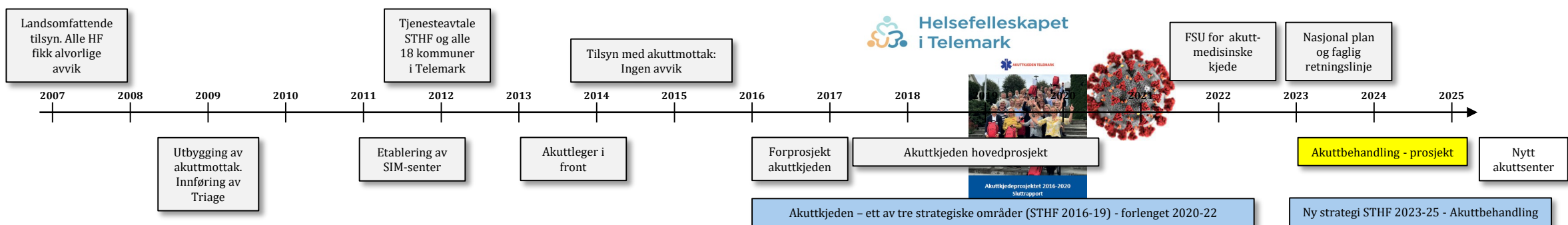
14:20 – 14:45 Resultat fra gruppearbeidet

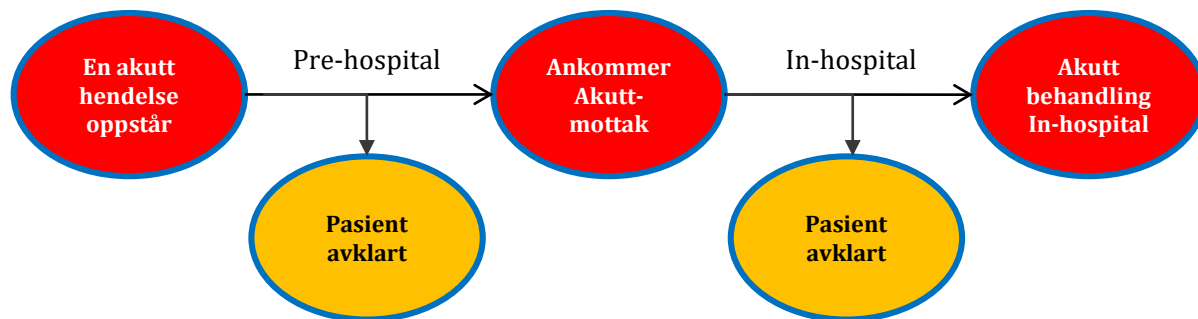
14:45 – 15:00 Veien videre

Gratis, men behov for påmelding
for praktisk formål

Påmelding: svar på invitasjonen eller send
en mail til aasdag@sthf.no innen 20.10.23

Langsiktig utvikling av Telemarks akutte tjenester





Hele Telemark er viktig...

Alle aktørene /rollene

- Legevakter
- Legekontor og fastleger
- AMK/ Ambulanse
- Sykehus (lokalt/regionalt)
- Psykiatri og rusbehandling
- Akutttilbud i kommunene
- Røde kors
- Frivillige



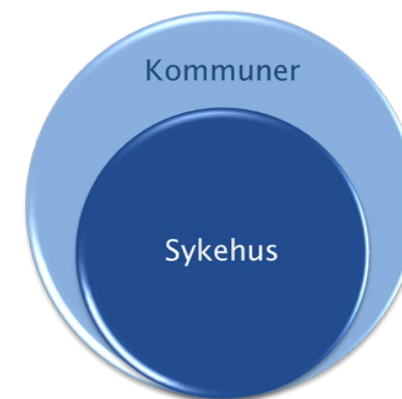
«Norges beste akuttkjede»

Mandat 2016:

Prosjektet skal bidra til en styrket akuttkjede innen somatikk og psykiatri i hele Telemark. Pasienten skal ivaretas i alle ledd. Målet er likeverdig, ensartet og kunnskapsbasert praksis ved diagnostikk og behandling av akutte tilstander.

Viktige valg;

- Pasientfokus – kamera på pasientens skulder
- Likeverdighet kommune/sykehus – fra parter til partnere
- Kommunikasjon – felles forståelse av situasjon og mål
- Samhandling – felles verktøy og løsninger



Idag ; Akuttbehandling - fokus på veien videre.....

Akuttkonferansen 2023



Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00	Registrering
09:00 – 09:10	Innledning – velkommen til akuttkonferansen
09:10 – 09:30	Nasjonale føringer for akutte tjenester (HDIR)
09:30 – 10:45	Hva med Telemark – innsikter kartlegging og analyse Paneldebatt: Det akutte utfordringsbildet <ul style="list-style-type: none"> • Akuttmottak/sykehus • Akutt psykiatri og rus • Prehospital/ambulanse • Legekantor/legevakt/Kommunal helsetjeneste • AMK
10:45 – 11:00	Pause
11:00 – 12:00	Gruppearbeid – hvilke tiltak er viktigst i 2024-25/hva gjør vi?
12:00 – 13:00	Lunsj med noe ekstra - demonstrasjon av: <ul style="list-style-type: none"> • Akuttbilen • Legevaktsbil
13:00 – 13:40	Hva har andre fått til: <ul style="list-style-type: none"> • St.Olav: Den akuttpolikliniske pasienten - best effektivt avklart • Rørosprosjektet: samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
13:40 – 14:20	Pasientflyt – akutte pasienter <ul style="list-style-type: none"> • Meldingsflyten akuttmottak – kommunene • Akuttbehandling - verktøykasse • Kompetanseutvikling i Vest-Telemark
14:20 – 14:45	Resultat fra gruppearbeidet
14:45 – 15:00	Veien videre

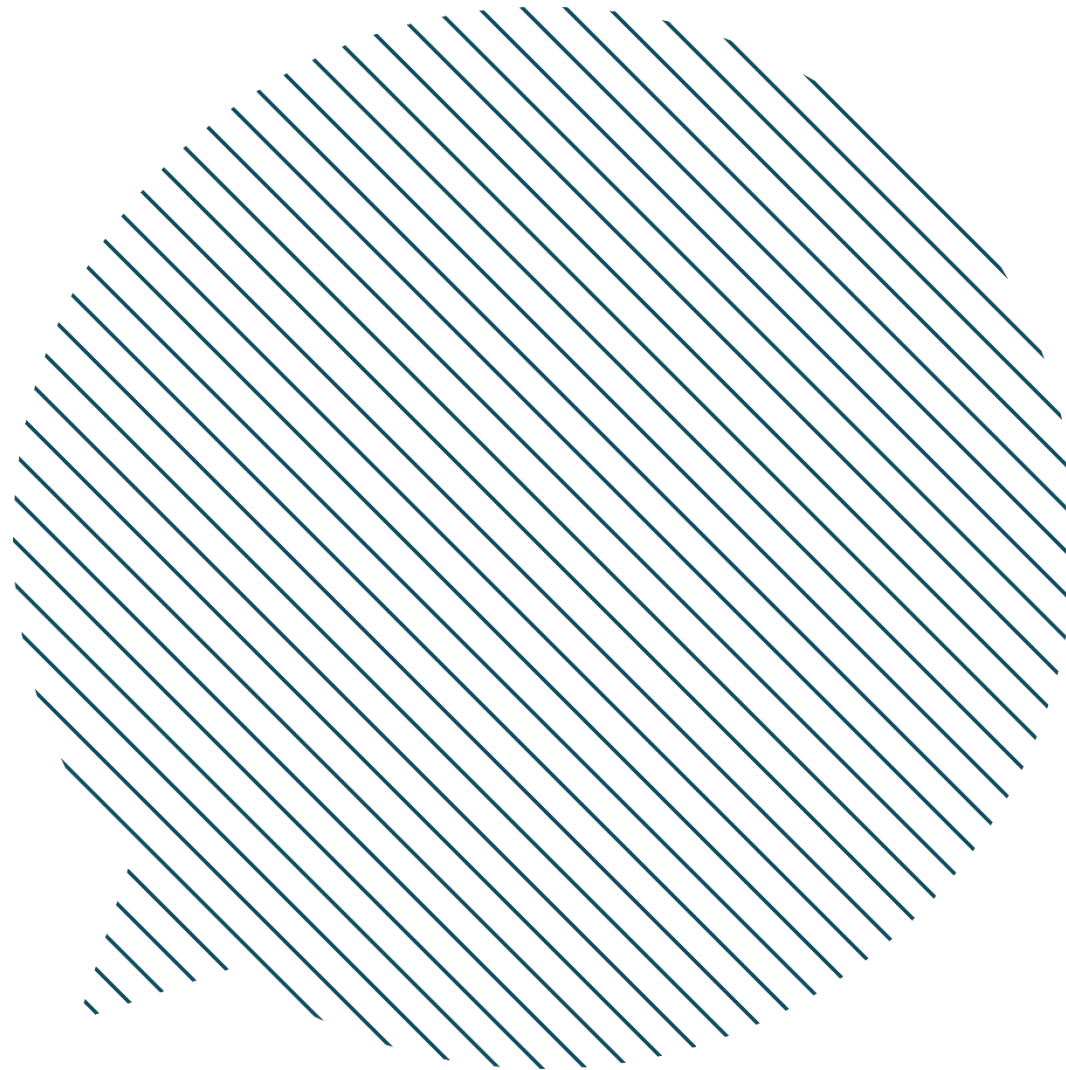
**Gratis, men behov for påmelding
for praktisk formål**

**Påmelding: svar på invitasjonen eller send
en mail til aasdag@sthf.no innen 20.10.23**

Hvilke behov og forventninger ligger foran oss?

Akuttkonferansen Telemark 2023

Steinar Olsen
Avdelingsdirektør
Avdeling akuttmedisin og beredskap



Utfordringene

Vi blir flere, vi blir eldre
og vi bosetter oss i byer og tettsteder.

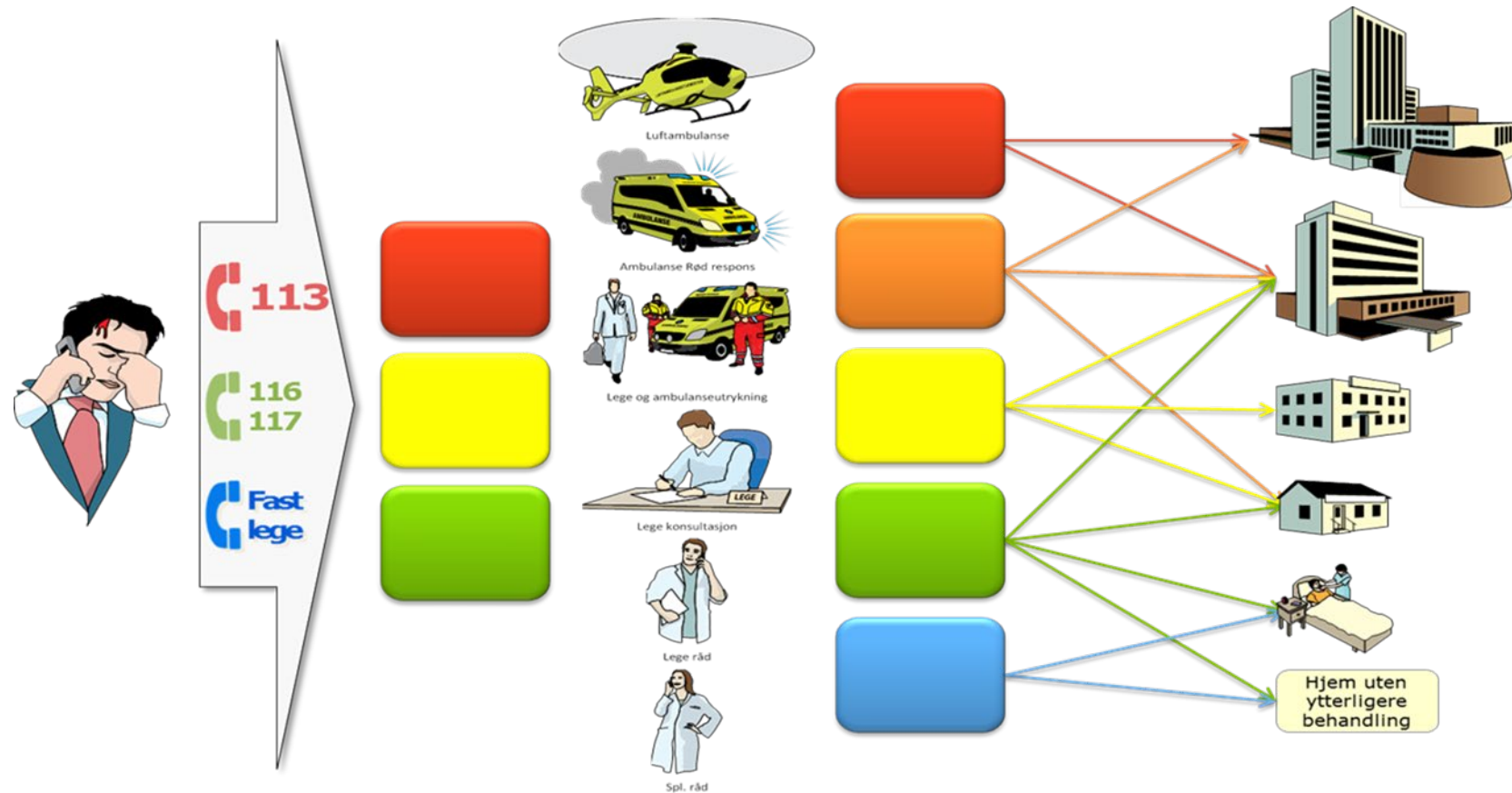
Noen sykdommer blir mindre truende, andre
vokser i omfang.

Vi kan behandle flere sykdommer og vi leverer
lengre med sykdom.

Ressursene, de menneskelige og økonomiske,
skal fordeles på flere av stadig færre.



Sektoren er sammensatt og kompleks



Akuttmedisinforskriften kap. 3 § 10



Helseforetaket skal

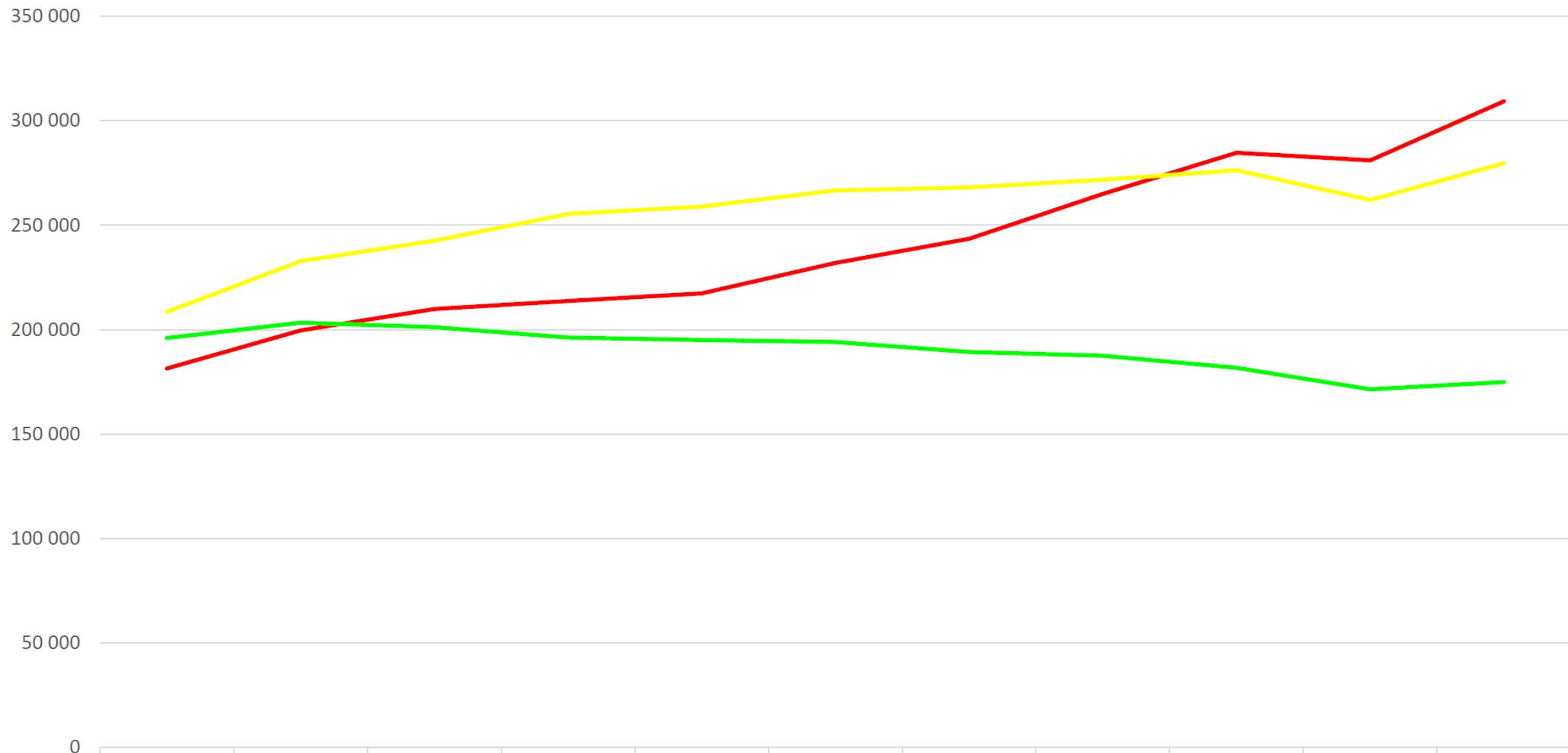
- bringe kompetent personell og akuttmedisinsk utstyr raskt frem til alvorlig syke eller skadde pasienter
- utføre nødvendige undersøkelser, prioriteringer, behandling og overvåking, enten alene eller sammen med andre deler av tjenesten
- bringe syke eller skadde pasienter med behov for overvåking og/eller behandling til forsvarlig behandlingssted og mellom behandlingssteder
- ha beredskap for å kunne dekke behovet for ambulansetjenester ved større ulykker og kriser innenfor egen helseregion og på tvers av regions- og landegrensene
- ha beredskap for nødvendig følgetjeneste for gravide til fødestedet og
- delta i enkle søk og redningsoperasjoner.

Akuttmedisinforskriften kap. 2 § 6 og 9

Kommunen skal

- tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp
- vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.
- sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåking i akutte situasjoner.
- sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart

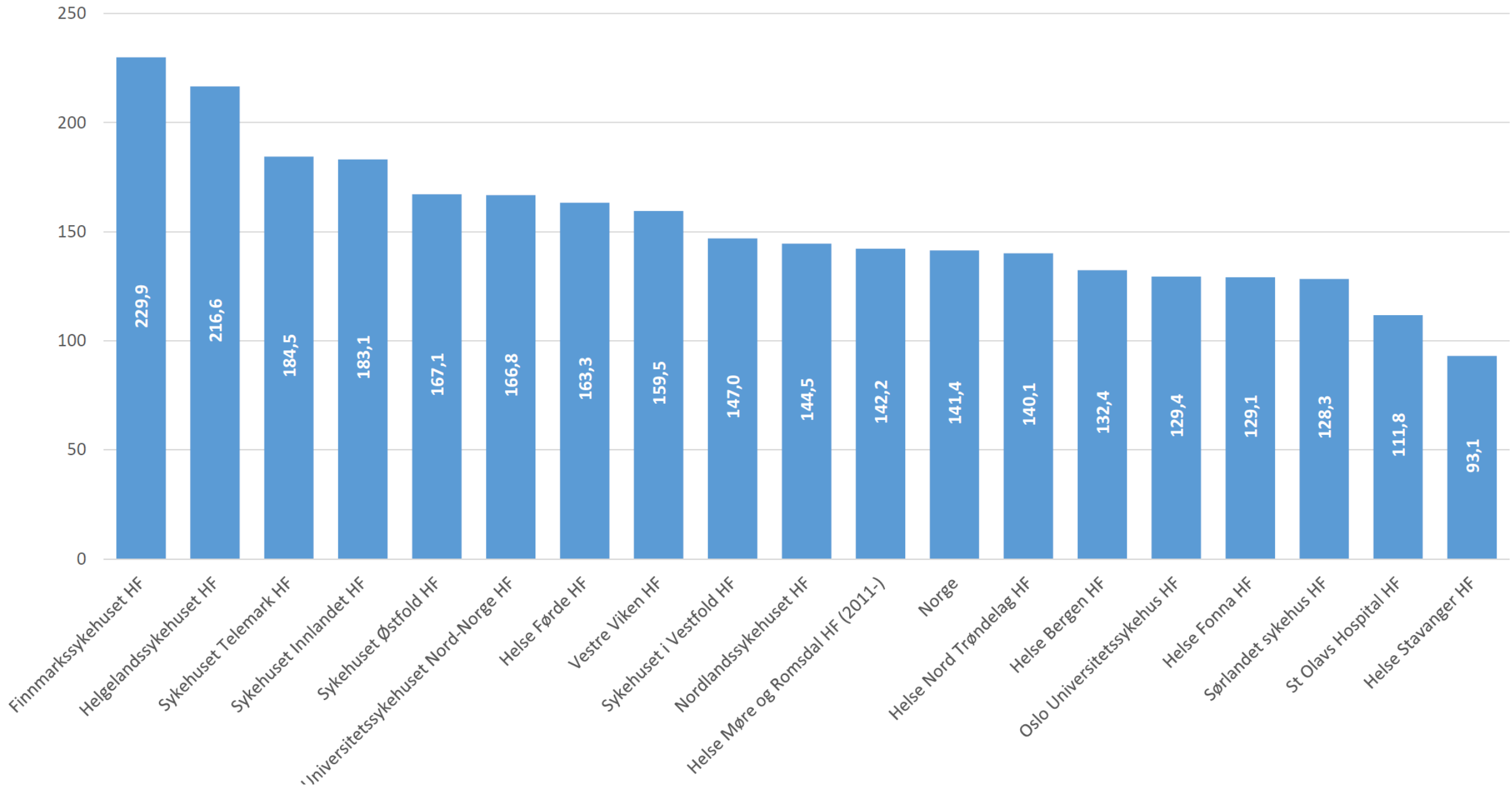
Antall ambulanseoppdrag i Norge per hastegrad per år



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
— Akutte oppdrag	181 427	199 666	209 912	213 755	217 378	231 957	243 504	264 959	284 673	281 018	309 267
— Haste oppdrag	208 585	232 827	242 578	255 405	258 904	266 673	268 083	271 777	276 288	262 099	279 671
— Vanlige oppdrag	195 999	203 353	201 217	196 231	195 031	194 072	189 298	187 548	181 740	171 451	174 945

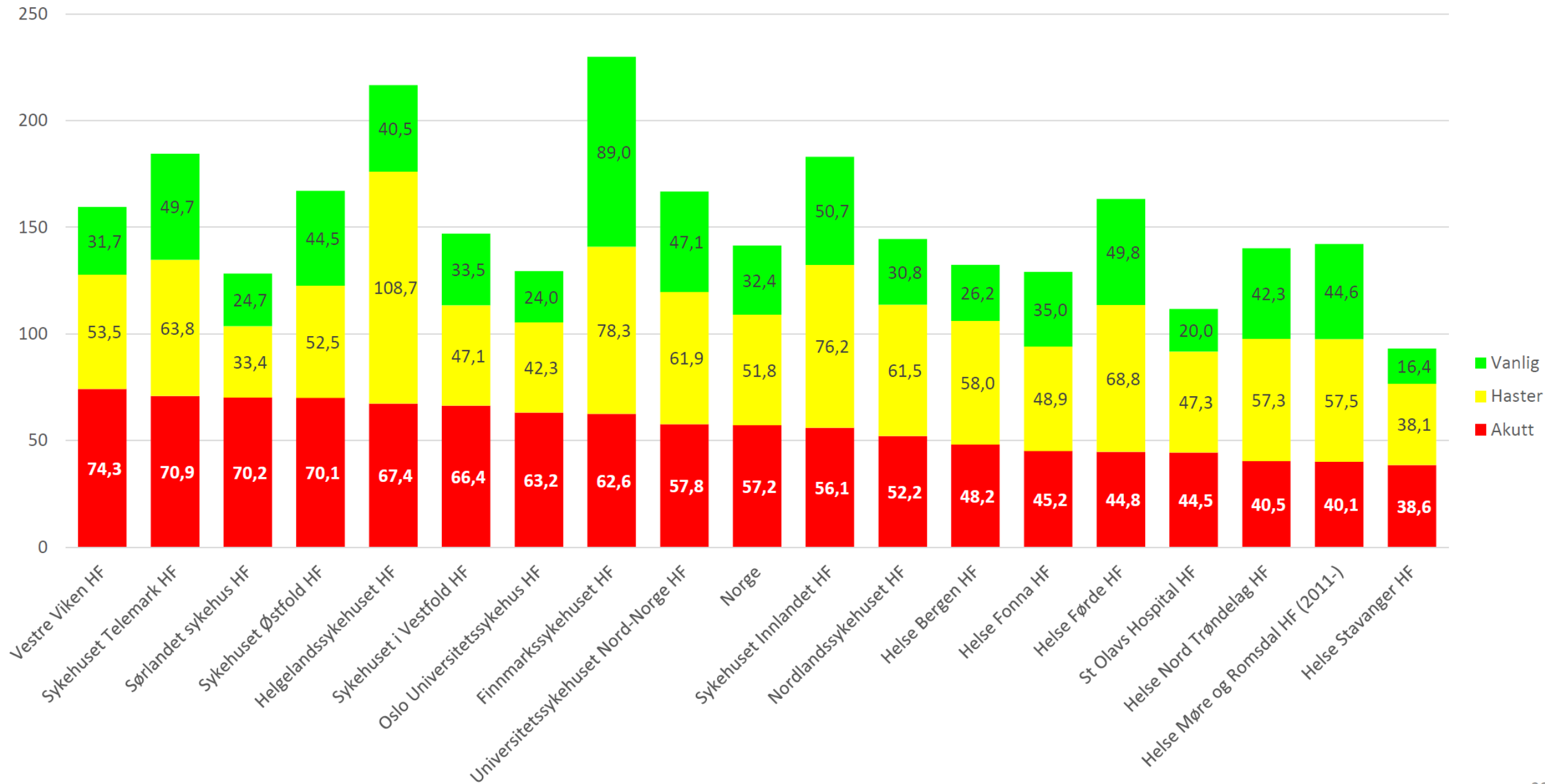
Antall ambulanseoppdrag per 1 000 innbyggere per HF i 2021

Sortert antall oppdrag



Antall ambulanseoppdrag per 1 000 innbyggere per HF per hastegrad i 2021

SSB, befolkning per 1/7-21



Kostnader og aktivitet ambulanse- og luftambulanse

Kostnadsøkning 2006-2020
(faste priser) 99.5 %

Oppdragsutvikling 2011-2019
18,9 %

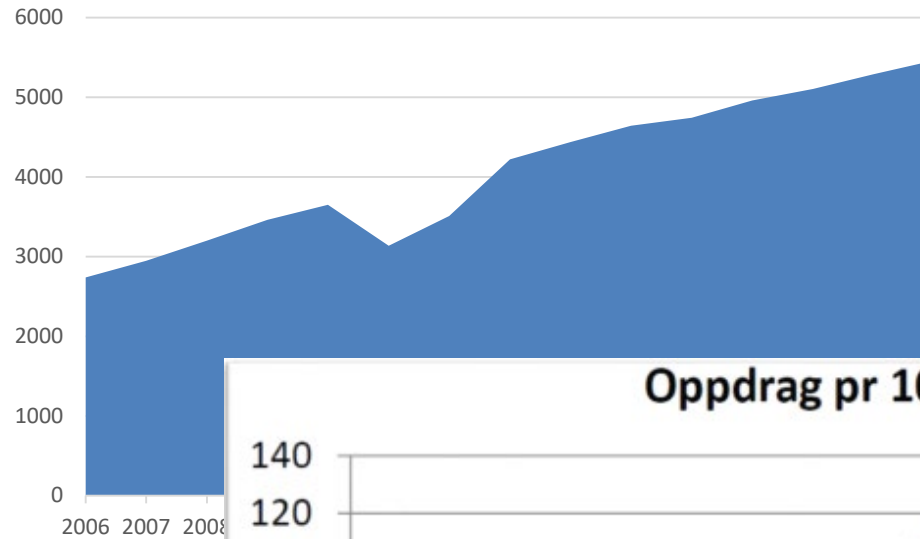
Sykebesøk:

1995: 700.000
2019: 75.000

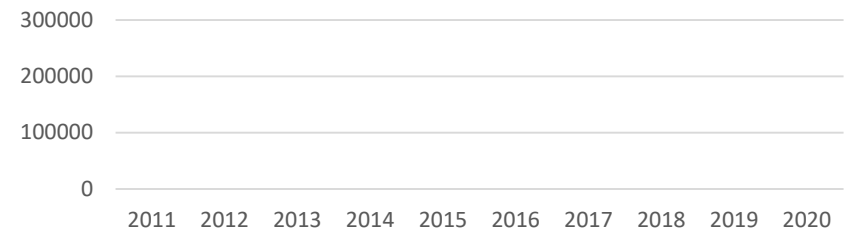
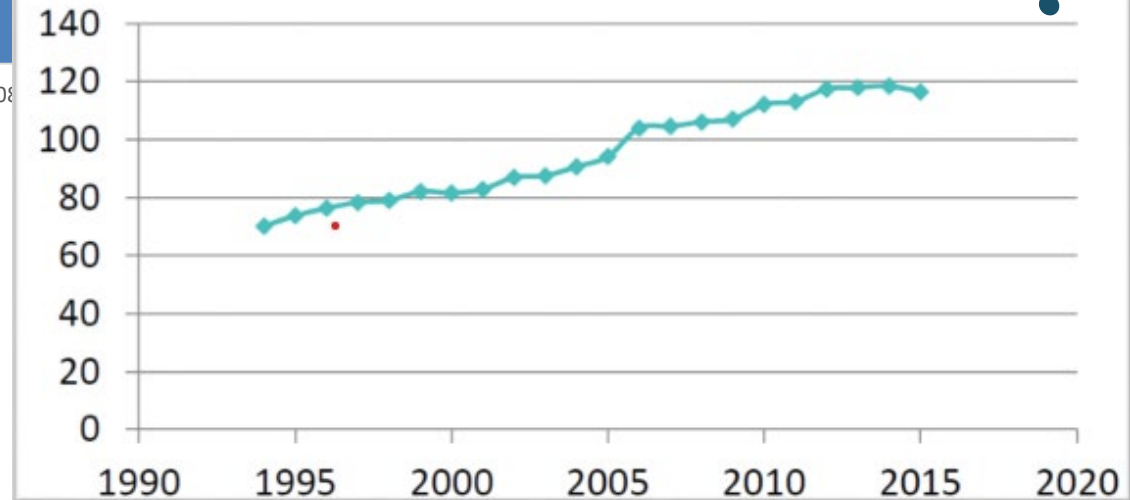
Legevaktsentraler:

2004: 246
2019: 95

Kostnadsutvikling (faste priser 2020)



Oppdrag pr 1000 innbygger pr år



Vi er best på de få og de sykeste

Traumer

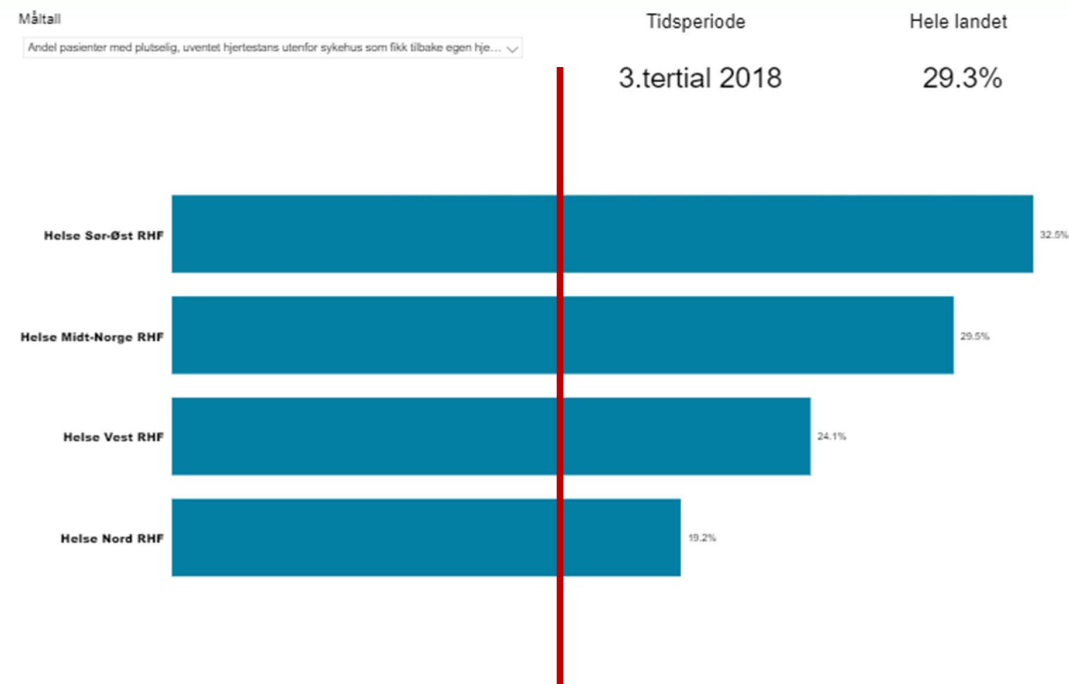
Hjertestans

Koronare lidelser

Cerebrale hendelser

Vellykket gjenopplivning etter hjertestans

Indikatoren viser andelen pasienter med plutselig, uventet hjertestans utenfor sykehus, som fikk tilbake egen hjerterytme.



Vi vet lite om de mange og de svake

Rus

Psykisatri

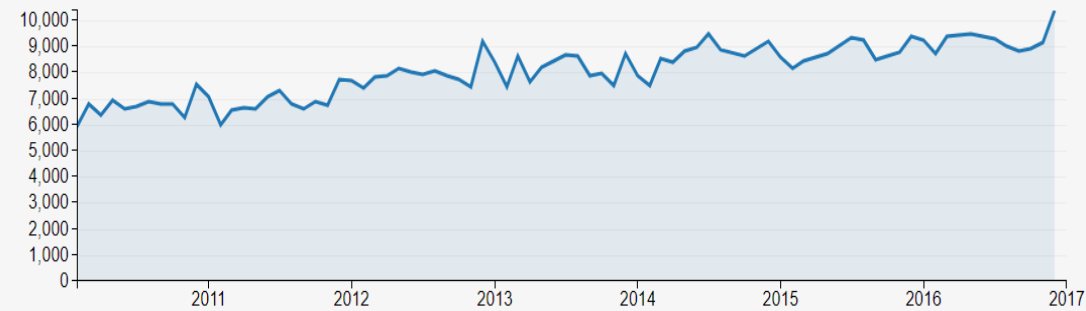
Geriatri

«Andre»

Hendelser per måned

Last ned bilde

Last ned data



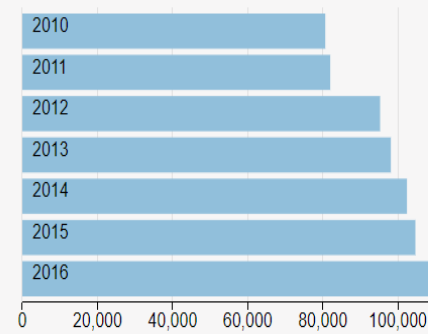
velg tidsperiode for å zoome-inn

★ Reset alle valg

År

Last ned bilde

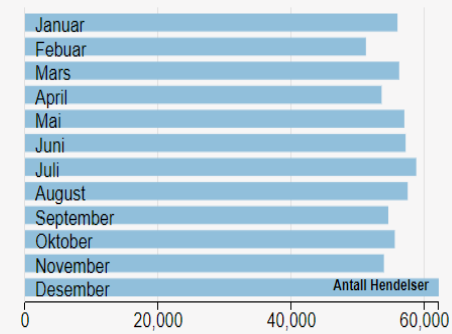
Last ned data



Måned

Last ned bilde

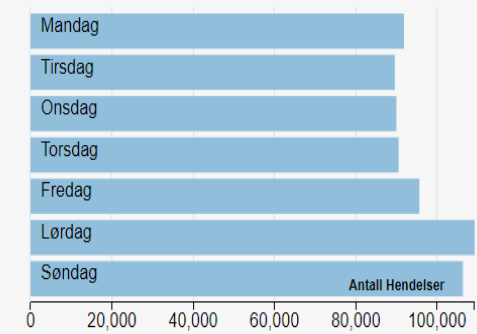
Last ned data



Ukedag

Last ned bilde

Last ned data

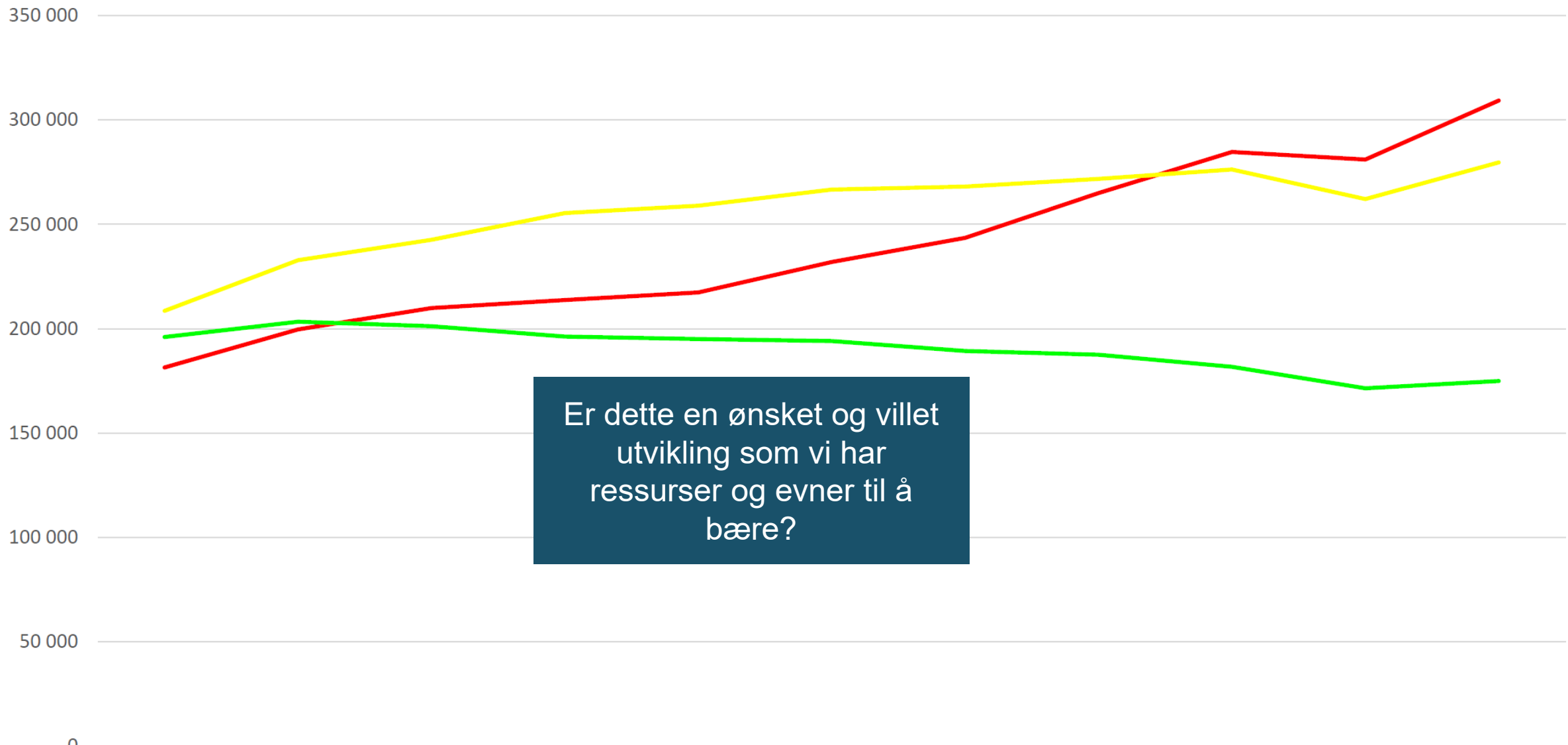


Klinisk hverdag – utfordringer med silobaserte løsninger

- Manglende samhandling mellom ulike tjenester og tjenestenivå
- Mange tidskrevende overganger mellom datasystemer - unødig ressursbruk og fare for svikt
- Manglende tilgang til generell og tidskritisk informasjon
- Mye tid til transport og reise for pasienter og helsepersonell



Antall ambulanseoppdrag i Norge per hastegrad per år



	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
— Akutte oppdrag	181 427	199 666	209 912	213 755	217 378	231 957	243 504	264 959	284 673	281 018	309 267
— Haste oppdrag	208 585	232 827	242 578	255 405	258 904	266 673	268 083	271 777	276 288	262 099	279 671
— Vanlige oppdrag	195 999	203 353	201 217	196 231	195 031	194 072	189 298	187 548	181 740	171 451	174 945

TTB2023-37 Innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester

Bakgrunn og rammer

Hurdalsplattformen sier at det skal legges fram en egen stortingsmelding om prehospitaltjenester som omfatter legevakt, responstid for ambulansetjeneste og en faglig standard for innholdet i ambulansetjenesten. Det er lagt til grunn at meldingen vil omfatte alle ledd i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus, hvilken innebærer at den vil omfatte medisinsk nødmeldetjeneste, ambulansetjeneste og kommunenes øyeblikkelig-hjelp-tjenester (fastleger, legevakt og KAD), annen døgntilgjengelig beredskap (akutt psykososial krisehjelp, hjemmesykepleie) og tannhelse-beredskap der dette er etablert. Akuttmottak i sykehus, herunder akuttmottak for somatikk, psykisk helsevern og ruslidelser, inngår også i meldingen, slik at de akuttmedisinske tjenestene framstår som en helhetlig og koordinert kjede. Andre nødetater og frivillige organisasjoner spiller en viktig rolle i akuttberedskapen, og vil bli omtalt i stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester.

Et sentralt tema for meldingen vil være hvordan beredskap og et godt akuttmedisinsk tjenestetilbud i hele landet kan opprettholdes – gjennom nye samarbeidsformer, herunder bruk av teknolog, personell og kompetanse på nye måter. Helsedirektoratet bes i oppdraget bidra til at meldingen beskriver en velfungerende, effektiv og helhetlig sammenhengende tjeneste på tvers av kommunenes og spesialisthelsetjenestens relevante tjenester. Det må ses hen til at de akuttmedisinske tjenestene har en viktig rolle i helseberedskapen.

Vår tolkning av oppdragets strategiske spørsmål:

Hvor skal vi?
Hvilke akuttmedisinske tjenester trengs
- til hvem, når, hvor og hvordan?



Hvor står vi?
Hvilke utfordringer og muligheter har vi?

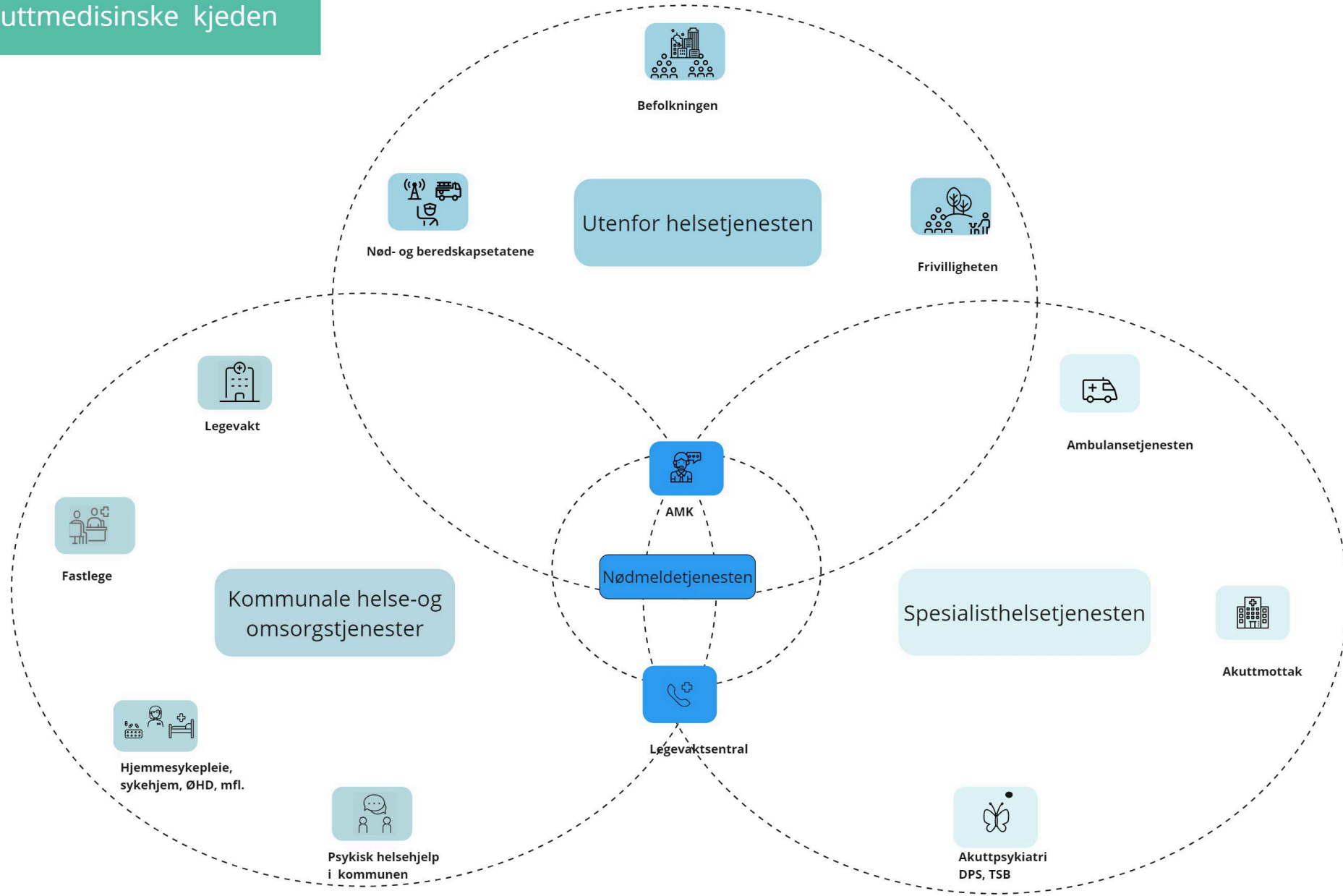


Hva kan anbefales for å nå målbildet?

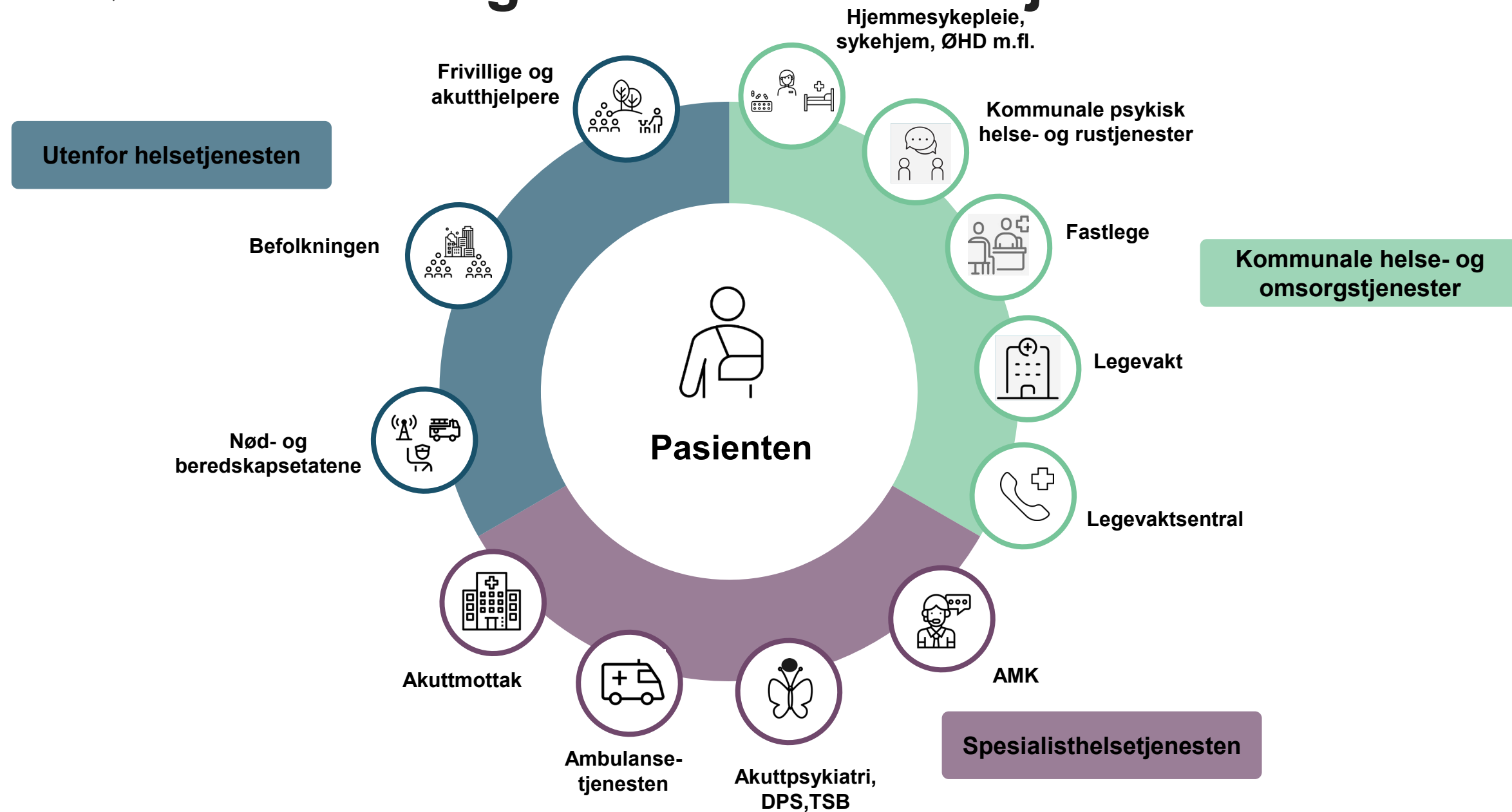


Hvordan kan vi følge med på om vi oppnår målene?

Den akuttmedisinske kjeden



Aktører i helhetlig akuttmedisinsk kjede



Fremtidige helse- og omsorgstjenester

Flere pasienter vil motta helse- og omsorgstjenester i hjemmet enn i sykehus og kommunale institusjoner

- Dialyse
- Respiratorbehandling
- «Hjemmesykehus» for barn og kreftpasienter
- Avstandsoppfølging
- Elektroniske konsultasjoner



Krever at helsepersonell har faglig nødvendig faglig kompetanse, samhandlingskompetanse, teknologiforståelse, felles språk og er trent og øvet.

Forslag til målbilde til HOD i juni

Endelig målbilde fastsettes av HOD høst 2023



Framskrevet behov for arbeidskraft i kommunene

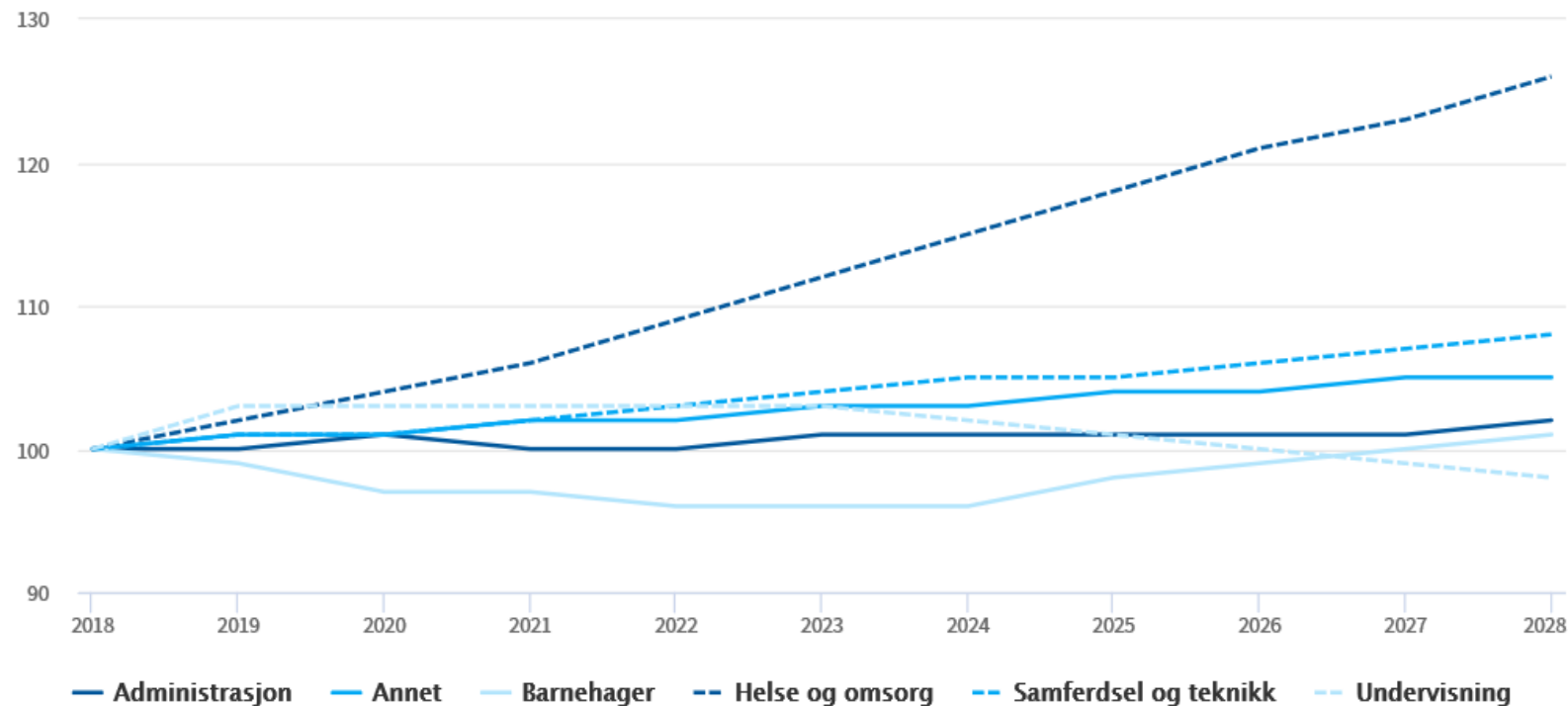
Helse og omsorg

- 144 900 årsverk i 2018
- 183 300 årsverk i 2028
- Økning: 38 400 (26,5 %)

Øvrige kommunale sektorer

- Økning: ca. 1 000 årsverk

Årsverksbehov per sektor (2018 = 100)



Akuttkonferansen 2023

Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00	Registrering
09:00 – 09:10	Innledning – velkommen til akuttkonferansen
09:10 – 09:30	Nasjonale føringer for akutte tjenester (HDIR)
09:30 – 10:45	Hva med Telemark – innsikter kartlegging og analyse Paneldebatt: Det akutte utfordringsbildet <ul style="list-style-type: none">• Akuttmottak/sykehus• Akutt psykiatri og rus• Prehospital/ambulanse• Legekontor/legevakt/Kommunal helsetjeneste• AMK



Akuttkonferansen 2023

Paneldebatt 30.10.2023

«Det akutte utfordringsbildet»

DAA



Det akutte utfordringsbildet

Akuttmottak
Grethe Line
Syvertsen

Akutt-psykiatri og
rus
Steinar Planting

Prehospital/
ambulans
Knut Inge Skoland

Legekantor/
legevakt/
kommunal
helsetjeneste
(by)
Margit Reite Skien

Legekantor/
legevakt/
kommunal
helsetjeneste
(land)
Kine Jordbakke

AMK
Ann Kristin Berge

Fokus tema:

- Bruk av ambulanser
- KAD plasser
- Psykiatri og rus akutte pasienter

Innledning v/Dag H. Aas (prosjektleder Akuttbehandling)

Paneldebatten blir ledet av Tron Simen Doksrød (avd.leder Anestesiologi)

Akuttbehandling – kartleggingsundersøkelse 2023

I Akuttkjeden sitt kartleggingsprosjekt ble det beskrevet 27 innsikter*. Tiltak for en del av disse utfordringene ble verktøy og løsninger. I tillegg har aktørene gjennomført lokale forbedringstiltak i linjen.

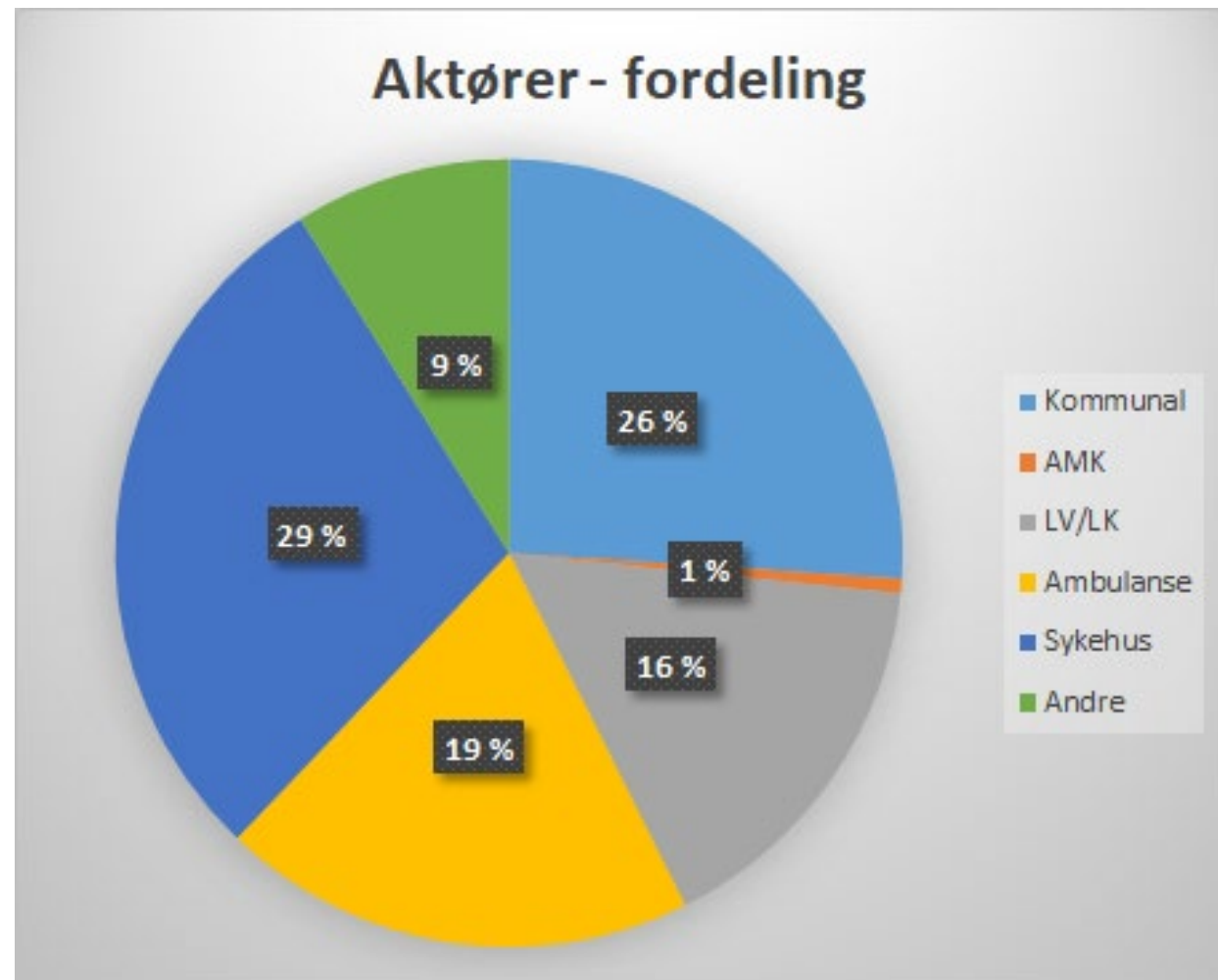
Akuttbehandling tar dette videre og som del av undersøkelsen ønsket vi å vurdere status på kartlagte innsikter. Det er også naturlig at det har dukket opp nye utfordringer siste år som vi ønsker å få kartlagt.

Alt dette for å forstå «det akutte utfordringsbildet» og for å prioritere der akuttbehandlingen i Telemark bør forbedres.

**Innsikt er: grundig forståelse, kyndighet, det å se sammenhenger man tidligere ikke har sett - det å bli klar over en utfordring*

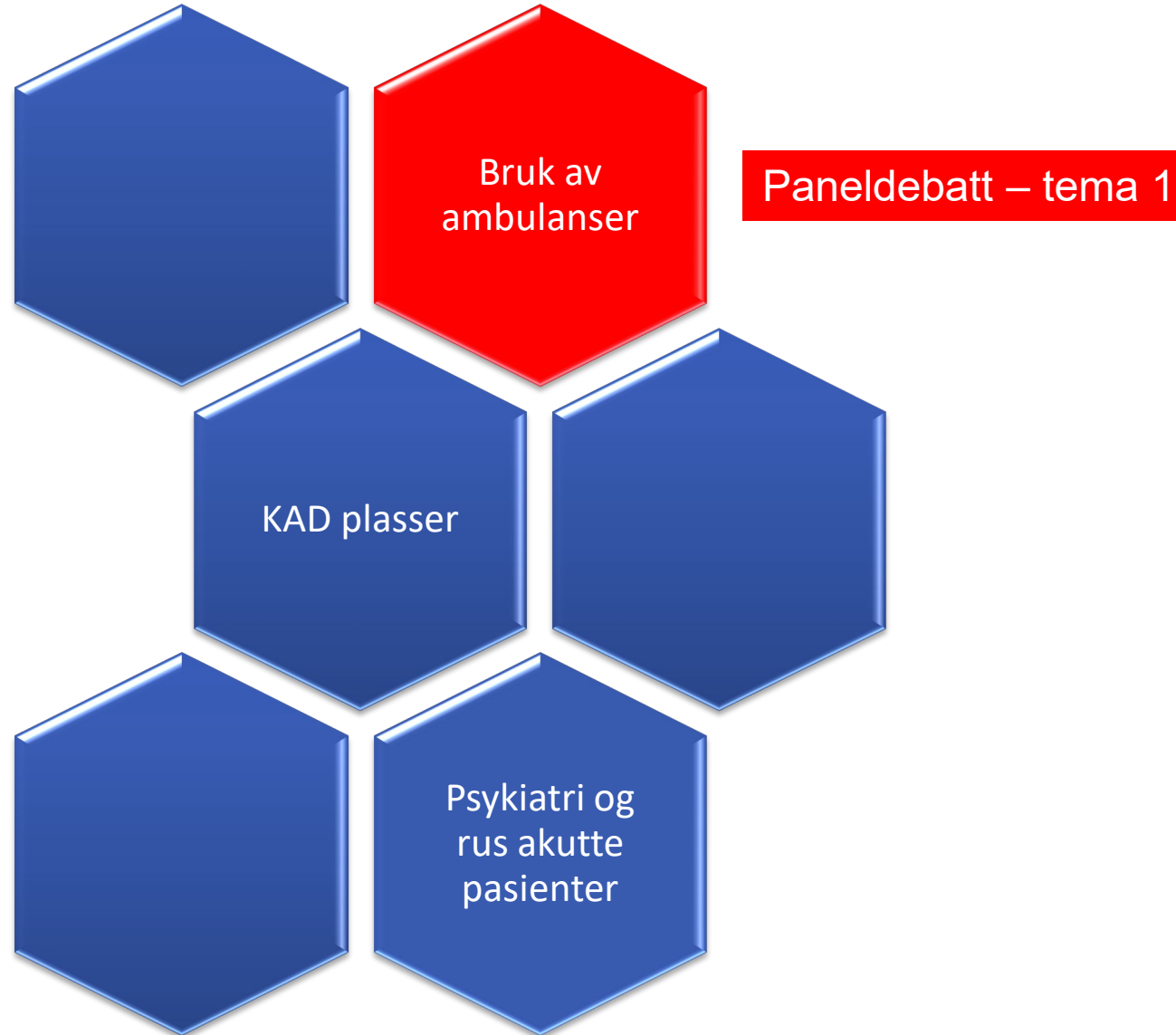
Kommuner	
Bamble	3
Drangedal	6
Hjartdal	1
Kragerø	6
Kviteseid	1
Midt-Telemark	4
Notodden	6
Porsgrunn	8
Seljord	3
Siljan	1
Skien	29
Tinn	2
Tokke	1
Vinje	10
Totalsum	81

Totalt 169 svar



Utvelgelse av tema til Akuttkonferansen paneldebatt

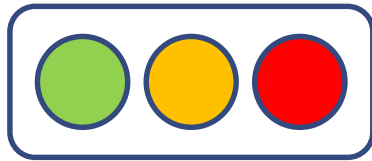
Nr.	Innsikter	% vis fordeling			Pågående aktiviteter
		1. Dårligere	2. Uendret situasjon	3. Noe forbedret 4. Betydelig forbedret	
1	Manglende tillitt og anerkjennelse	4	37	59	
2	Standardisering gir gode pasientforløp	3	22	75	
3	Ulike triagering	6	34	60	
4	Behandlingsforløpet mangler en sammenhengende journal	9	48	43	
5	For mange pasienter sendes direkte til sykehus	6	42	52	
7	Ambulansepersonellet gjør ofte vurderinger og tar avgjørelser uten legekompentanse til stede	4	58	38	
6	Det er stor variasjon i bruk av ambulanse	18	48	34	
8	Ambulanser brukes i for stor grad til transport av ikke akutt syke pasienter	21	40	39	
9	Det er for stor variasjon på legevaktene i fylket	12	57	31	
10	Fastleger deltar i liten grad i den akuttmedisinske kjeden	28	51	21	
11	Hjemmesykepleiens rolle er ulik fra kommune til kommune	7	34	59	
12	Det er stor variasjon i bruk av kommunale akutte døgnplasser	22	49	29	
13	Det er ulike behandlingsforløp for samme akutt tilstand i Skien og på Notodden	22	43	35	
14	Akuttmottaket er en avansert samhandlingsarena uten klar ansvarsfordeling	17	49	34	x
15	Akuttlegens rolle og ansvar er ikke avklart	22	54	24	x
16	Variierende og lite forutsigbar kompetanse i front	22	52	26	x
17	Det blir utført mange elektive oppgaver i akuttmottaket	31	50	19	x
18	Pasientflyt i akuttmottak er ikke pasientsentrert	18	55	27	
19	Det er dårlig samhandling mellom psykiatri og somatikk	13	74	13	
20	Tid- og ressurskrevende innleggelse for akuttpsykiatriske pasienter	26	64	10	
21	Manglende felles forståelse og samhandling mellom aktørene i akuttkjeden og radiologisk avdeling	15	61	24	
22	Rutiner for prøvetagning og analyse er dårlig tilpasset behovene i en akutt behandlingsskjede	7	61	32	
23	Det kan være uavklart hvor barn skal legges inn	10	68	22	
24	Pasienter med STEMI	3	64	33	x



«Ambulanse sendes svært ofte ut på unødvendige oppdrag hvor bla kommunehelsetjenesten kunne behandlet pas på stedet i samråd med fastlege/legevakt/sykehus. Mange unødvendige innleggelser»

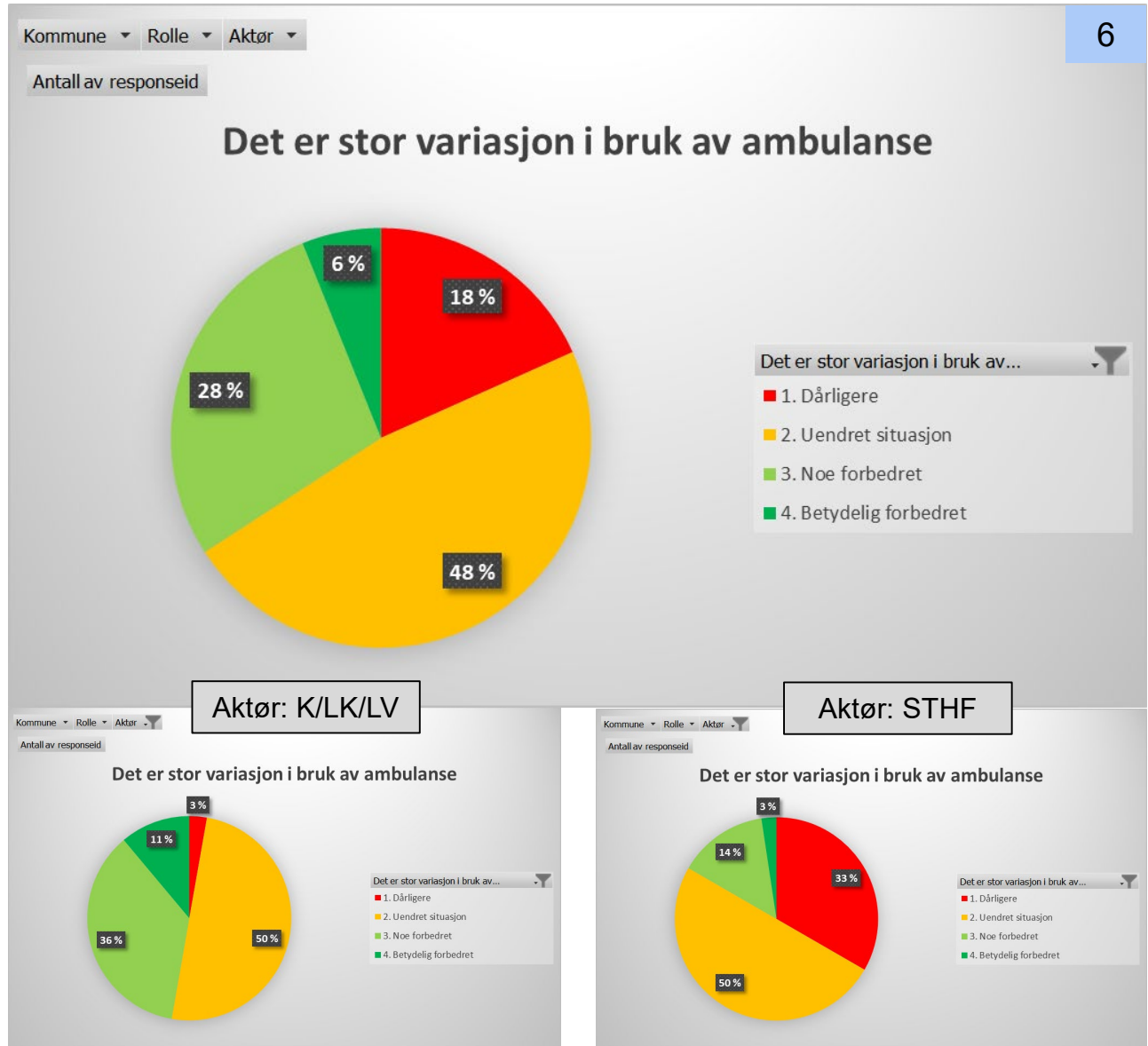
«Opplever at hjemmetjeneste og institusjoner i stor grad tar direkte kontakt med AMK der det kunne vært et samarbeid med legevakt eller fastlege»

«Det er veldig stor variasjon. Mye kan knyttes direkte til uerfarne leger på legekantor og LV. Rjukan har opplevd stor forbedring etter ordningen med faste LV-leger som går i turnus»



Kommentarer:

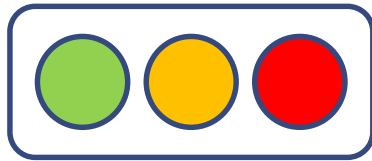
6



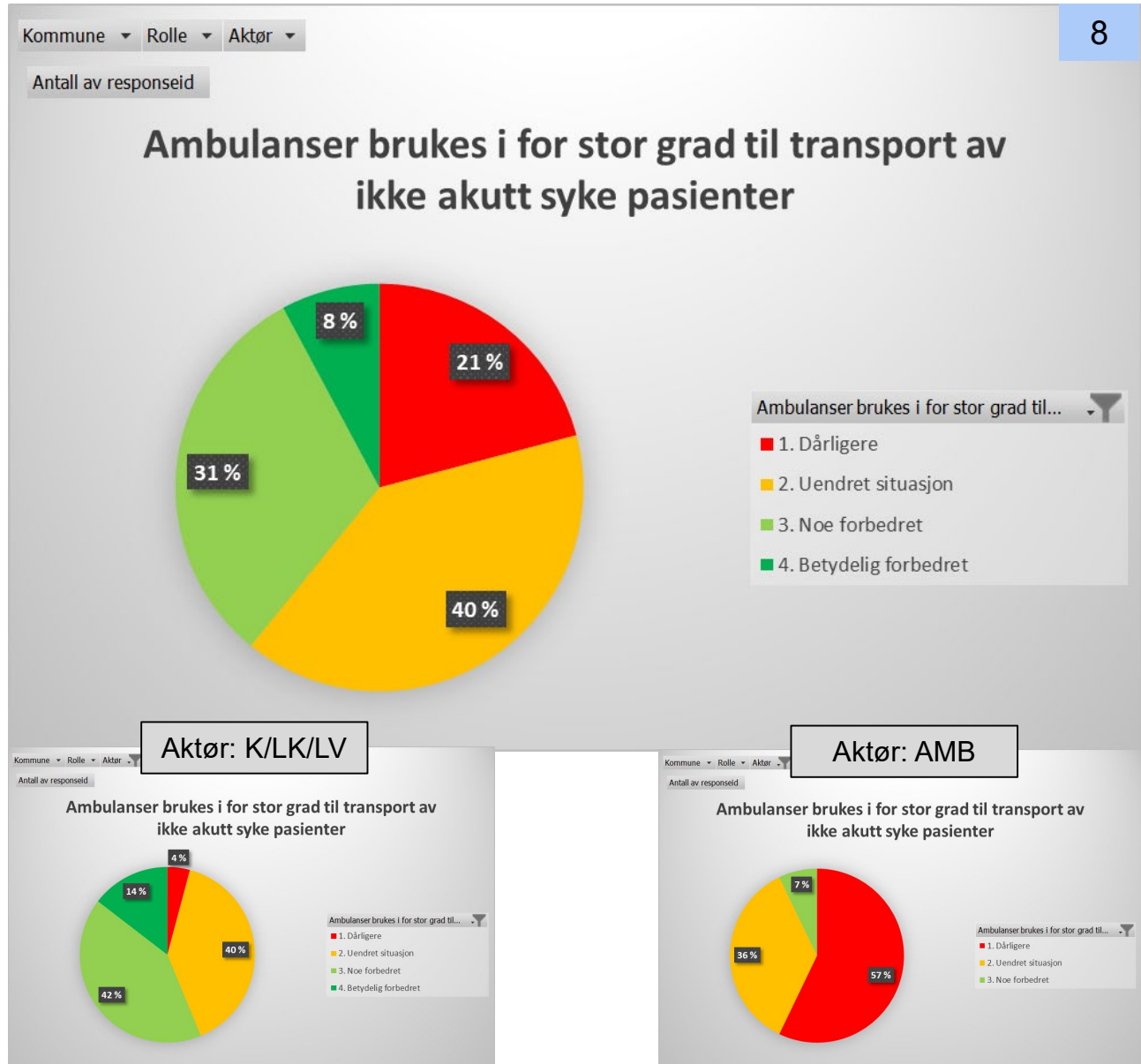
«Opplever generelt at AMK-legen er for lite involvert i prehospital beslutninger mtp. behandling og at spørsmål ofte stilles direkte til sykehusleger på feil grunnlag og ofte i feil fagfelt»

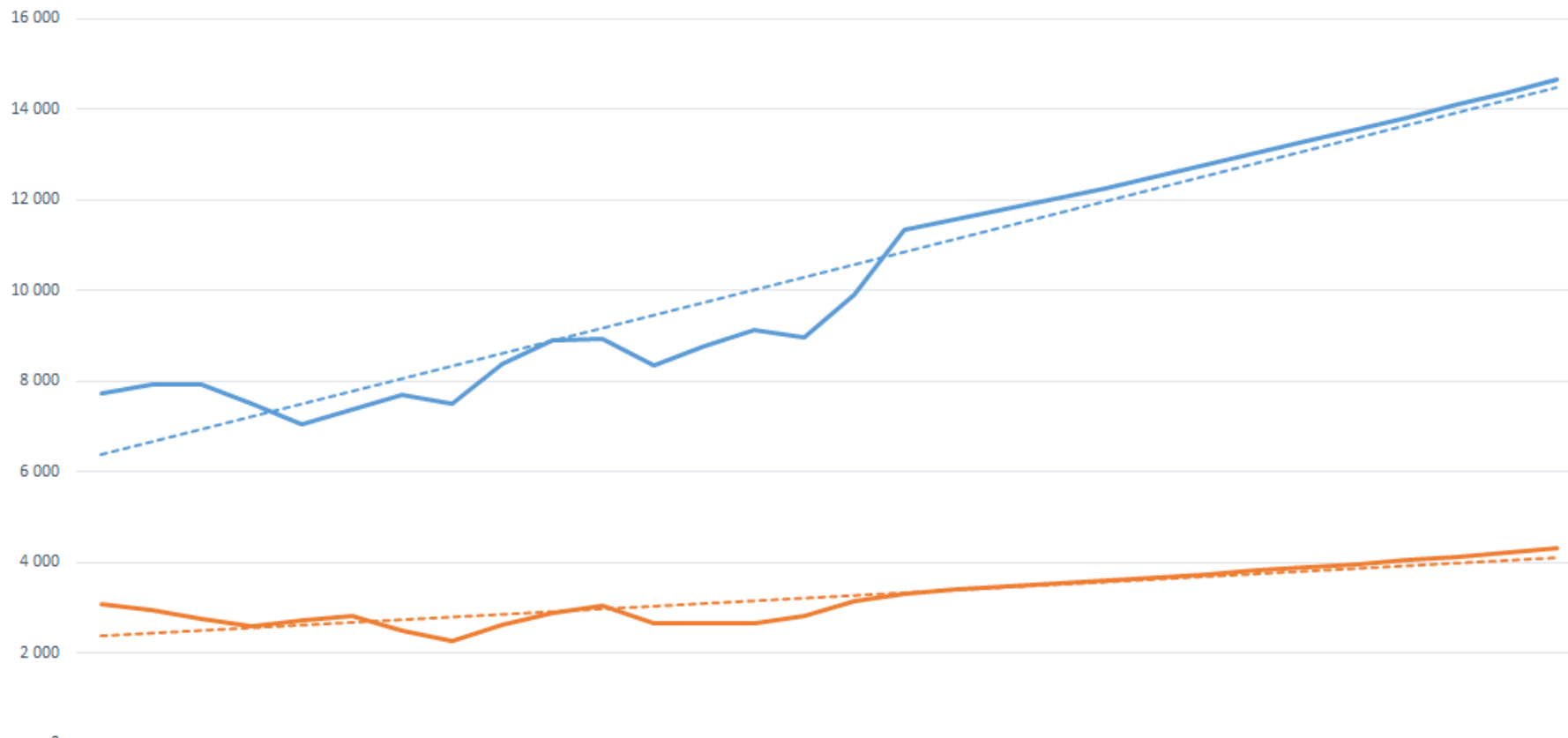
«Burde vært lege tilstede for avklaring i mange fler tilfeller enn i dag. Vanskelig for legene å reise fra praksisen sin eller fra legevakten. Ofte blir ambulansen brukt som legevaktas avklaringsenhet»

«Er ikke tilgjengelig legeressurs på dagtid»



Kommentarer:

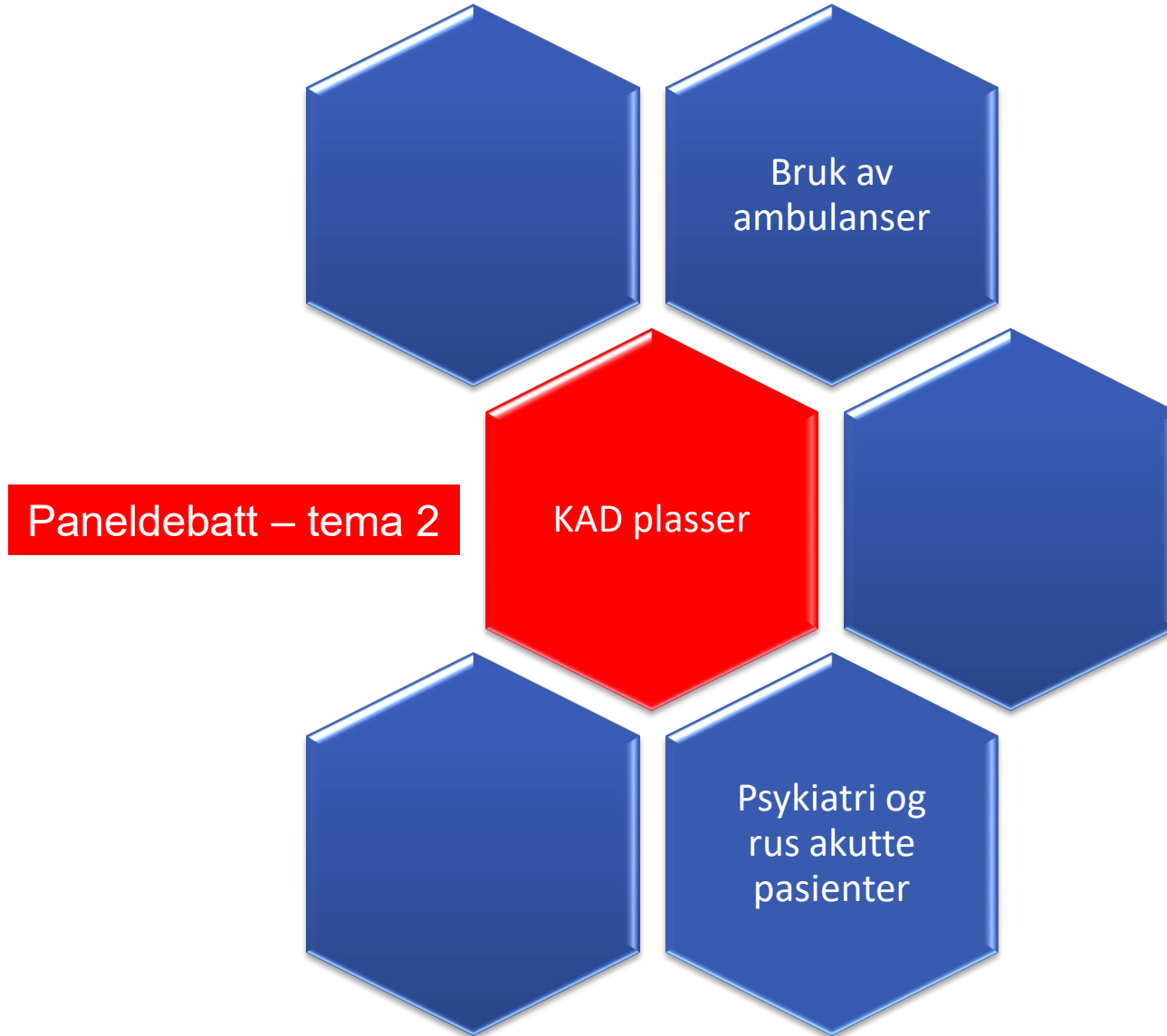


Estimert aktivitetsutvikling Akuttsetter Skien 2006-2035 - Ambulanser


	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
ST Skien levert	7 747	7 917	7 929	7 506	7 053	7 376	7 698	7 519	8 374	8 913	8 944	8 365	8 770	9 122	8 953	9 913	11 329	11 556	11 787	12 022	12 263	12 508	12 758	13 013	13 274	13 539	13 810	14 086	14 368	14 655
ST Skien hentet	3 072	2 967	2 746	2 594	2 728	2 839	2 504	2 285	2 626	2 898	3 062	2 665	2 664	2 667	2 837	3 162	3 327	3 394	3 461	3 531	3 601	3 673	3 747	3 822	3 898	3 976	4 056	4 137	4 219	4 304

Kommentar:

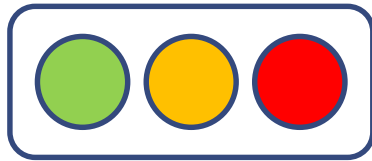
- Basert på 2% økning i året
- Økningen følger trendkurven
- Økningen er veldig konservativ basert på siste års økning av ambulansetransport inn til akuttmottaket (ca.10%)



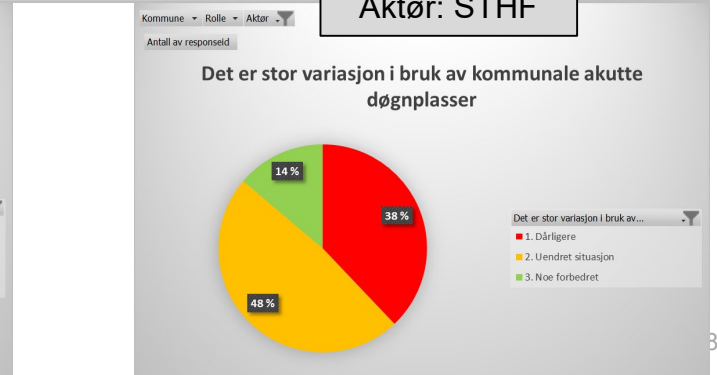
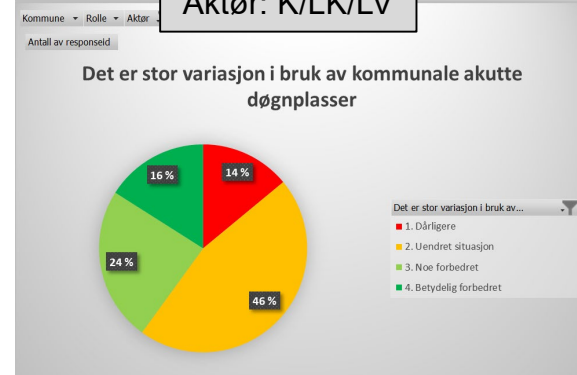
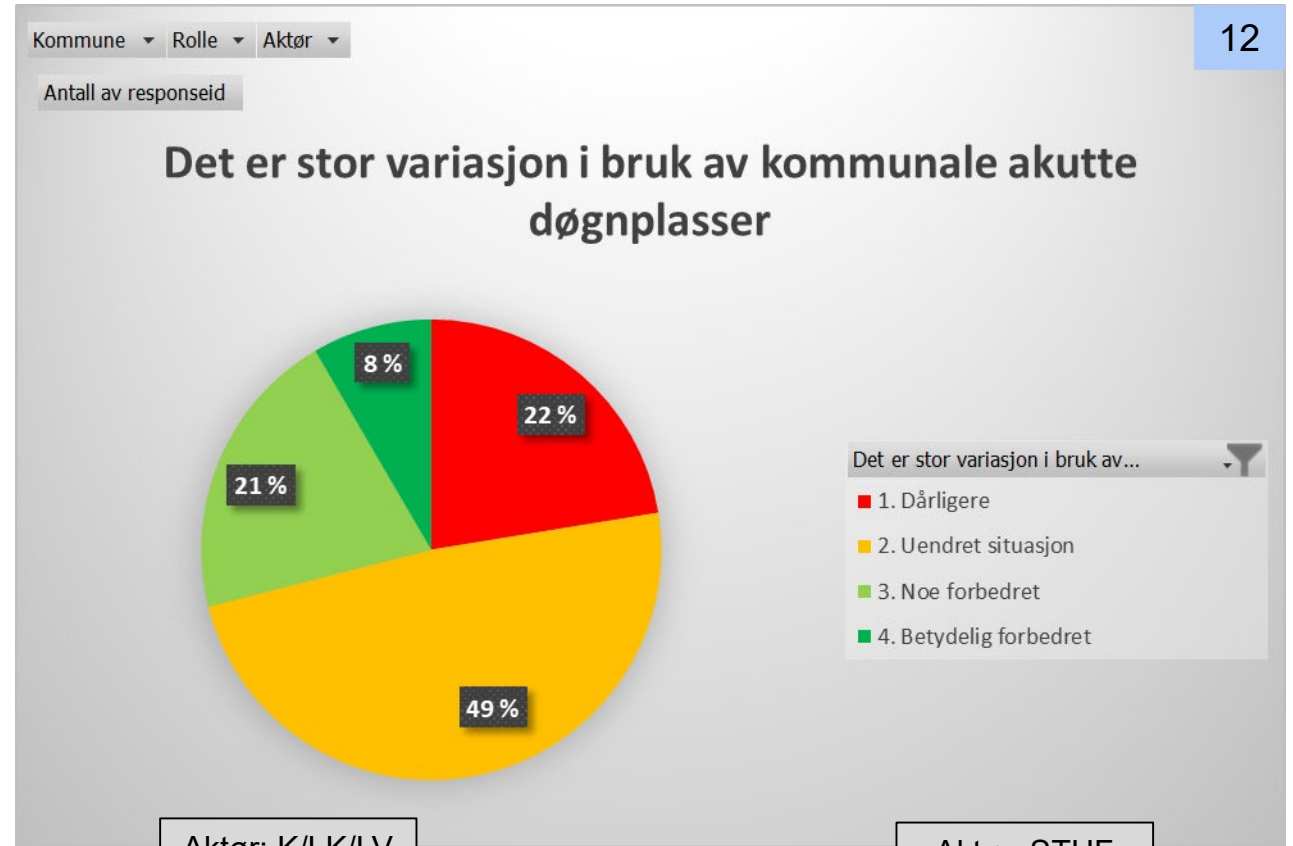
«Disse plassene er alltid opptatt og lite tilgjengelige for våre pasienter»

«Noen kommuner stenger for inntak etter kl 20 på kvelden. Feks Skien fordi det ikke da er lege tilgjengelig. Det betyr at pas kjøres til sykehus og må legges inn»

«Opplever at pasienter blir innlagt i sykehus fordi det ikke er plass på KAD i tilfeller der pas klart kunne blitt behandlet på best måte på en KAD plass. Det er for få plasser i kommunene»



Kommentarer:



Telefoner 116 117

- 60000 pr år
- 5000 pr mnd
- 160 pr dag

Konsultasjoner

- ca 70 på helgedag
- ca 35 på hverdager

Sykebesøk

- 17 i september
- De fleste til sykehjem – syning av mors
- ca 200 pr år

Skien interkommunale legevakt



Ansatte

- 30 sykepleiere/ambulansesarbeidere
- 50 leger
- 1-2 leger og 2-5 sykepleiere på vakt samtidig

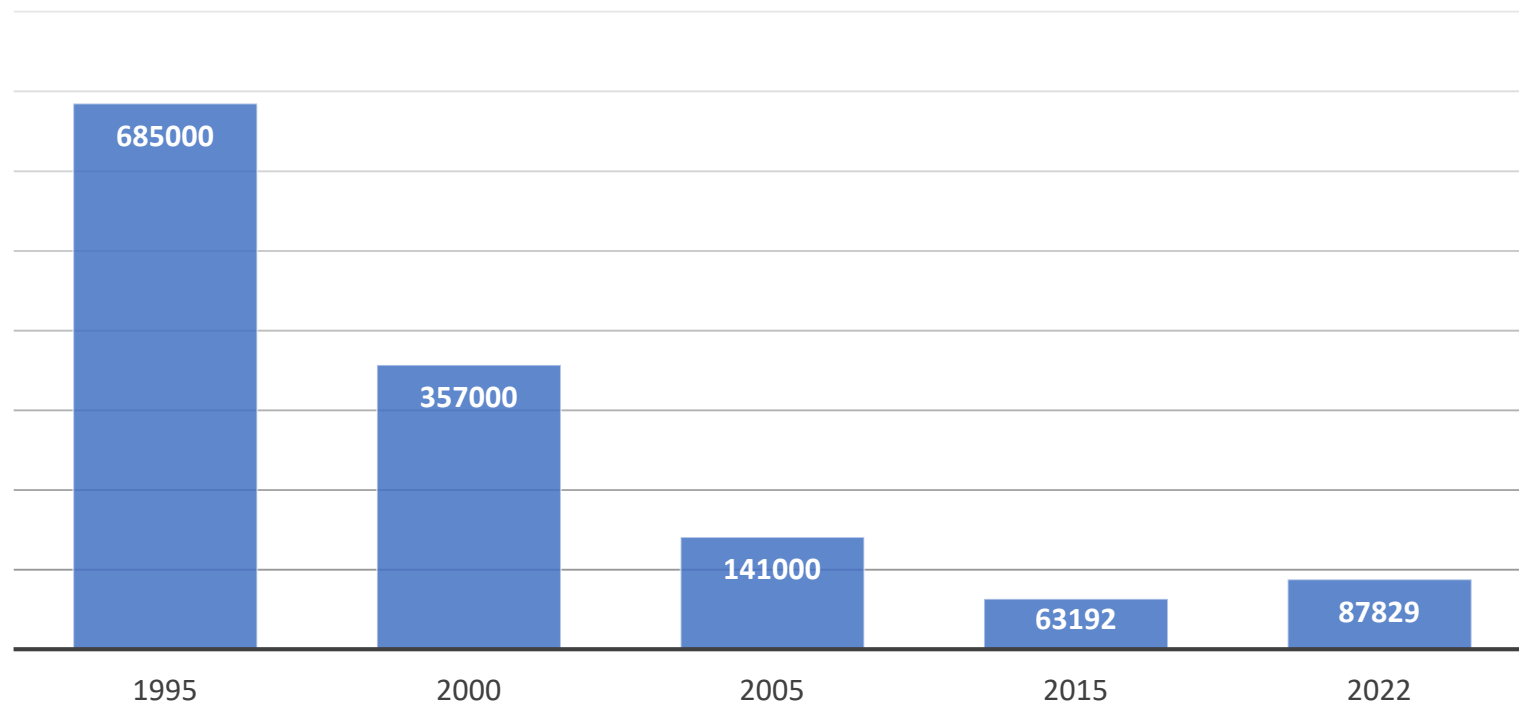
Skien helsehus - KAD

Innleggelser jan-aug 2023:

- 42 fra legevakt
- 61 fra sykehus
- 70 fra fastlege

Antall senger: 7

Antall sykebesøk fra legevakter i Norge



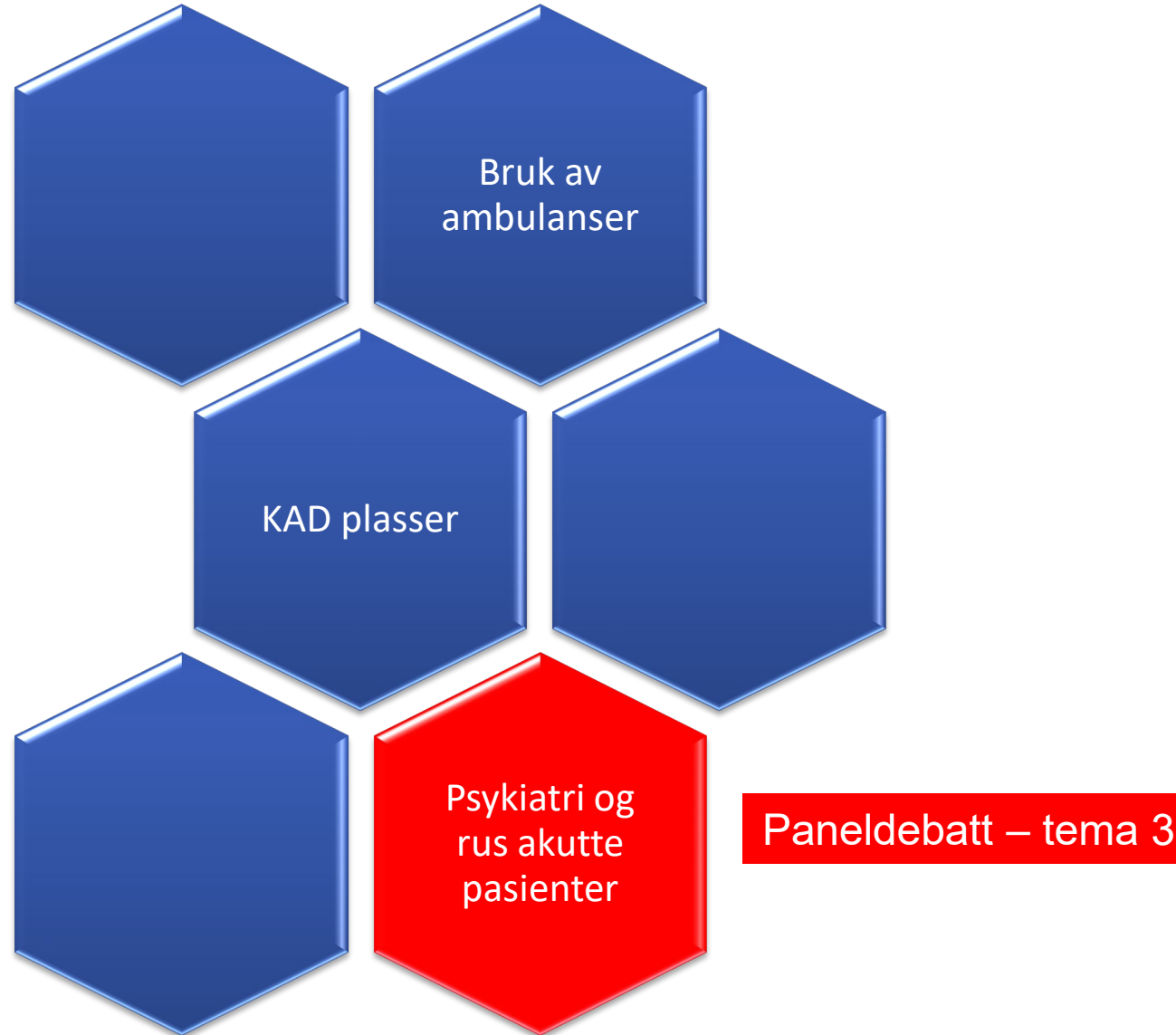
Sykebesøk fra Skien legevakt

- 17 i september
- De fleste til sykehjem – syning av mors
- ca 200 pr år

Anbefaling fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, rapport nr. 7 – 2014:

- 20-40 sykebesøk/1000 innb./år
- > For Skien: 1360-2720 /år

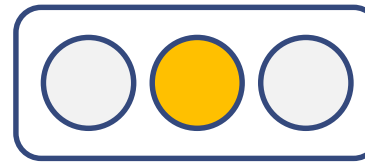




«Denne pasient gruppen krever mye tid og ressurser, og i vaktsituasjon har man lite av tid. Erfaringsmessig lite å hente i støtte fra psykiatrisk avdeling når pasienten er innlagt i somatisk avdeling»

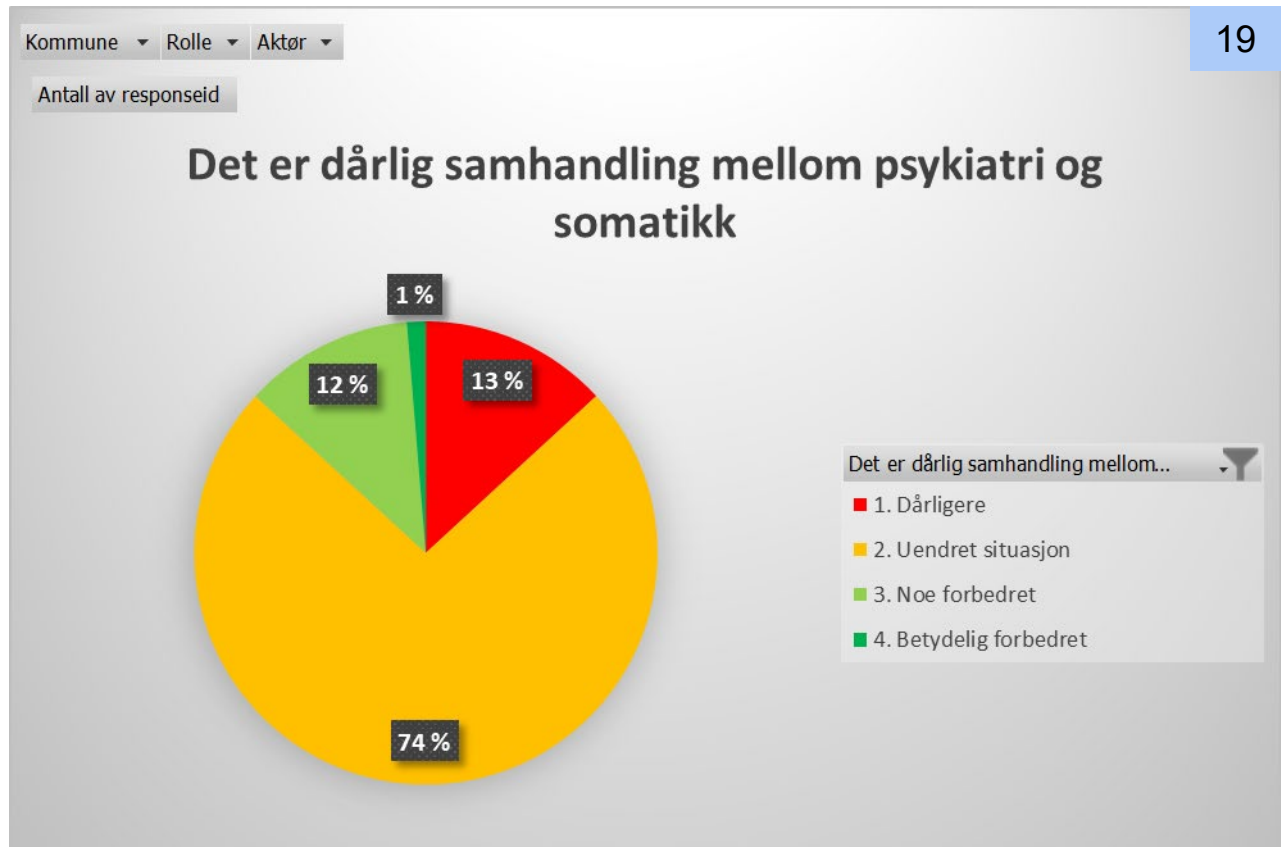
«Det handler om å øke kompetanse på somatisk sykdom i psykiatrien. Mange andre sykehus håndterer f. Eks enkle intoxpas. selv. Somatikken skal hele tiden se hele mennesket. Det er ofte ikke slik i psykiatrien»

«Psykiatrisk avdeling er fysisk lokalisert et langt stykke unna akuttmottaket. Dårlig mulighet for psykiatrisk tilsyn ved akutte pasienter»



Kommentarer:

19



«Akuttinnleggelser fra Midt Telemark burde kunne kjøres via Skien Legevakt. Spare unødig lang transport og ventetid»

«Liten forståelse og innsikt i psykisk sykdom»

«En egen Psykiatrisk legevakt ville frigjort masse ressurser til tider»



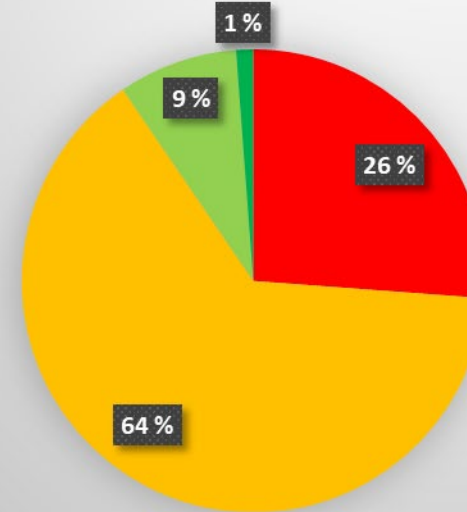
Kommentarer:

20

Kommune ▾ Rolle ▾ Aktør ▾

Antall av responseid

Tid- og ressurskrevende innleggelser for akuttpsykiatriske pasienter



Tid- og ressurskrevende innleggelser... ▾

- 1. Dårligere
- 2. Uendret situasjon
- 3. Noe forbedret
- 4. Betydelig forbedret

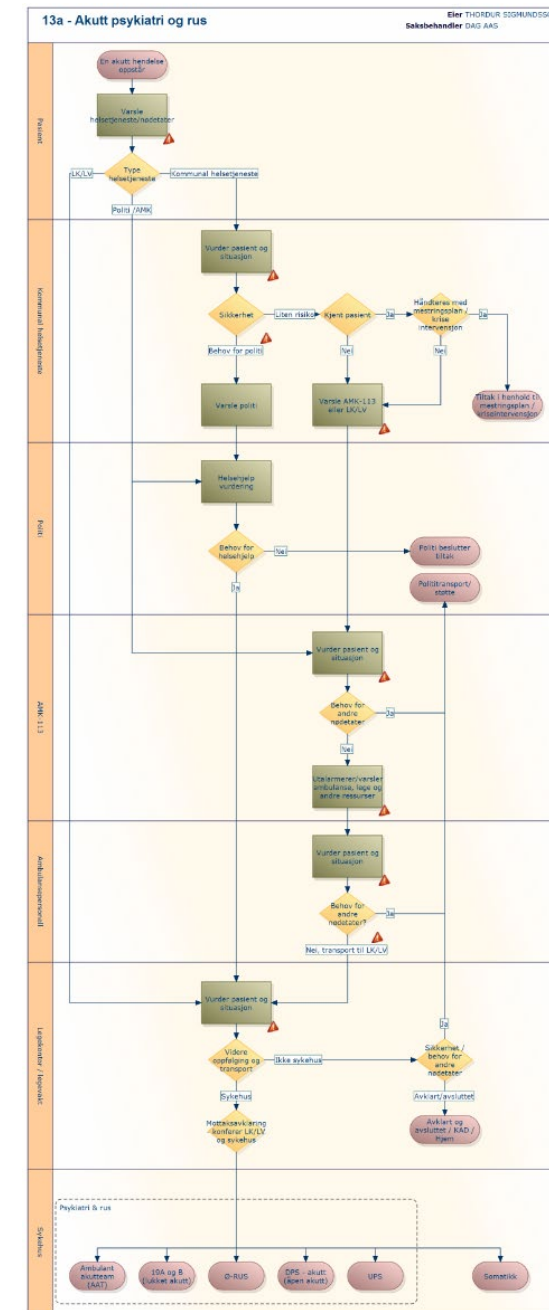
Akuttkjedeprosjektet Delprosjekt Psykiatri og Rus 2020

- Etablert en forbedret pasientflyt for akutt psykiatri og rus som er oppdatert i Appen «Akuttkjeden Telemark»
- Konkrete endringer i utstyrslista for akuttkjeden slik at akutte hendelser innen fagfeltet kan ivaretas på en bedre måte.
- Pasientens følgeskjema tilpasset slik at det blir lettere for aktørene i akuttkjeden å dokumentere viktig informasjon knyttet til akutte hendelser for rus- og psykiatri.
- Det er utarbeidet flyt og mal for «Mestringsplan ved kriser» (som er nytt navn på kriseplan). Anbefaling om å legge denne tilgjengelig i kjernejournal i og med at de ulike aktørene i akuttkjeden har ulike digitale journalsystemer som per dags dato ikke snakker sammen.

Basert på det omforente utfordringsbilde må følgende tema som vil bedre tjenesten for psykiatri og ruspasienter inkludert barn og unge, jobbes videre med:

- Ett telefonnummer inn til sykehus (en vei inn)
- Spesialist i front
- Felles psykiatrisk legevakt for Telemark
- Felles akuttmottak for somatikk og psykiatri
- Ett Ambulant Akutteam for Telemark

Prosjektgruppens klare råd er at disse punktene må diskuteres videre i helsefelleskapet etter endt prosjektperiode.



Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00	Registrering
09:00 – 09:10	Innledning – velkommen til akuttkonferansen
09:10 – 09:30	Nasjonale føringer for akutte tjenester (HDIR/HOD)
09:30 – 10:45	Hva med Telemark – innsikter kartlegging og analyse Paneldebatt: Det akutte utfordringsbildet <ul style="list-style-type: none"> • Akuttmottak/sykehus • Akutt psykiatri og rus • Prehospital/ambulanse • Legekantor/legevakt/Kommunal helsetjeneste
10:45 – 11:00	Pause
11:00 – 12:00	Gruppearbeid – hvilke tiltak er viktigst i 2024-25/hva gjør vi?



Gratis, men behov for påmelding for praktisk formål

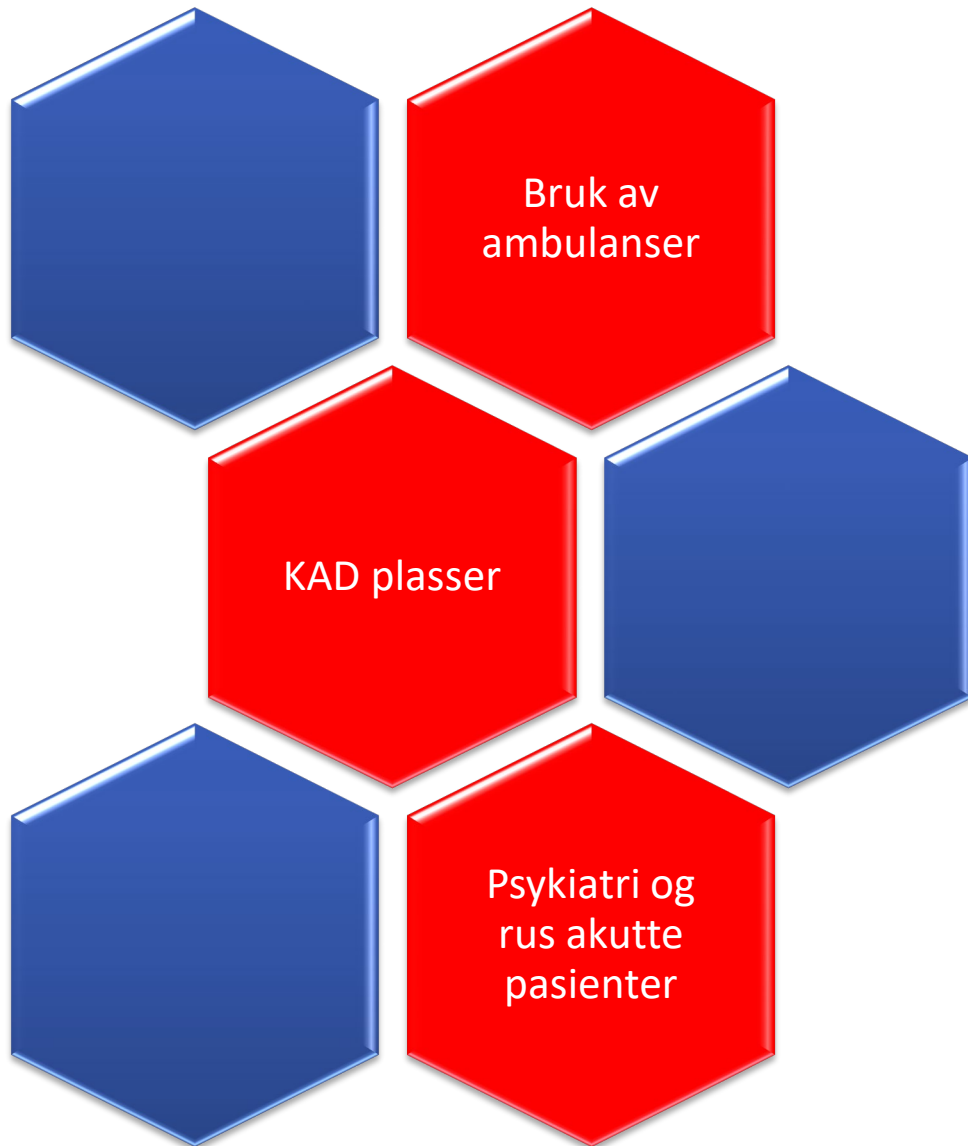
Påmelding: svar på invitasjonen eller send en mail til aasdag@sthf.no innen 20.10.23

Akuttkonferansen 2023

Gruppeoppgave 30.10.2023

DAA





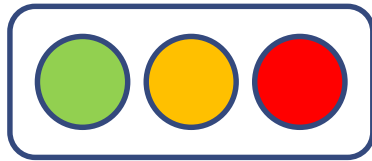
Gruppeoppgave 1: Paneltema

Basert på diskusjonen i paneldebatten og egne erfaringer – **foreslå 3 konkrete forbedringstiltak** som gruppen tenker er viktigst å gjennomføre i 2024/25.

Dere kan velge om dette er knyttet til en eller flere av temaene i paneldebatten .

Svaret sendes på mail/sms til aasdag@sthf.no/90651126
før kl.12.00

N.B. Merk gruppenummer og oppgave 1

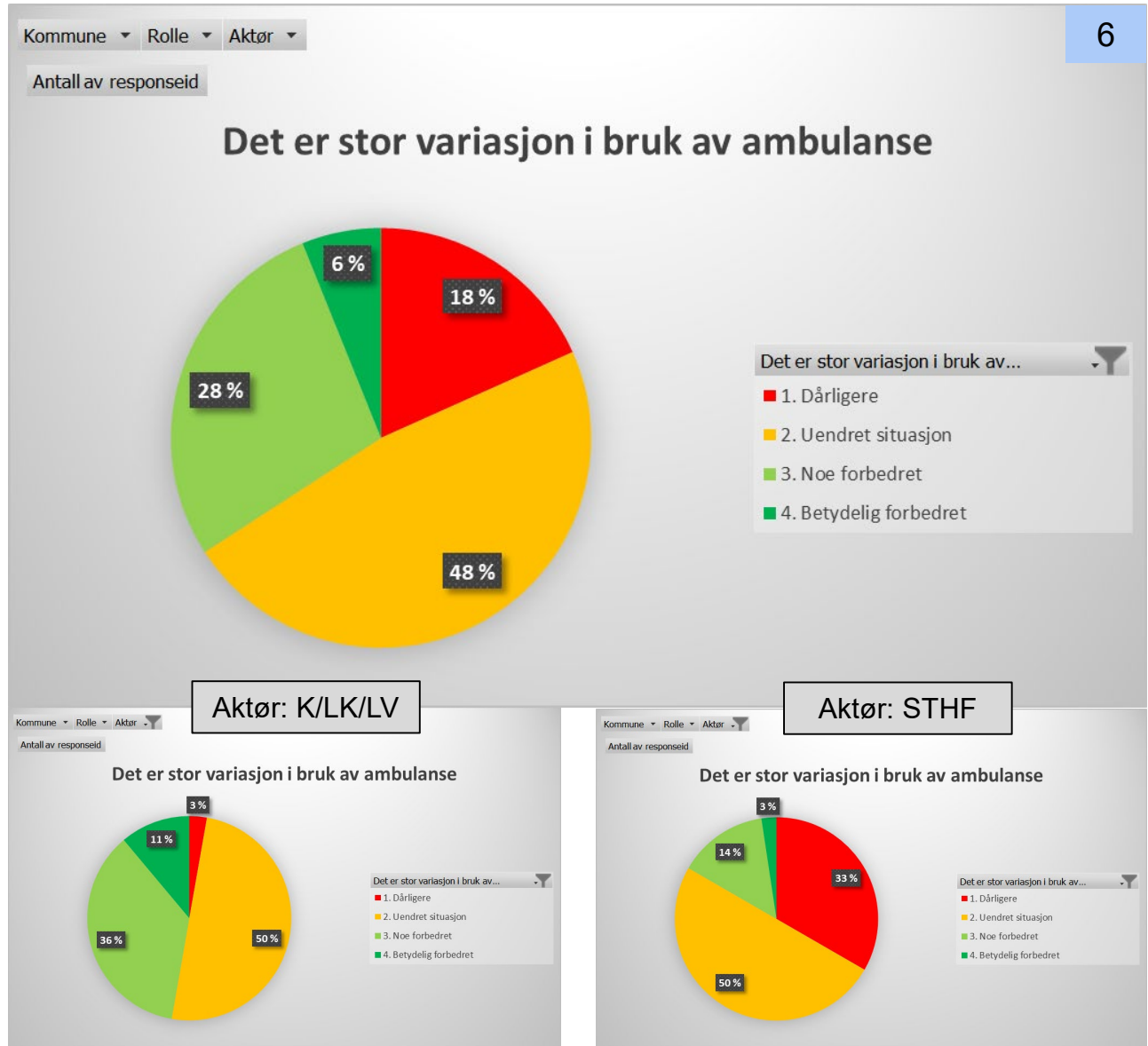


Kommentarer:

«Ambulanse sendes svært ofte ut på unødvendige oppdrag hvor bla kommunehelsetjenesten kunne behandlet pas på stedet i samråd med fastlege/legevakt/sykehus. Mange unødvendige innleggelser»

«Opplever at hjemmetjeneste og institusjoner i stor grad tar direkte kontakt med AMK der det kunne vært et samarbeid med legevakt eller fastlege»

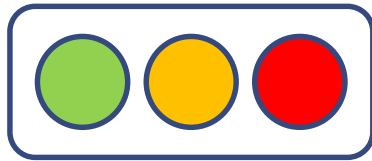
«Det er veldig stor variasjon. Mye kan knyttes direkte til uerfarne leger på legekantor og LV. Rjukan har opplevd stor forbedring etter ordningen med faste LV-leger som går i turnus»



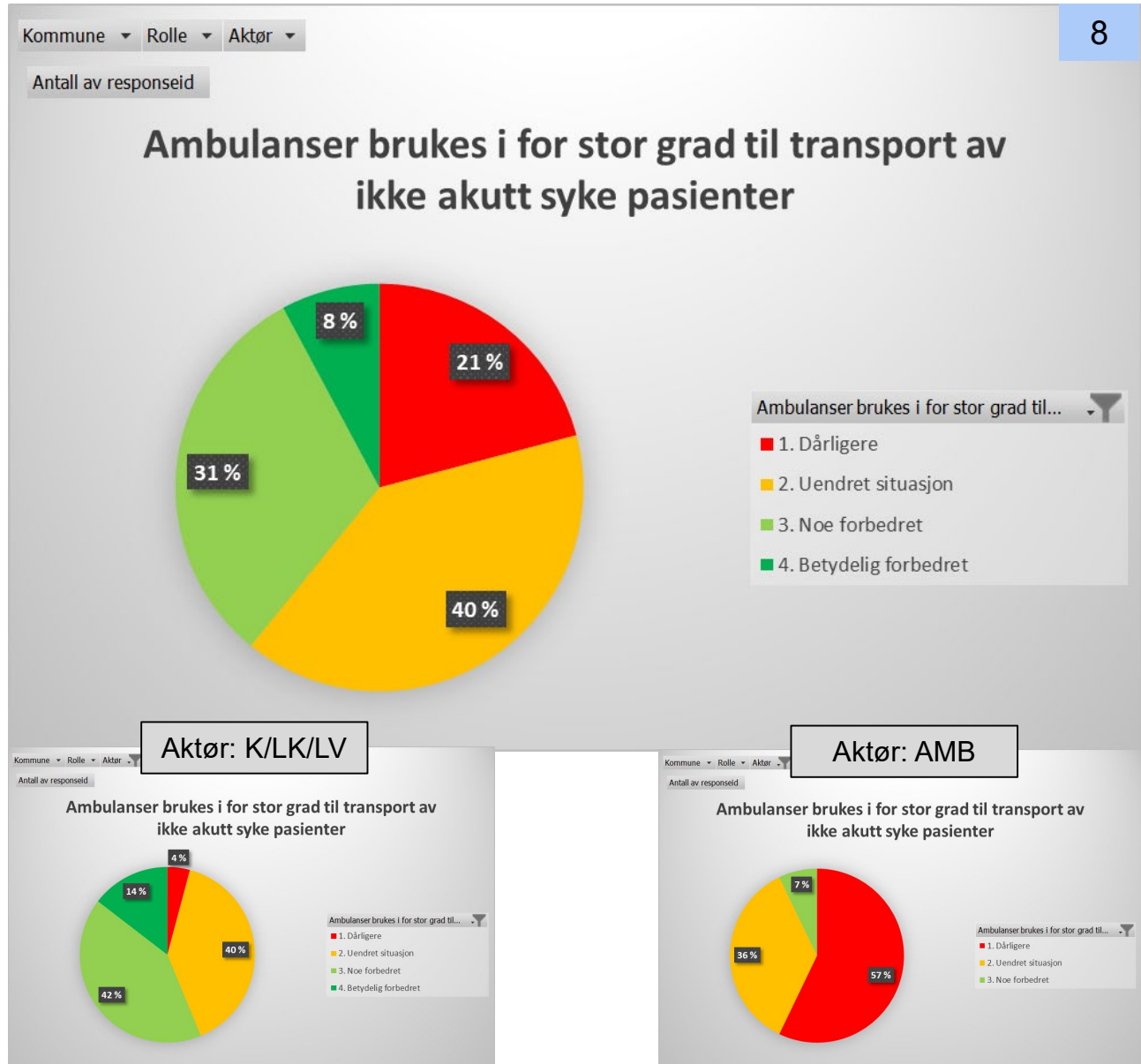
«Opplever generelt at AMK-legen er for lite involvert i prehospitalt beslutninger mtp. behandling og at spørsmål ofte stilles direkte til sykehusleger på feil grunnlag og ofte i feil fagfelt»

«Burde vært lege tilstede for avklaring i mange fler tilfeller enn i dag. Vanskelig for legene å reise fra praksisen sin eller fra legevakten. Ofte blir ambulansen brukt som legevaktas avklaringsenhet»

«Er ikke tilgjengelig legeressurs på dagtid»



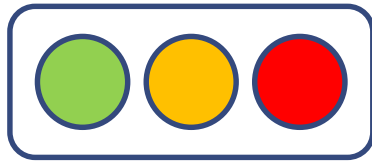
Kommentarer:



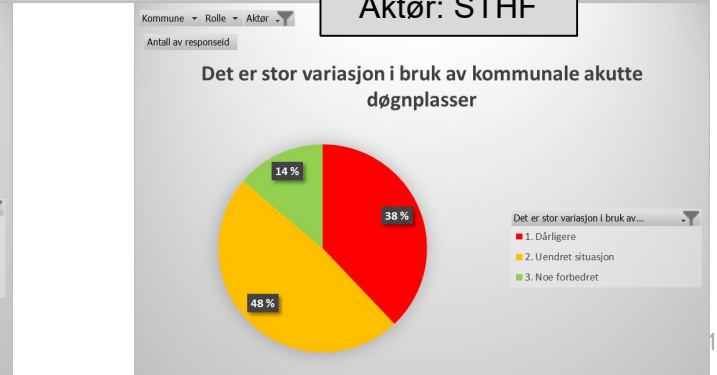
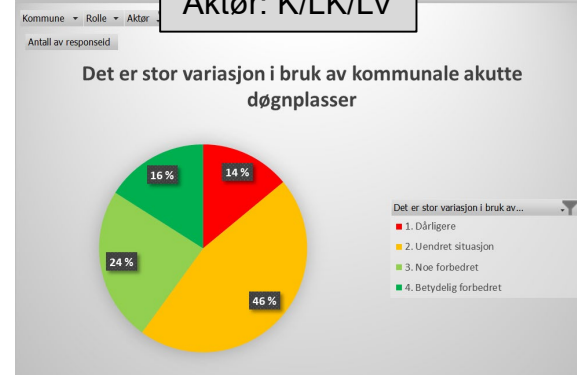
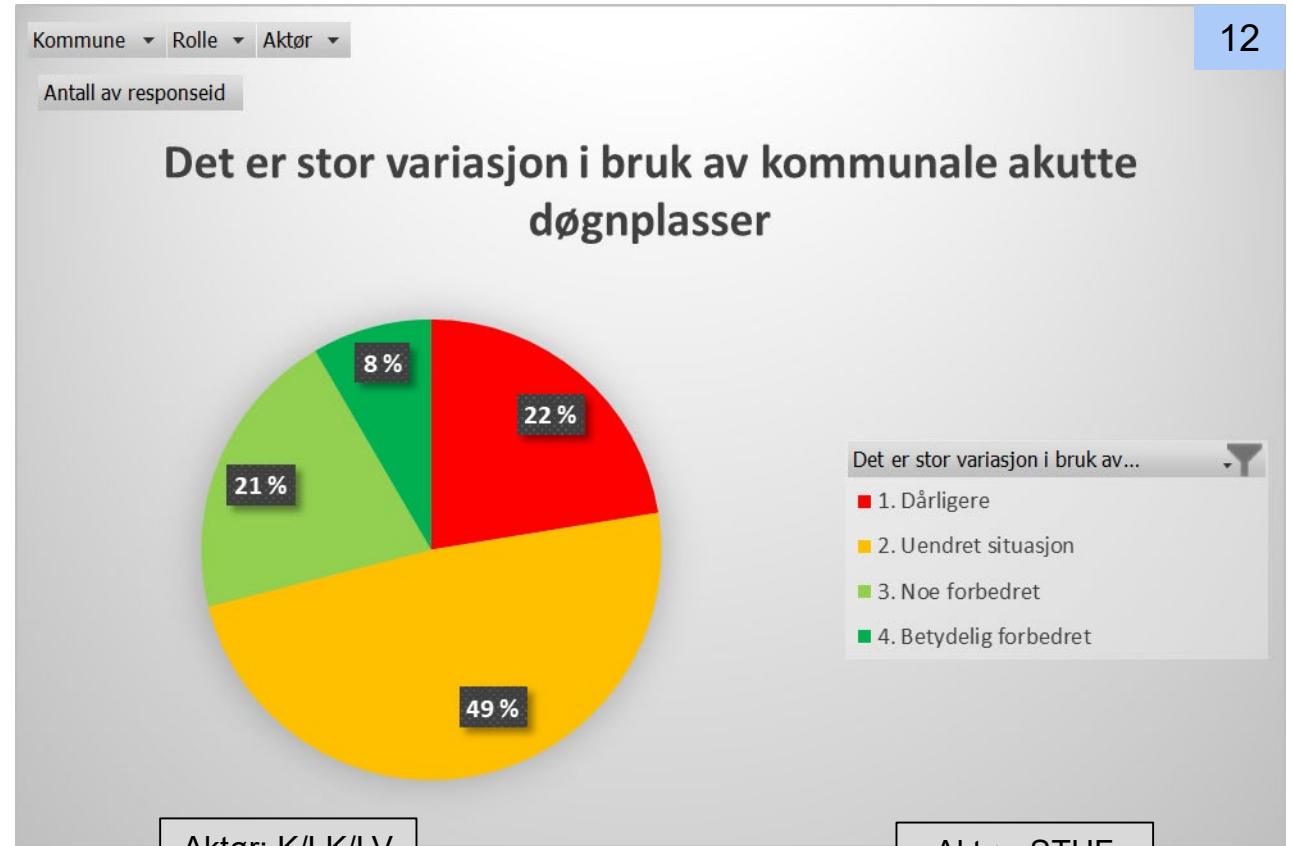
«Disse plassene er alltid opptatt og lite tilgjengelige for våre pasienter»

«Noen kommuner stenger for inntak etter kl 20 på kvelden. Feks Skien fordi det ikke da er lege tilgjengelig. Det betyr at pas kjøres til sykehus og må legges inn»

«Opplever at pasienter blir innlagt i sykehus fordi det ikke er plass på KAD i tilfeller der pas klart kunne blitt behandlet på best måte på en KAD plass. Det er for få plasser i kommunene»



Kommentarer:



«Denne pasient gruppen krever mye tid og ressurser, og i vaktsituasjon har man lite av tid. Erfaringsmessig lite å hente i støtte fra psykiatrisk avdeling når pasienten er innlagt i somatisk avdeling»

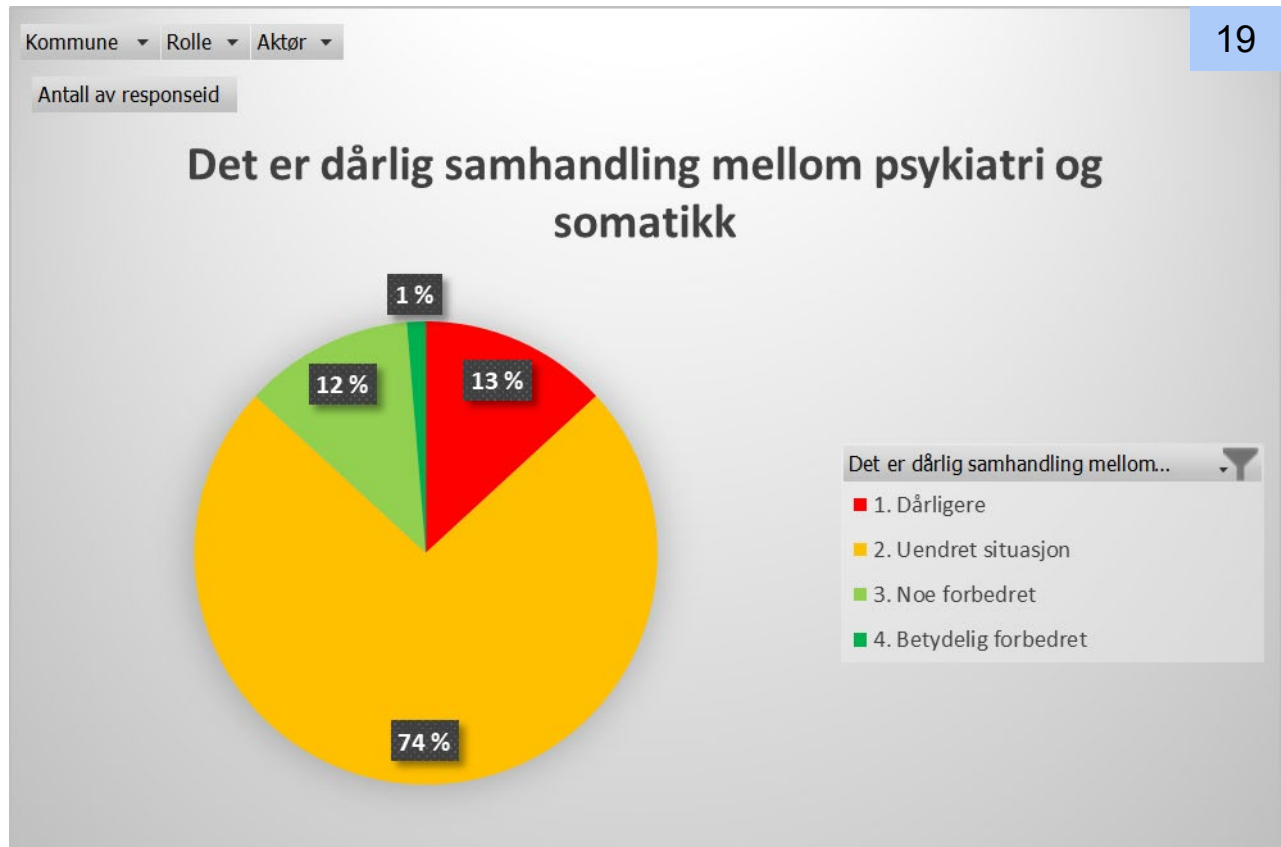
«Det handler om å øke kompetanse på somatisk sykdom i psykiatrien. Mange andre sykehus håndterer f. Eks enkle intoxpas. selv. Somatikken skal hele tiden se hele mennesket. Det er ofte ikke slik i psykiatrien»

«Psykiatrisk avdeling er fysisk lokalisert et langt stykke unna akuttmottaket. Dårlig mulighet for psykiatrisk tilsyn ved akutte pasienter»



Kommentarer:

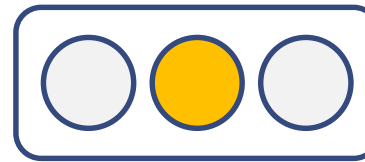
19



«Denne pasient gruppen krever mye tid og ressurser, og i vaktsituasjon har man lite av tid. Erfaringsmessig lite å hente i støtte fra psykiatrisk avdeling når pasienten er innlagt i somatisk avdeling»

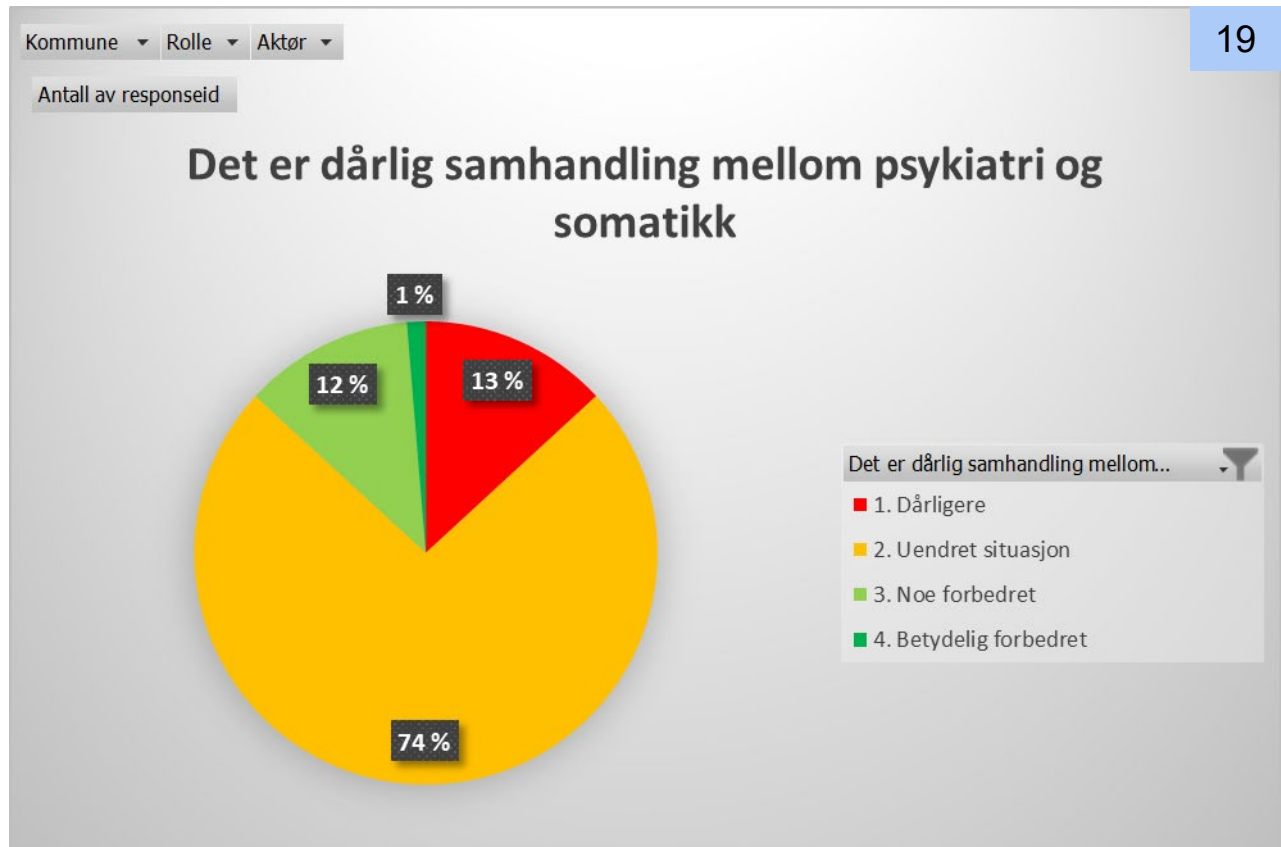
«Det handler om å øke kompetanse på somatisk sykdom i psykiatrien. Mange andre sykehus håndterer f. Eks enkle intoxpas. selv. Somatikken skal hele tiden se hele mennesket. Det er ofte ikke slik i psykiatrien»

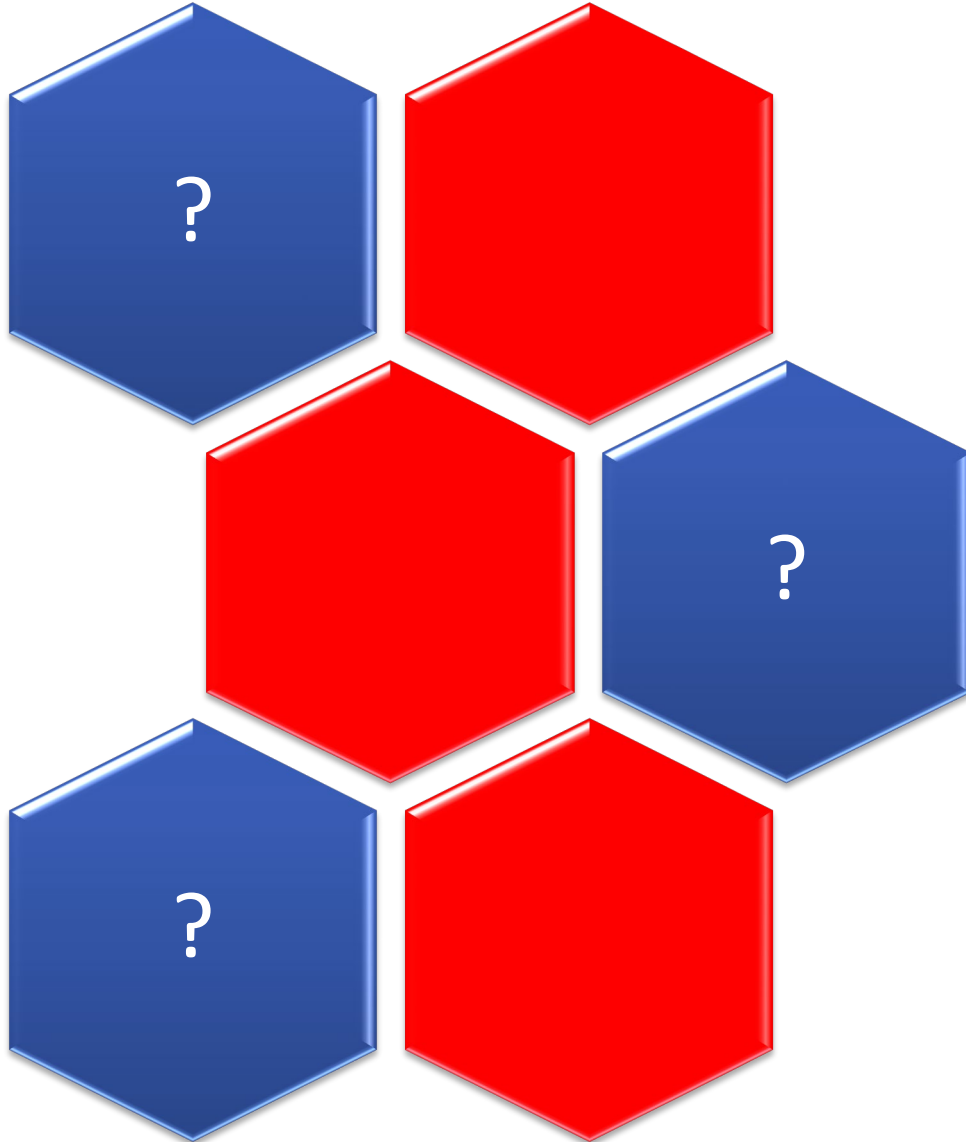
«Psykiatrisk avdeling er fysisk lokalisert et langt stykke unna akuttmottaket. Dårlig mulighet for psykiatrisk tilsyn ved akutte pasienter»



Kommentarer:

19





Ekstraoppgave (hvis dere blir ferdig på oppgave 1)

Gruppeoppgave 2: Andre tiltak – akutte tjenester

Basert på diskusjon og innspill i gruppen – **foreslå 3 konkrete forbedringstiltak** som gruppen tenker er viktigst å gjennomføre i 2024/25.

Dere kan velge fra utfordringsområder på neste side, eller velge fritt fra egne erfaringer med akutte tjenester

Svaret sendes på mail/sms til aasdag@sthf.no/90651126
før kl.12.00

N.B. Merk gruppenummer og oppgave 2

Noen identifisert utfordringsområder

Legevakt - lang ventetid,
behov for legevaktsbil

Ulik bruk av
støttesystemer -
Pasientens følgeskjema,
felles verktøy, etc.

Eldre/skrøpelige
pasienter - manglende
behandlingsavklaring

Mangel på
ressurser/høy
arbeidsbelastning

Bedre pasientflyt og
kapasitet i mottak

Konferering mellom
kommune vs sykehus

Skien vs Notodden -
hvor skal pasienten?

Ikke fokus på samarbeid
på tvers av
tjenestelinjer og fag

AMK kjenner ikke til
våre utfordringer, ulik
triagering

Finne riktig behandling,
mangel på klinisk
erfaring/kompetanse

Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00	Registrering
09:00 – 09:10	Innledning – velkommen til akuttkonferansen
09:10 – 09:30	Nasjonale føringer for akutte tjenester (HDIR/HOD)
09:30 – 10:45	Hva med Telemark – innsikter kartlegging og analyse Paneldebatt: Det akutte utfordringsbildet <ul style="list-style-type: none"> • Akuttmottak/sykehus • Akutt psykiatri og rus • Prehospital/ambulans • Legekantor/legevakt/Kommunal helsetjeneste
10:45 – 11:00	Pause
11:00 – 12:00	Gruppearbeid – hvilke tiltak er viktigst i 2024-25/hva gjør vi?
12:00 – 13:00	Lunsj med noe ekstra - demonstrasjon av: <ul style="list-style-type: none"> • Akuttbilen • Legevaktsbil
13:00 – 13:40	Hva har andre fått til: <ul style="list-style-type: none"> • St.Olav: Den akuttpolikliniske pasienten - best effektivt avklart • Rørosprosjektet: samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
13:40 – 14:20	Pasientflyt – akutte pasienter <ul style="list-style-type: none"> • Meldingsflyten akuttmottak – kommunene • Akutthjelpere • Kompetanseutvikling i Vest-Telemark
14:20 – 14:45	Resultat fra gruppearbeidet
14:45 – 15:00	Veien videre



**Gratis, men behov for påmelding
for praktisk formål**

**Påmelding: svar på invitasjonen eller send
en mail til aasdag@sthf.no innen 20.10.23**

Den akuttpolikliniske pasienten

Best effektivt avklart



Lars Erik Laugsand, MD/ PhD

Assisterende klinikk sjef

Akuten – Klinikk for akutt og mottaksmedisin

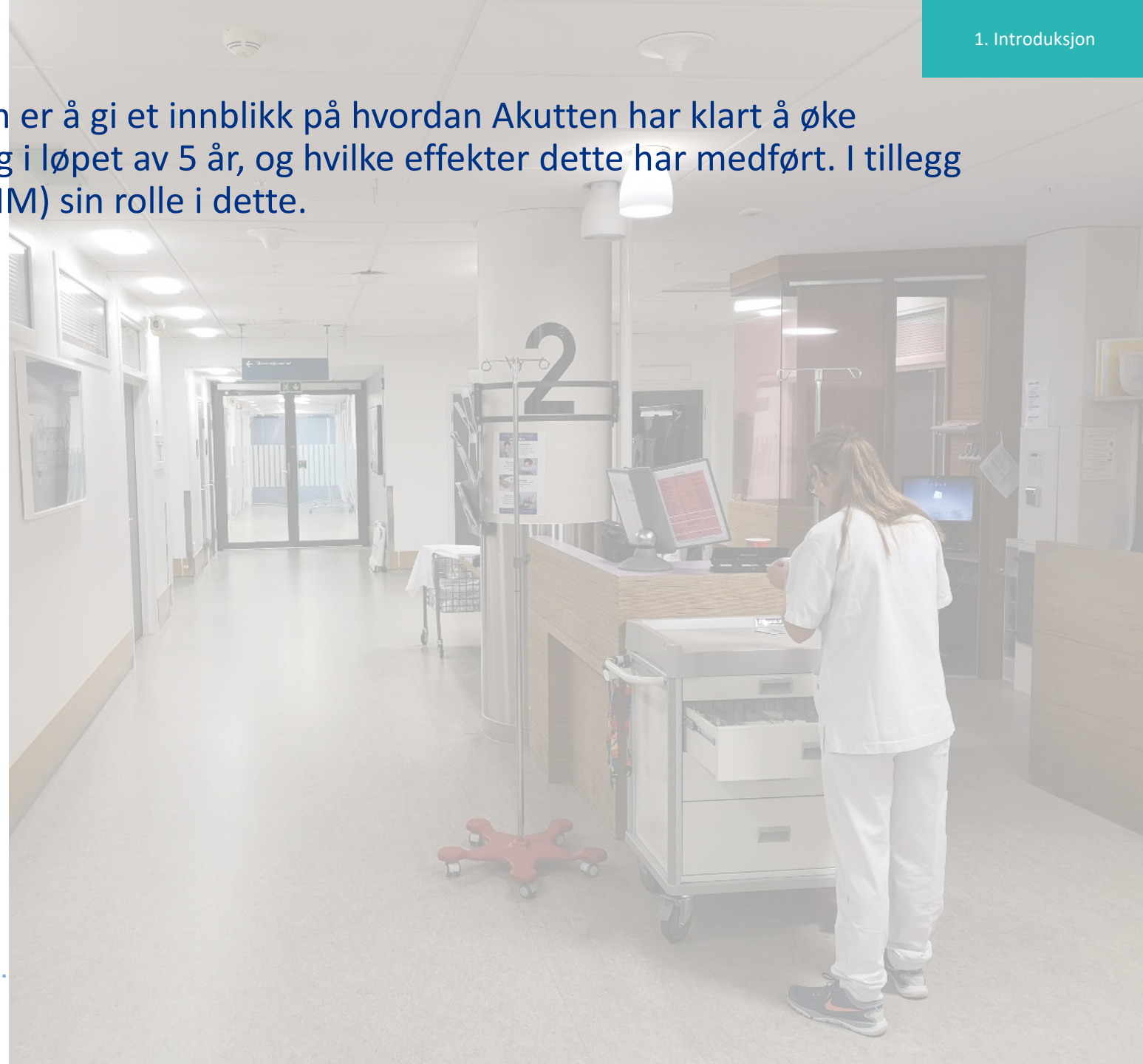
St. Olavs hospital

30.10.23

Formål: Formålet med presentasjonen er å gi et innblikk på hvordan Akutten har klart å øke poliklinisk pasienthåndtering betydelig i løpet av 5 år, og hvilke effekter dette har medført. I tillegg skissere akutt og mottaksmedisin (AMM) sin rolle i dette.

Agenda:

- 1 Introduksjon
- 2 Situasjon & utfordring
- 3 Mål, hypotese & forutsetninger
- 4 Analyse & modell
- 5 Løsning
- 6 Resultat
- 7 Videre plan og refleksjon



Utgangspunkt: Et synkende skip med lite struktur og styring kan best beskrive situasjonen hos Akutten i mai 2018 – litt likt som denne sliden

Fullt sykehus

Fullt akuttmottak

Alvorlige pasienthendelser

Kaotisk og manglende verktøy for å håndtere et fullt akuttmottak

Fylkeslegen koplet inn

Lav akuttpoliklinisk aktivitet

Arbeidstilsynet koplet inn

Sykepleierne hadde sendt varsel til Arbeidstilsynet

Misfornøyde ansatte

Pasienttilstrømning: Større etterspørsel og krav til Ø-hjelp har medført at det i 2022 var 32 000 pasienter innom Akutten, noe som tilsvarer en formidabel vekst på 67 % siden 2012

67 %

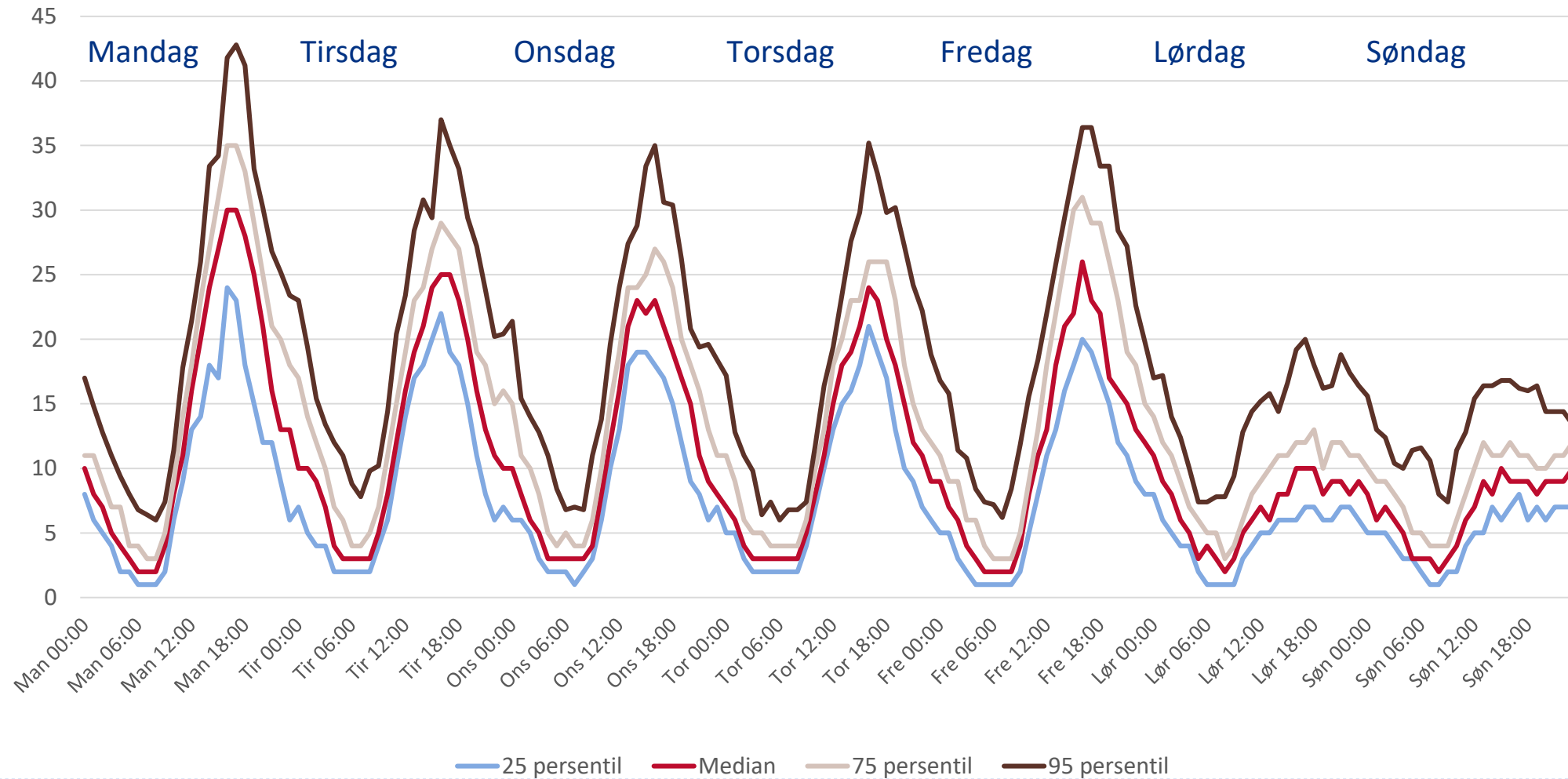
i pasientvekst siden
2012

32.103

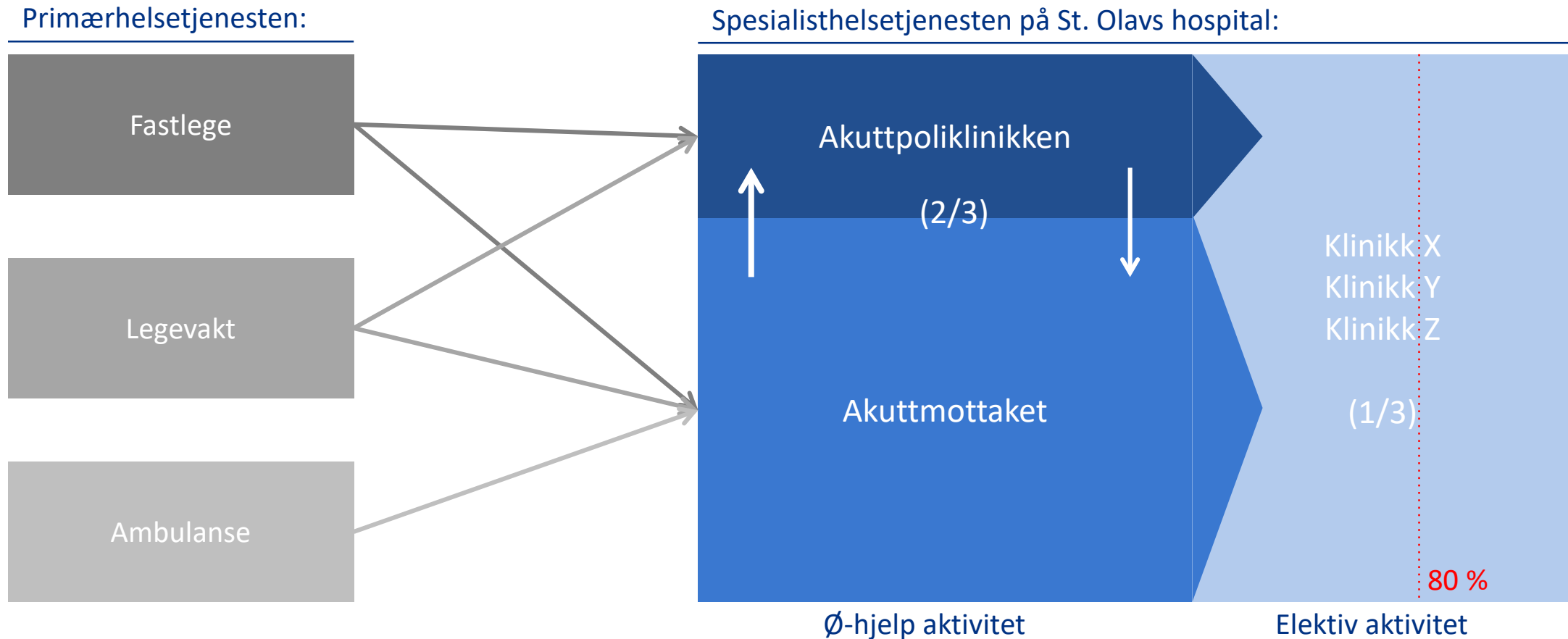
pasienter totalt
hos Akutten i
2022



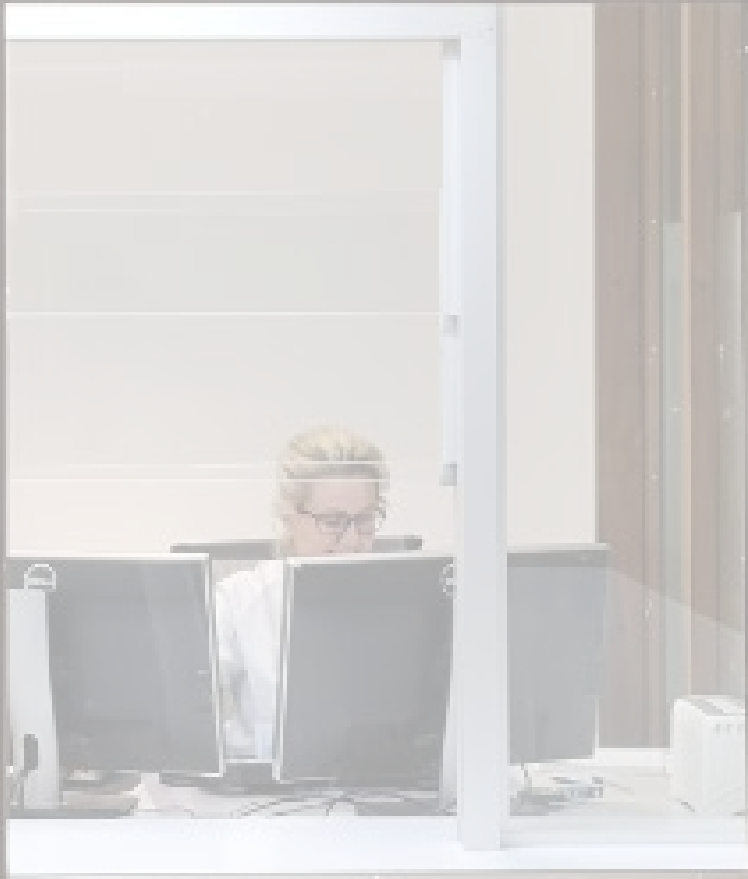
Variasjon i tilstrømning: Antall pasienter i Akutten svinger betydelig i løpet av en ukesyklus, men det er et potensiale for å utnytte ledig kapasitet på formiddager til poliklinisk pasienthåndtering



Pasientreisen: Akuttstrømmen reduserer kapasiteten til spesialistfunksjonene, så det vil være en fordel å snu pasientstrømmen eller jevnere fordele strømmen ved hjelp av akuttpoliklinikken



Mål: Ved å tenke poliklinisk håndtering ved enhver mulighet er målet å redusere antall innleggelser, unødvendig ventetid, forbedre pasientbehandlingen samt opplevelsen for pasienter & ansatte



Mål: Tenke poliklinisk håndtering ved enhver mulighet

A

Redusere antall innleggelser

B

Redusere unødvendig ventetid per pasient

C

Bedre opplevelse for pasient og personell

D

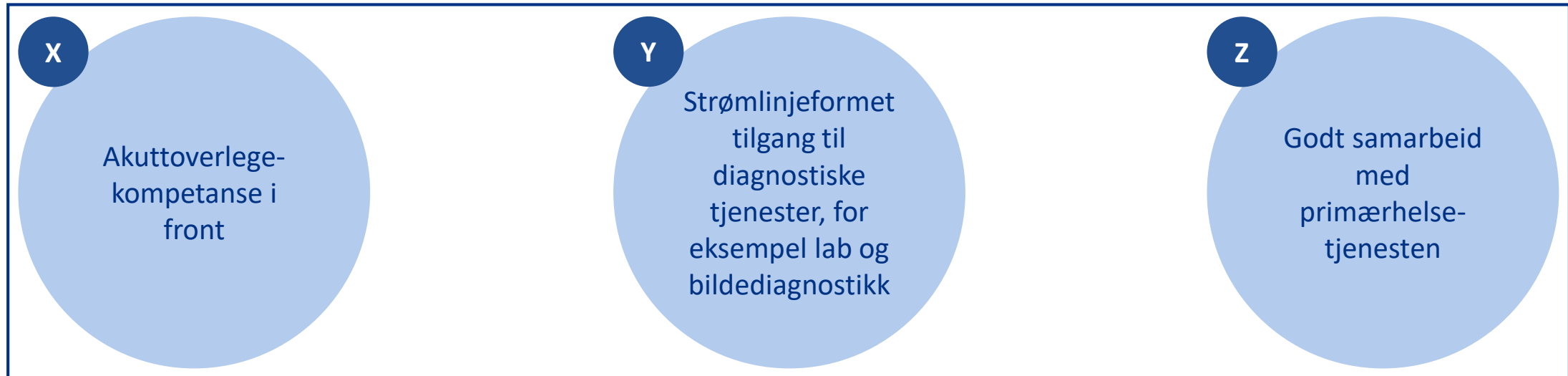
Bedre kvaliteten på pasientbehandlingen

Forutsetninger: nødvendig for å lykkes med ny akuttmottaksorganisering med økt poliklinifisering er: **(X)** akuttoverlegekompetanse i front, **(Y)** diagnostiske tjenester er lett tilgjengelig, og **(Z)** tett samarbeid med primærhelsetjenesten

Hypotese:

Betydelig andel Ø-hjelp kan trygt håndteres samme dag eller påfølgende dag uten behov for innleggelse

Forutsetninger for å lykkes med hypotese:



DAECA-modellen: Ved å applisere modellen til norske forhold og St. Olavs hospital kan vi jobbe strukturert med å frigjøre senger på sengeposter og kvantifisere potensialet

DEACA (Directory of Ambulatory Emergency Care for adults):

A

Brukt av NHS
(National Health
Service) i
Storbritannia siden
2007

B

Oppgir 50
tilstandsgrupper hos
pasienter med et
potensial for
dagbehandling

C

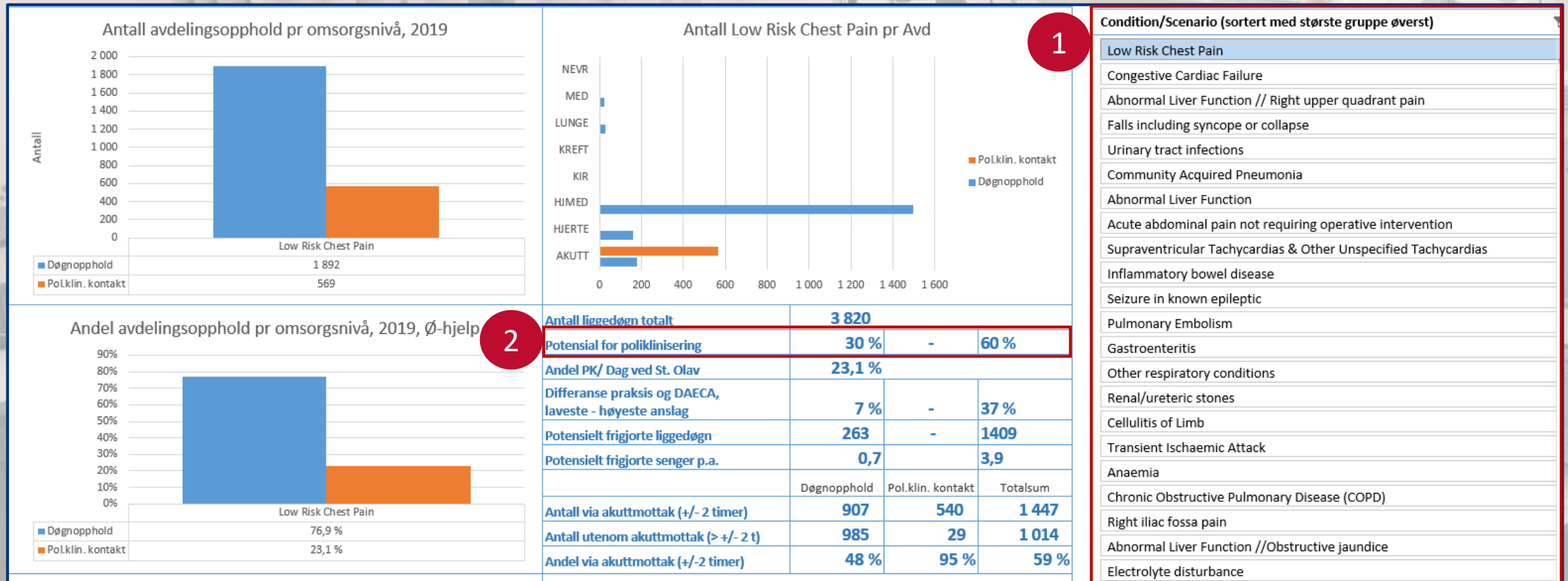
Gir et teoretisk
potensiale for å
frigjøre senger –
minimum og
maksimum – ved
dagbehandling av
akuttpasienter

Nyttig verktøy:

Helsedirektoratet tilpasser nå modellen til norske forhold, blant annet tilstandsgruppene, slik at modellen kan implementeres i hele Norge

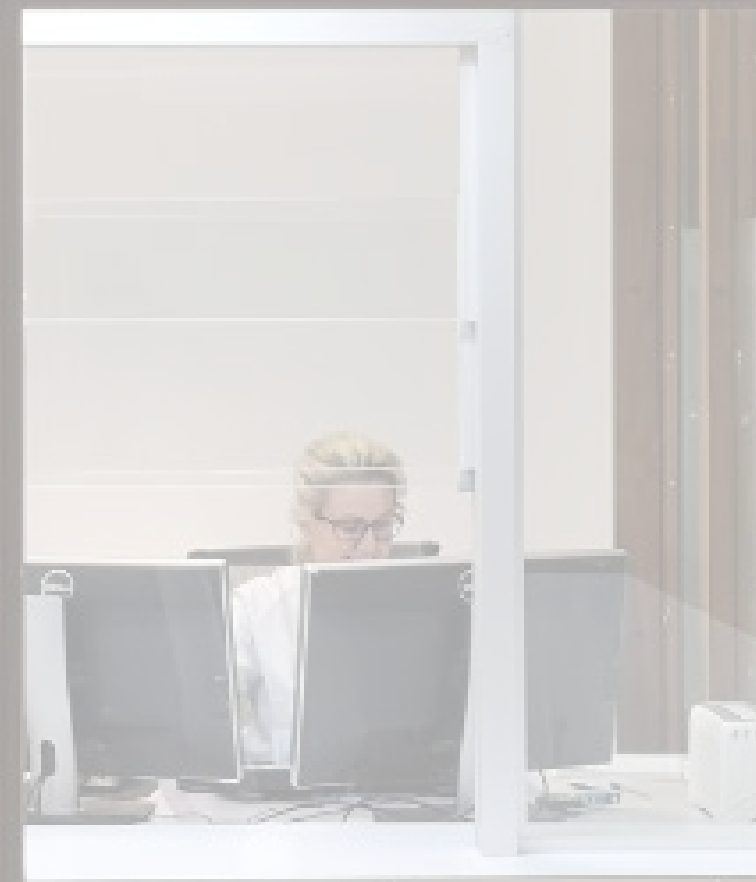
DAECA-modellen: Tilpasninger som må gjøres er å kartlegge (1) hvilke pasienttilstander som kan behandles poliklinisk og (2) prosentvis minimum og maksimum potensial for poliklinisk behandling

DEACA-modellen:



KPI-er for Akutten: Forventede effekter av tiltak i 2018 var økt poliklinisk behandling, kortere oppholdstid, færre innleggelser, frigjøring av senger og bedre pasientsikkerhet

#	KPI:	Forventet effekt:
a	Andel poliklinisk behandlet i Akutten	Øke fra 20 % til 35 %
b	Antall innlagte fra Akutten	Reduksjon
c	Frigjøring av senger på sengepostene	20-30 frigjorte senger
d	Antall uønskede pasienthendelser	Ingen alvorlige
e	Oppholdstid for poliklinisk behandlede	Nedgang på 50 %

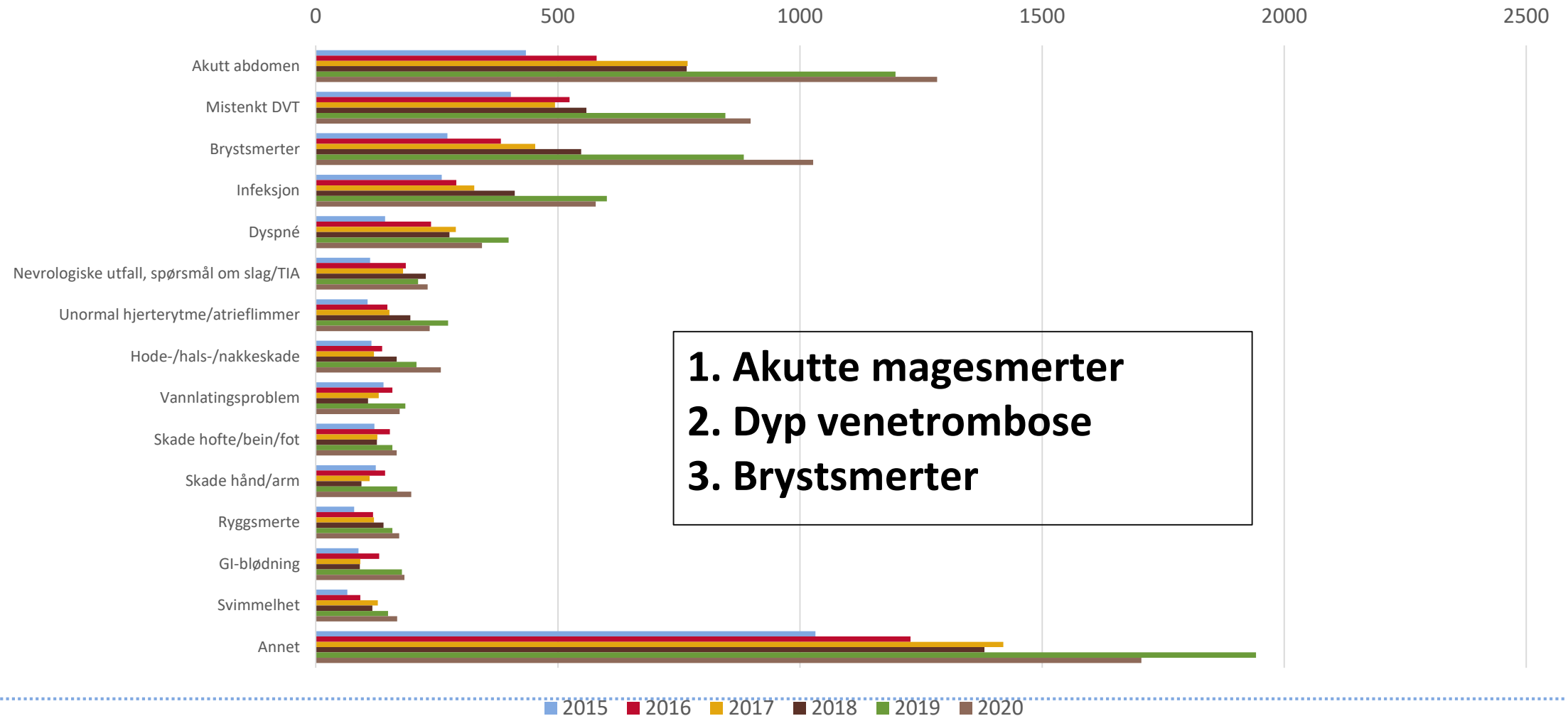


Tiltak: For å løse utfordringene ble det iverksatt åtte tiltak i 2018 som samlet skulle forbedre Akutten og sykehuset som helhet

Tiltak:

A Synlig og tydelig ledelse	B Ombygging av Akutten	C Akuttpoliklinikk med korttidsobservasjon	D Samhandlingstelefon, dialog med primærhelsetjenesten
E Ny spesialitet i Akutt- og mottaksmedisin	F Standardiserte pasientforløp	G 24/7 beleggskoordinator og samarbeid med sengepostene	H Kompetansefremmede tiltak i Akutten

N polikliniske pasienter i Akutten St. Olavs hospital 2015-20



1. Akutte magesmerter
2. Dyp venetrombose
3. Brystsmerter

Akuttpoliklinikken

- **ROM 1-** kardiologi- sykkel/ ekko
- **ROM 2-** DVT- UL apparat
- **ROM 3-** kirurgi- rektoskopi
- **ROM 4-** diagnostisk senter
- **Smitterom**
- **Suturstue/ ren skiftestue**
- **Intervensjonsrom**

- **Åpningstid:**
 - ✓ 08- 22 hverdager



Kompetanse i front- Akuttleger

Ny spesialitet mars 2019: Akutt og mottaksmedisin (AMM)

- Fokus på ledelse av akuttmottak
 - Hovedansvaret for optimalisering av pasientlogistikk
 - Vurdere alle pasienter uavhengig av fagtilhørighet
 - Tilser alle pasienter raskt og tilordner riktig forløp for pasienten
 - Innhenter adekvat spesialistkompetanse ved behov
 - Fokus på orienterende ultralyddiagnostikk
-
- 10 overleger (hvorav 6 spesialister i AMM), 7 LIS2/3, 4 LIS1, ALIS

Kompetanse i front med erfarne leger bidrar til færre feil og avvik

- Trening i rask og effektiv diagnostisering
- Supervisjon av uerfarne leger

God samhandling i akuttmedisinsk kjede

- *Samhandlingstelefonen*
- Ambulanse- akuttmottak
- Fastlege/ legevakt- akuttmottak



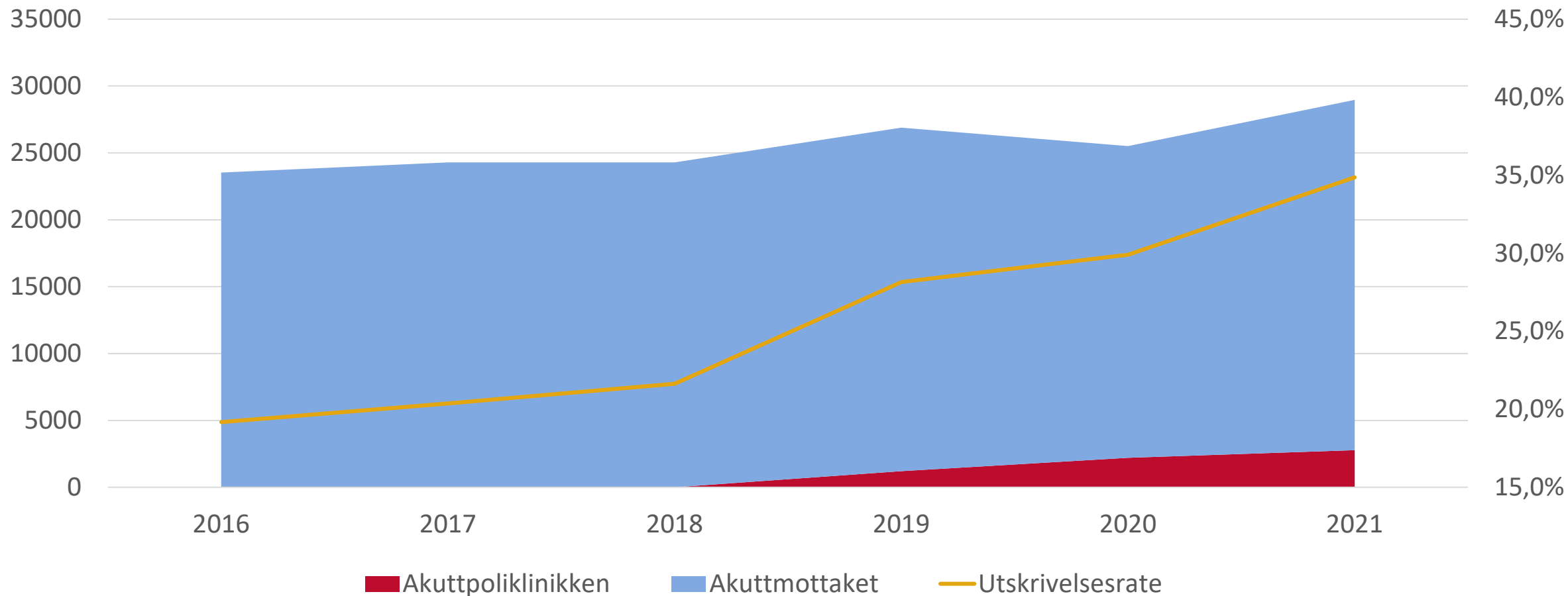
Samhandling med primærhelsetjenesten

- Forutsetning for å lykkes med akuttpoliklinikk
- Telefonisk samhandling med akuttlege
 - ✓ Mulighet for akuttpoliklinikk neste dag
 - ✓ Usikkerhet vedrørende indikasjon for innleggelse
 - ✓ Beslutningsstøtte
 - ✓ Ikke «konfereringsplikt»
 - ✓ Mål om mest mulige smidige pasientforløp
- Lokal samhandlingsgruppe x 1 per måned
- Lage pasientforløp
- Norsk elektronisk legehåndbok (NEL)
- Samarbeid med andre spesialavdelinger



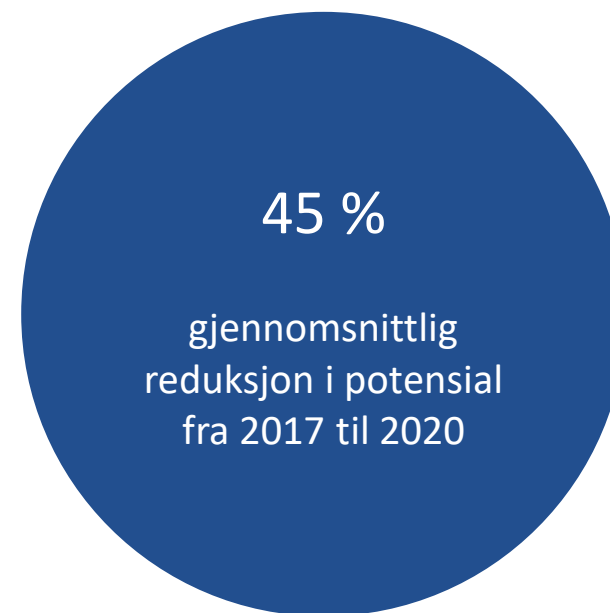
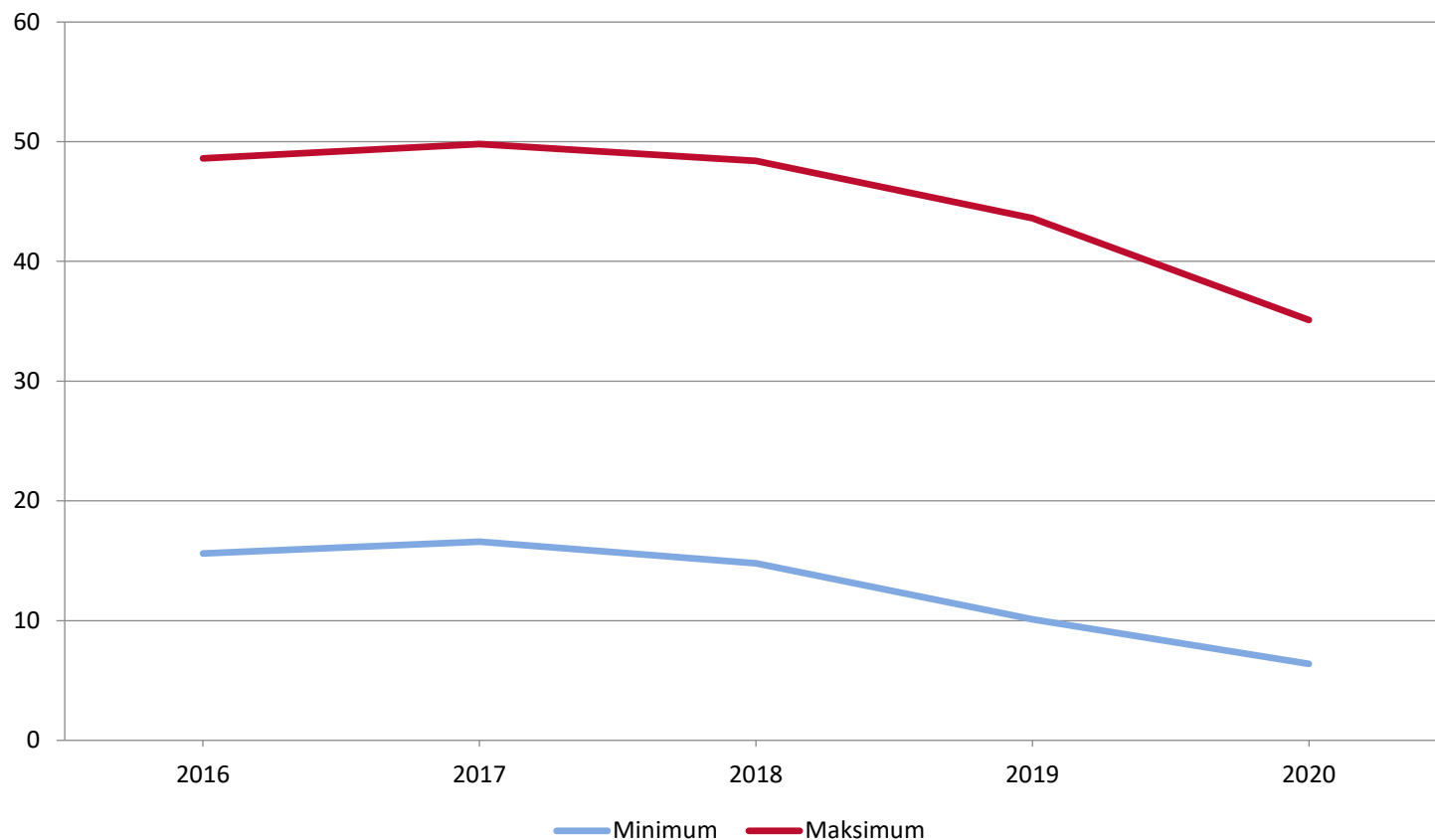
DET MODERNE AKUTTMOTTAK

Pasienttilstrømning og poliklinifisering i Akutten, 2016-2021



DAECA-modellen på Øya: Fra 2017 til 2020 har vi oppnådd 45% gjennomsnittlig reduksjon i potensiale for å redusere senger som tilsvarer 9 til 13 senger. I 2022 tilsvarte antallet sparte senger i sengepostene 11 til 16 senger

Teoretisk potensial for frigjøring av senger*:



Eksempel 1 – lavrisiko brystmerter: Andelen pasienter med lavrisiko brystmerter som håndteres poliklinisk har økt fra 15 %-poeng til 50 %-poeng fra 2017 til 2022, altså over en tredobling

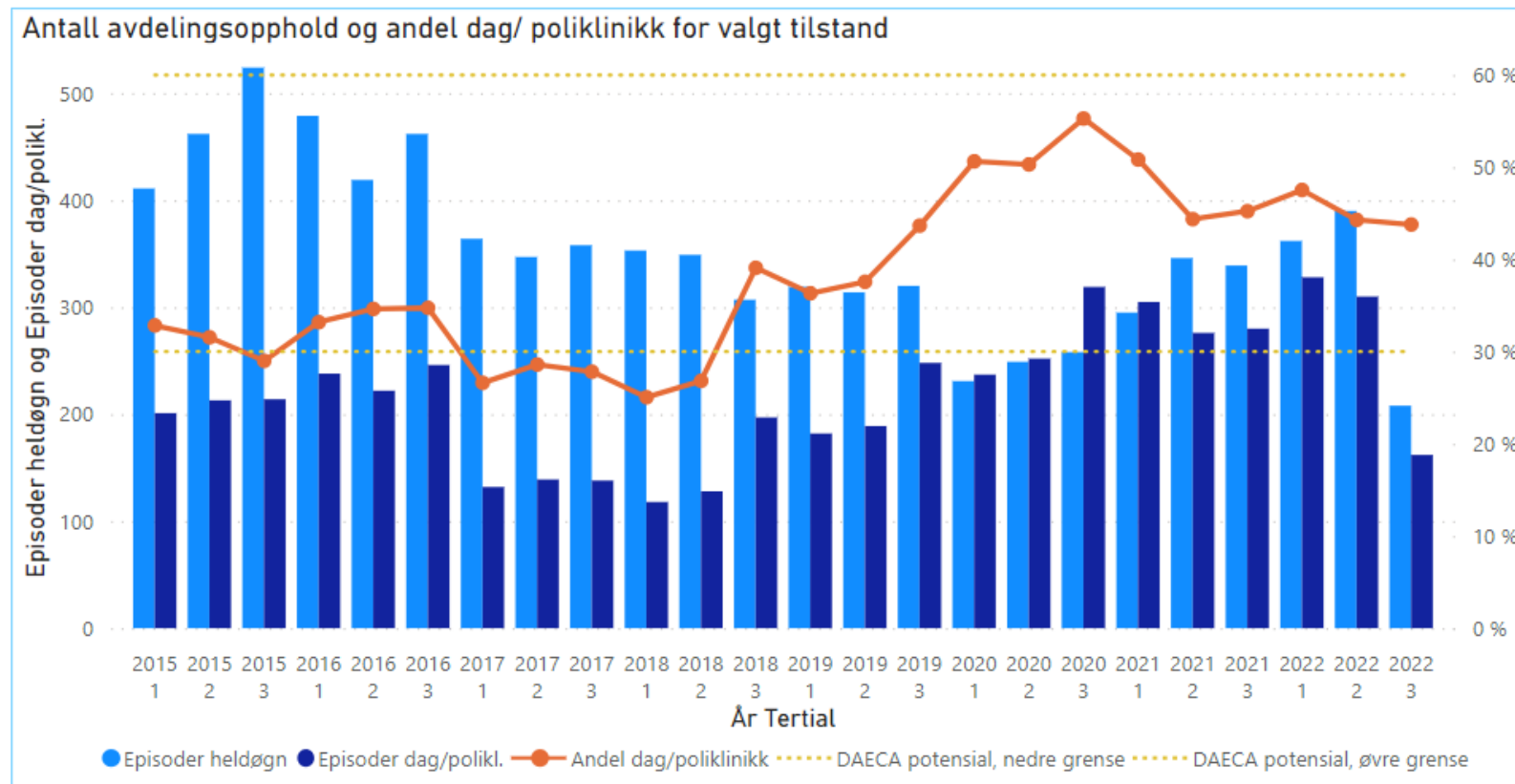
Lavrisiko brystmerter:



Vi har økt poliklinisk håndtering av lavrisiko brystmerter fra 15 %-poeng til 50 %-poeng fra 2017 til 2022

Eksempel 2 – akutte magesmerter: Andelen pasienter med akutte magesmerter som håndteres poliklinisk har økt fra 30 %-poeng til 50 %-poeng fra 2018 til 2022

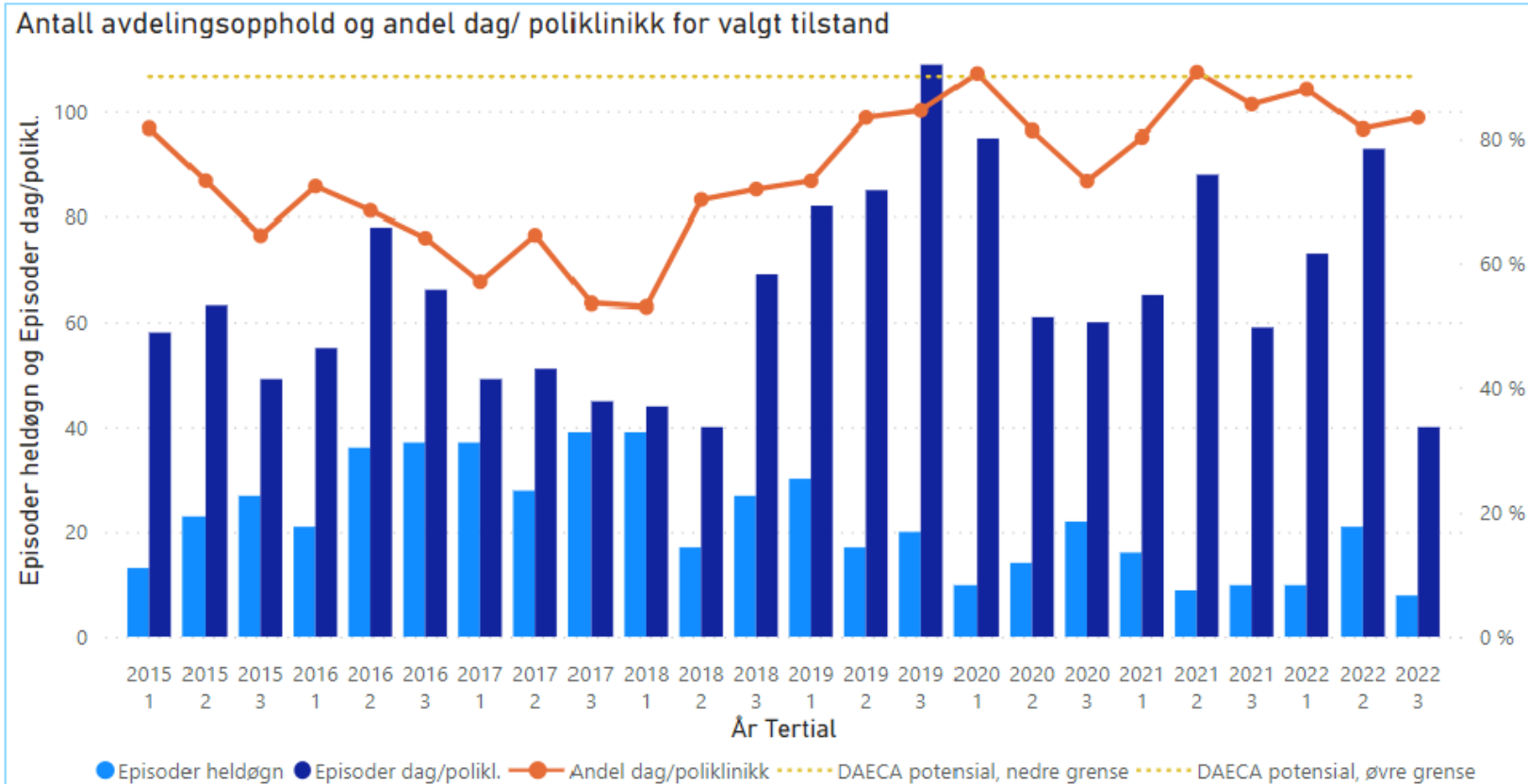
Akutte magesmerter:



Vi har økt poliklinisk håndtering av akutte magesmerter fra 30 % til 50 % fra 2018 til 2022

Eksempel 3 – dyp venetrombose: Nærmere 90 % av pasientene som henvises med spørsmål om DVT håndteres poliklinisk

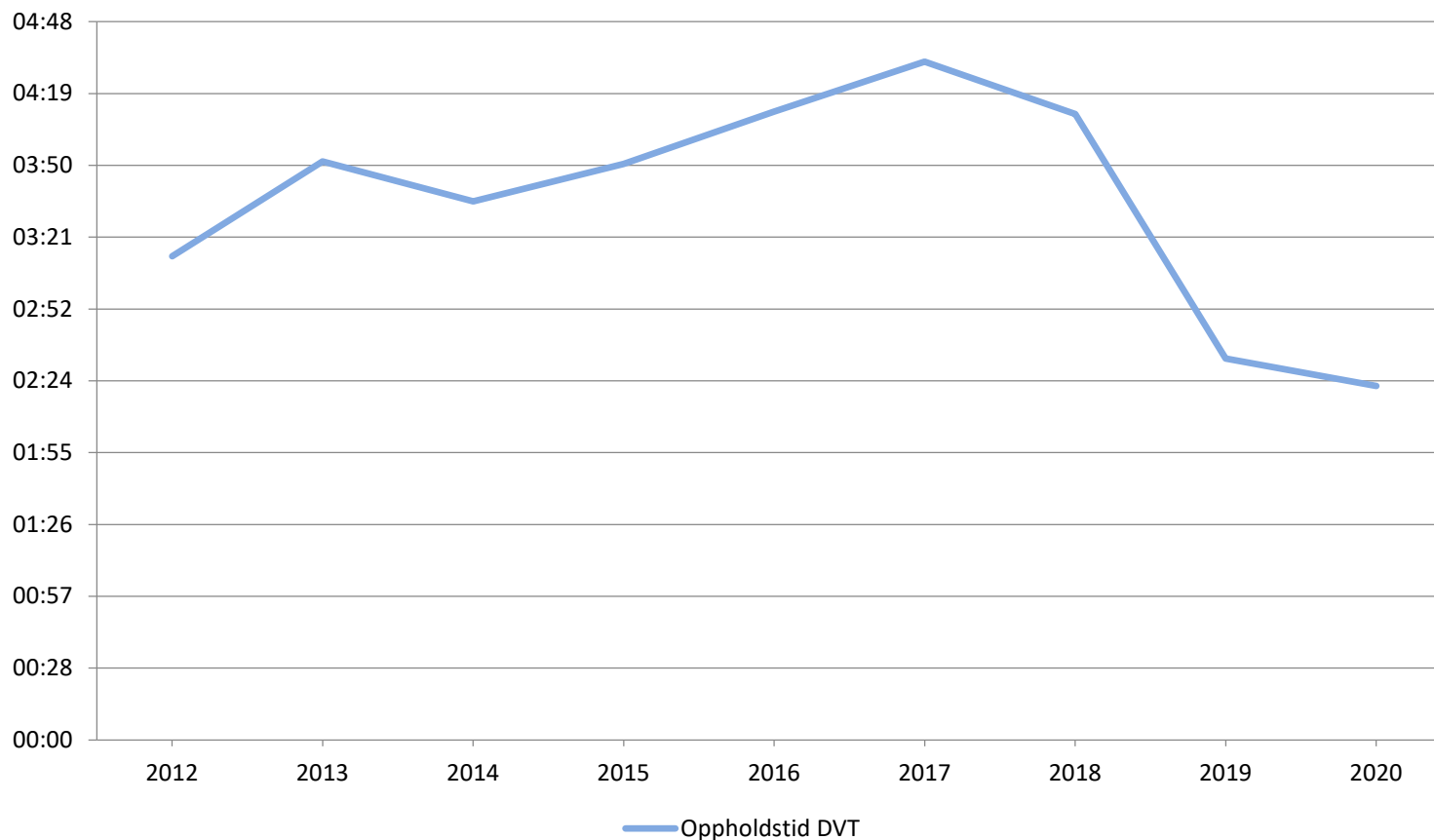
Dyp venetrombose (DVT):



Vi håndterer opp mot 90 % av pasienter som henvises med spørsmål om DVT poliklinisk

Oppholdstid: Pasienter med spørsmål om DVT har oppnådd en reduksjon på 48 % i oppholdstid, noe som har bidratt til mindre opphopning, økt pasienttilfredsheten, og bedring av arbeidsmiljøet

Reduksjon i oppholdstid tilknyttet dyp venetrombose (DVT):

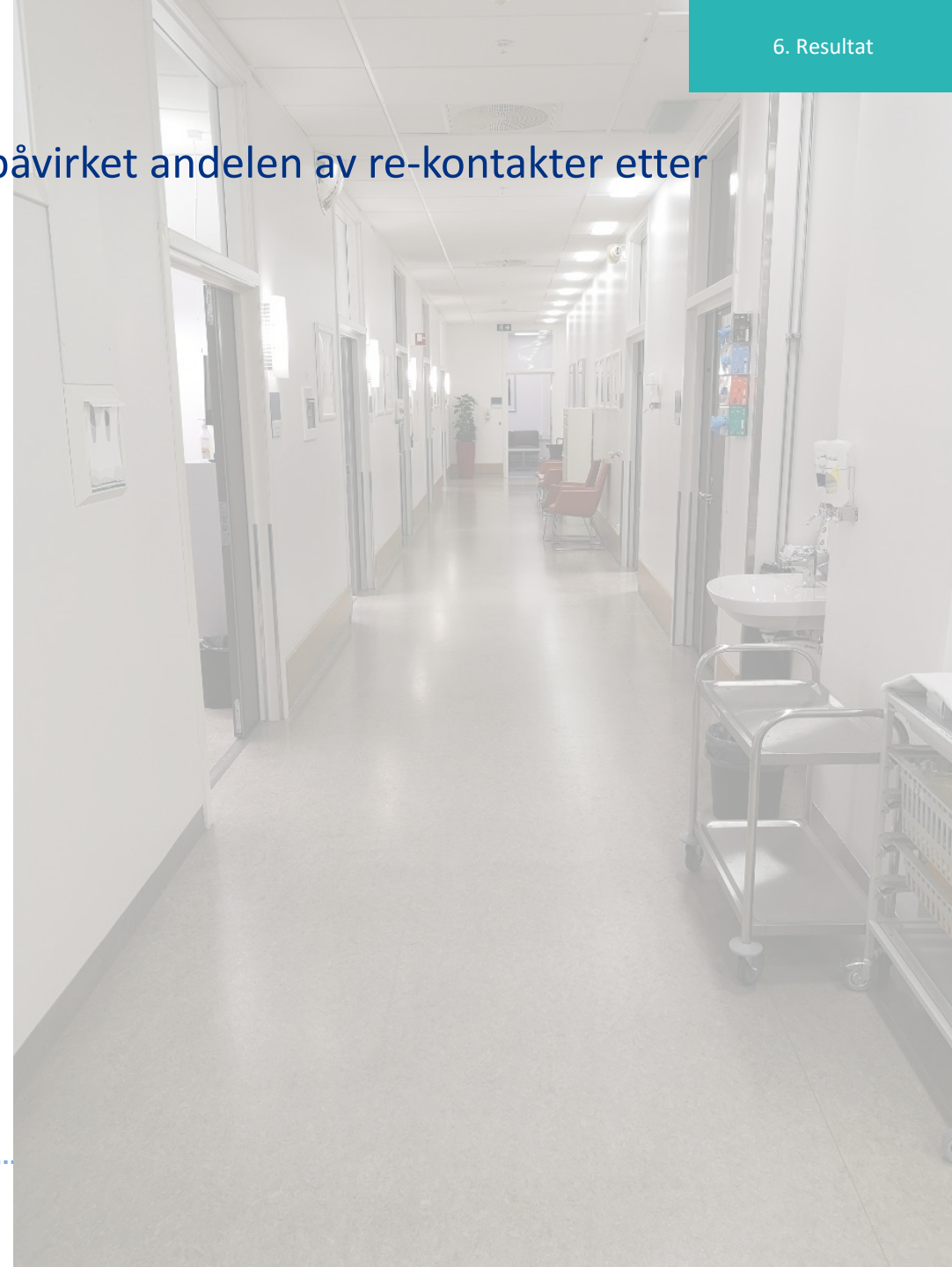
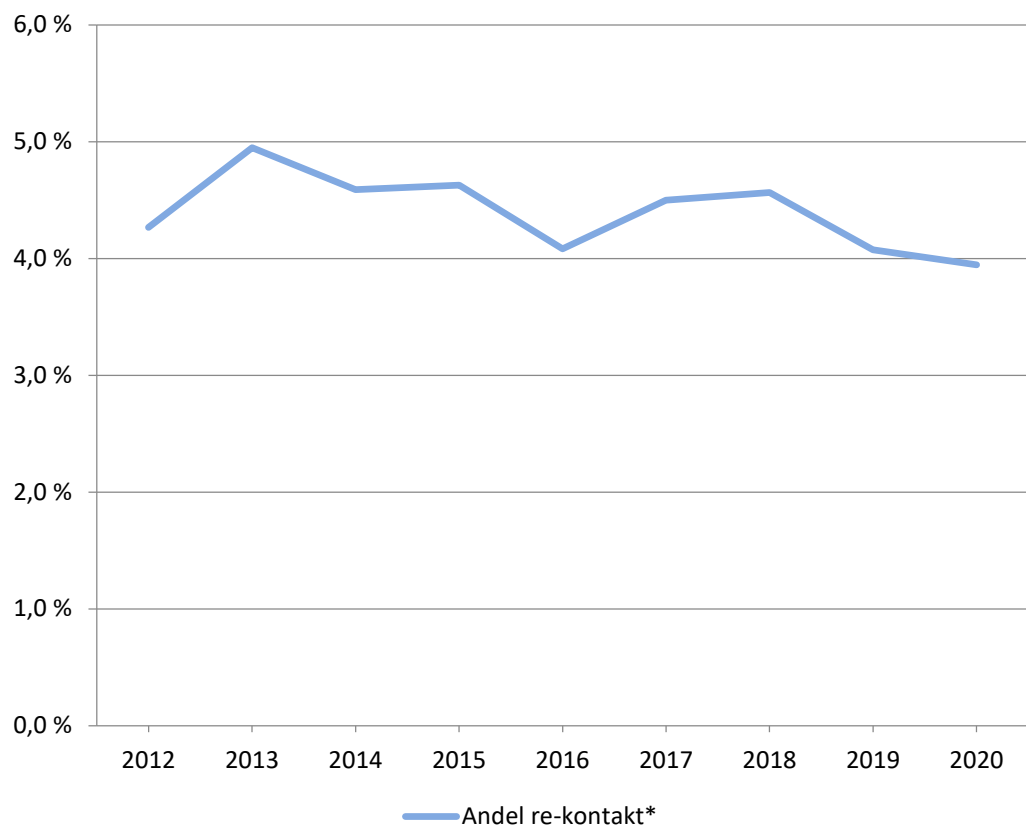


48 %

reduksjon i
oppholdstid for
pasienter med
spørsmål om DVT

Pasientsikkerhet: Høy akuttpoliklinisk behandling har ikke påvirket andelen av re-kontakter etter polikliniske håndtering i Akutten

Andel re-kontakt*:

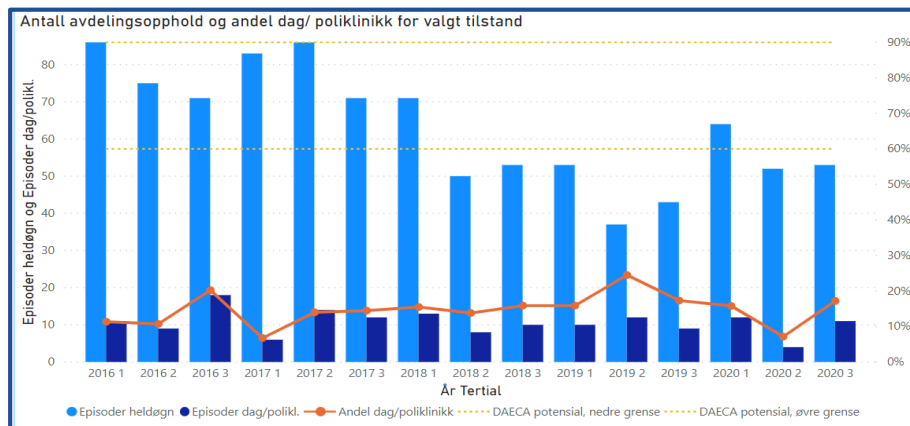


KPI-utvikling for Akutten: Resultater viser en tydelig positiv utvikling med økt poliklinisk aktivitet, færre innleggelser, frigjorte senger, og kortere oppholdstid

#	KPI:	Forventet effekt:	Resultat for Akutten i 2021:
a	Andel poliklinisk behandlet i Akutten	Øke fra 25 % til 35 %	35% for 2021
b	Antall innlagte fra Akutten	Relativ reduksjon	500 færre enn i 2017
c	Frigjøring av senger på sengepostene	20-30 frigjorte senger	Mellom 10-15 senger
d	Antall uønskede pasienthendelser	Nedgang i antall EQS-meldinger	Ingen alvorlige pasienthendelser
e	Oppholdstid for poliklinisk behandlede	Nedgang på 50 %	Nedgang på 53 % for DVT-pasienter

Videre prosess: Neste steg vil være å arbeide med å innføre og ta i bruk en døgn til dag-klassifikasjon, etter DAECA-modellen, for tilstandsgruppene (1) lungeemboli, (2) synkope, (3) pneumoni, og (4) TIA...

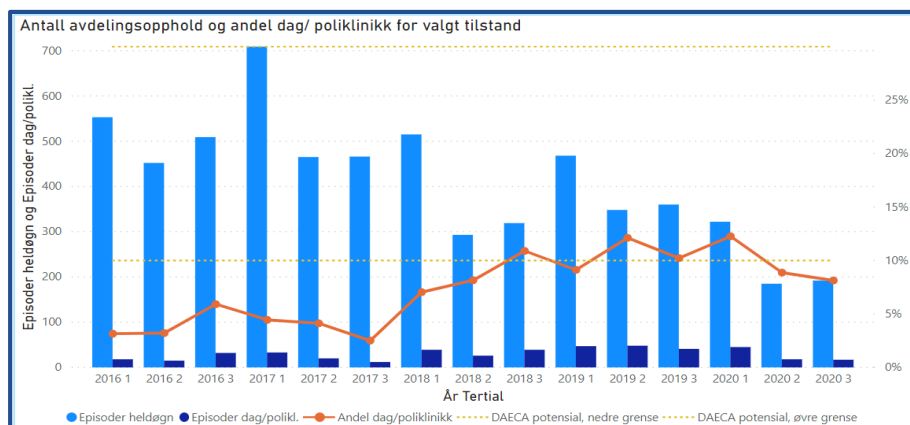
1) Lungeemboli: 0,7-1,1 potensielt frigjorte senger



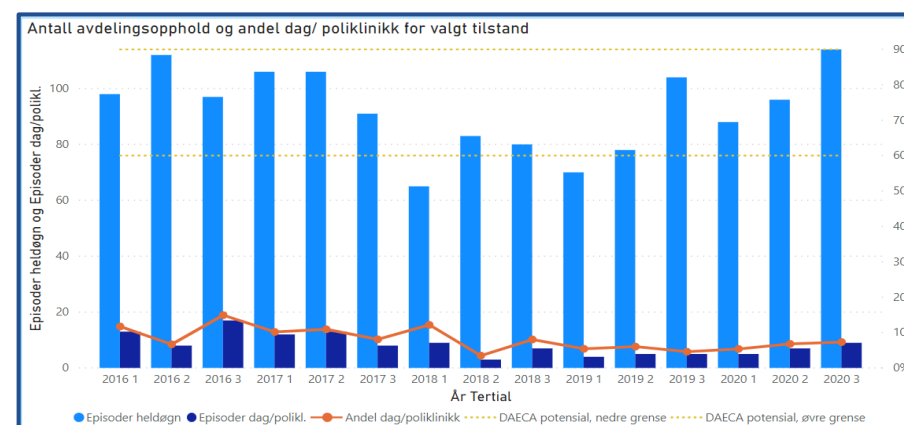
2) Synkope: 0,7-1,4 potensielt frigjorte senger



3) Pneumoni: 0,2-2,1 potensielt frigjorte senger

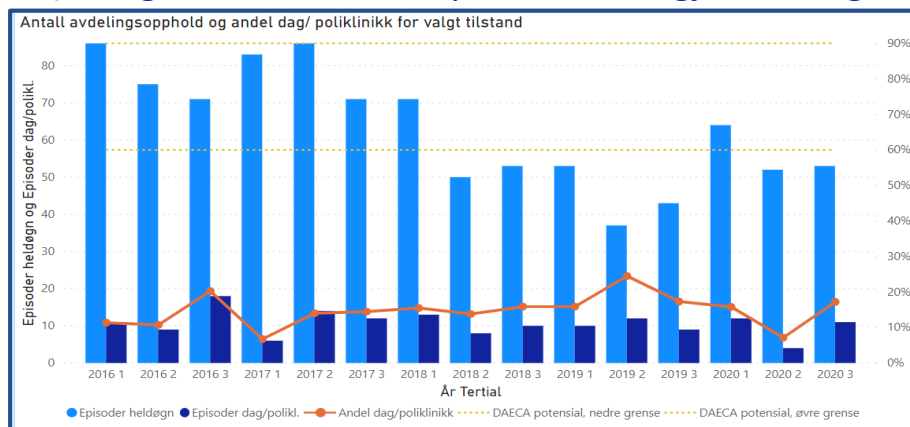


4) TIA: 0,8-1,2 potensielt frigjorte senger



Videre prosess: ...som totalt kan frigjøre mellom 2,4 og 5,8 sengeplasser på St. Olavs hospital fremover – sagt med andre ord, vi har fortsatt et potensiale å utnytte

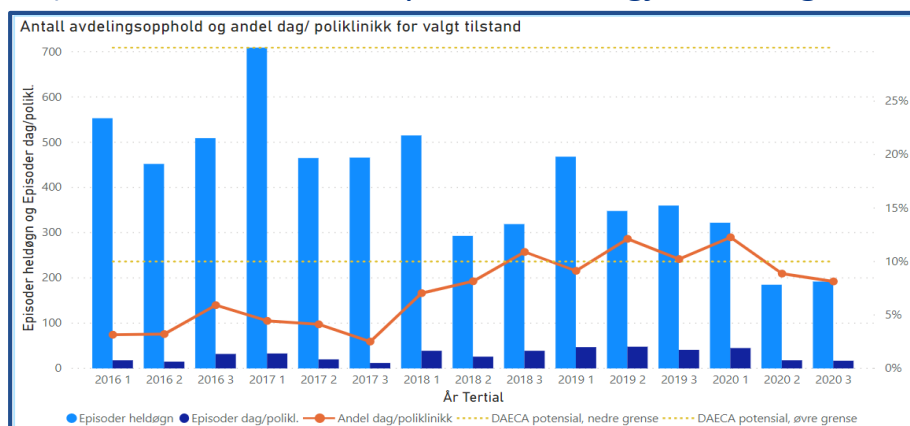
1) Lungeemboli: 0,7-1,1 potensielt frigjorte senger



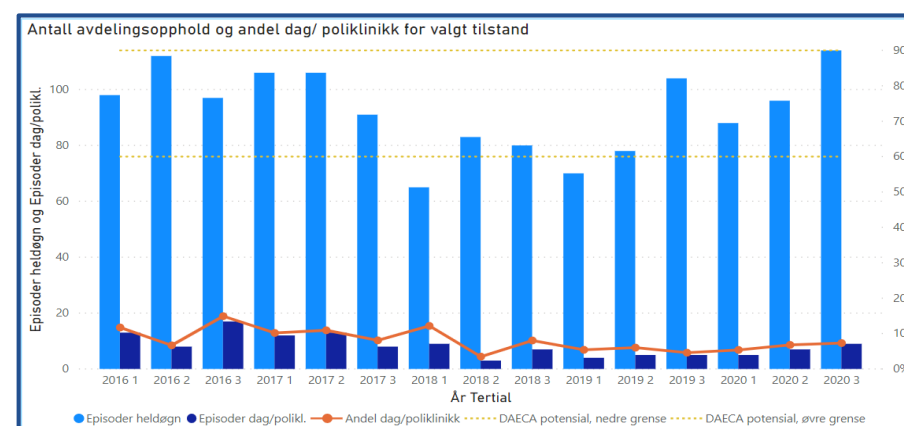
2) Synkope: 0,7-1,4 potensielt frigjorte senger



3) Pneumoni: 0,2-2,1 potensielt frigjorte senger



4) TIA: 0,8-1,2 potensielt frigjorte senger



Oppsummering: Resultater viser en positiv utvikling med bedre kapasitetsutnyttelse, effektivisering, og styrket pasientsikkerhet for både Akutten og sykehuset

Høy grad av akuttpoliklinisk håndtering bidrar til:

I Akutten	Buffer mot variasjon og bedre kapasitet	Buffer mot variasjon og bedre kapasitet	For sykehuset
	Mindre opphopning av pasienter	Reduserer lavinntektsinnleggelser	
	Bedre pasientsikkerhet	Gir rom for mer elektiv aktivitet	
	Bedre pasienttilfredshet og arbeidsmiljø	Gir rom for flere komplekse pasienter	
	Høyere inntekter	Effektivisering	

AKUTTEN PÅ ST. OLAVS HOSPITAL

EN FREMTIDSRETTET AVDELING



Q&A

TAKK FOR OPPMERKSOMHETEN!

RØROSPROSJEKTET



«Rørosmodellen»

Kort fortalt.

- Samarbeidsprosjekt mellom St.Olavs Hospital og Røros Kommune.
- Akuttbil utstyrt med akuttmedisinsk utstyr+++
- Bemannet med 1 Paramedic (+Lege)
- En del av den daglige akuttberedakapen
- Skape nye samarbeidsformer på tvers av forvaltningsnivåene.
- Utfører oppgaver innen primærhelsetjenesten



Avstand: St.Olav: 150 km
Tynset Sykehus (Innlandet) 52 km

6.1.2.3 Lokalisering



Befolkning



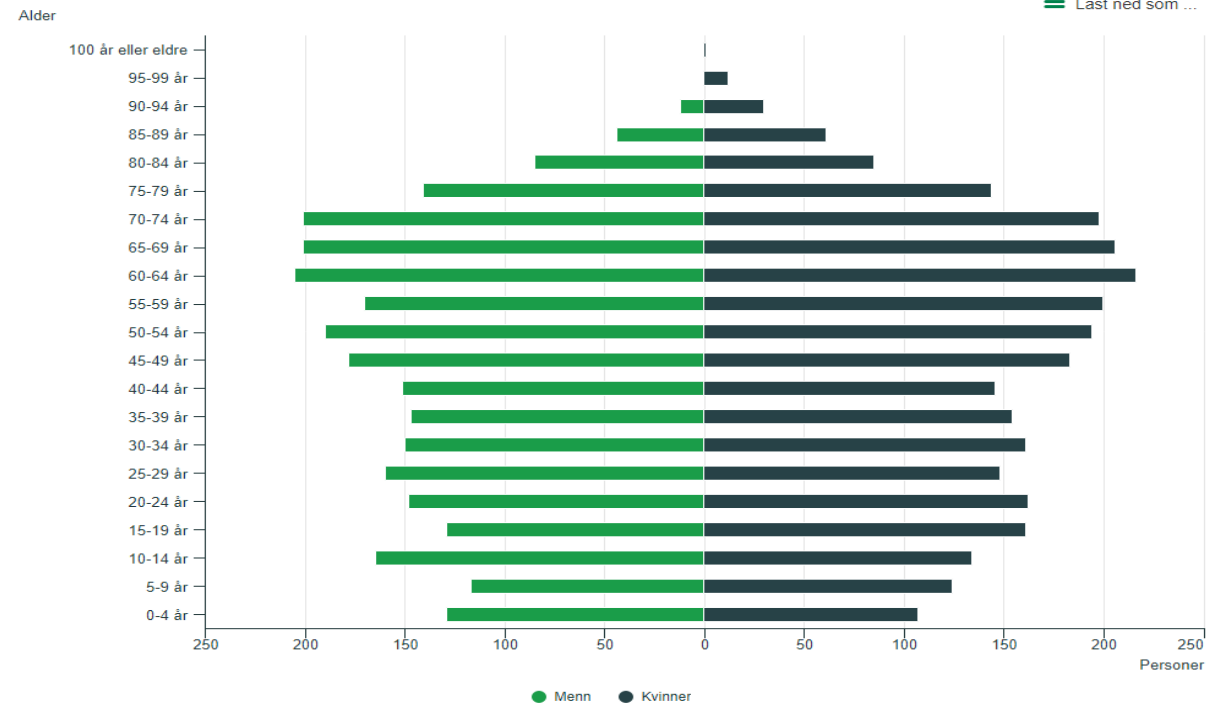
Folketallet
3. kvartal 2021


5 544 innbyggere

Kilde
[Befolkning, Statistisk sentralbyrå](#)

Aldersfordeling for innbyggerne i kommunen

Vis som figur Vis som tabell

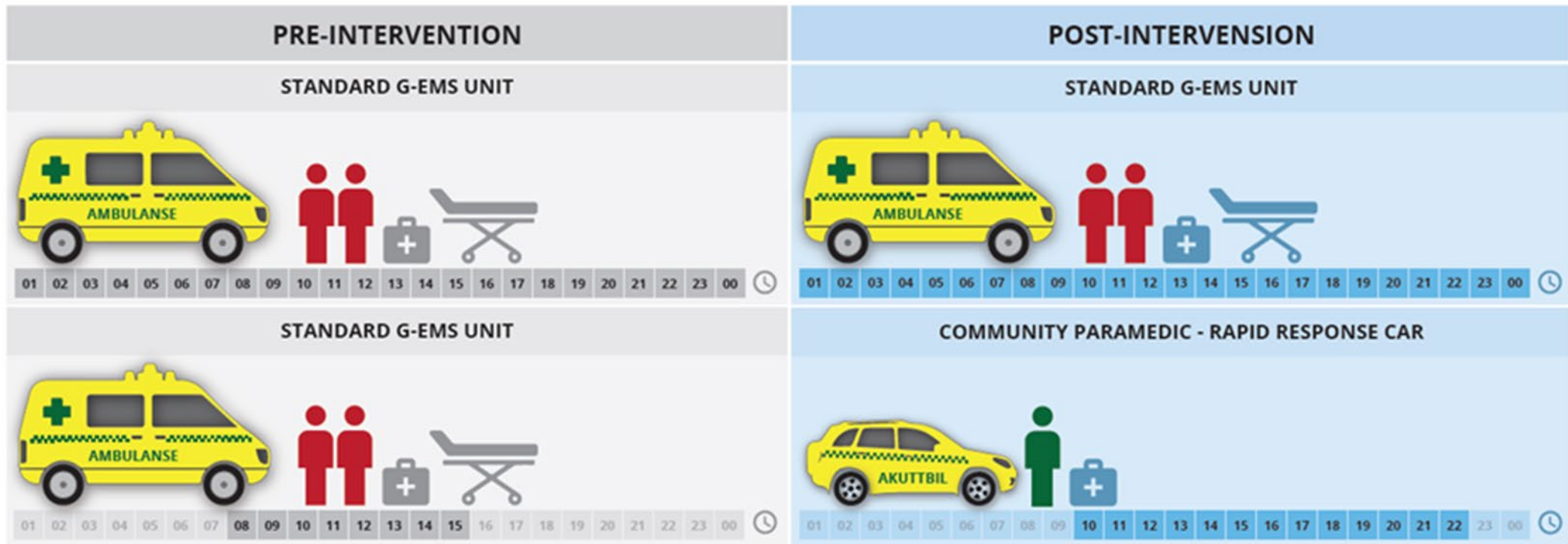


 Uttrekk med alle opplysninger

Skjul alle

	Oppdrag	Akutt	Haster	Vanlig	Kilometer	Timer
Røros	1 011	393	486	132	113 092	2 854
Røros 582	915	320	464	131	110 955	2 734
Røros 586	96	73	22	1	2 137	120
Hovedsum	1 011	393	486	132	113 092	2 854

Hva ble gjort primo 2018?



Mobil Integreert Helsetjeneste (MIH)

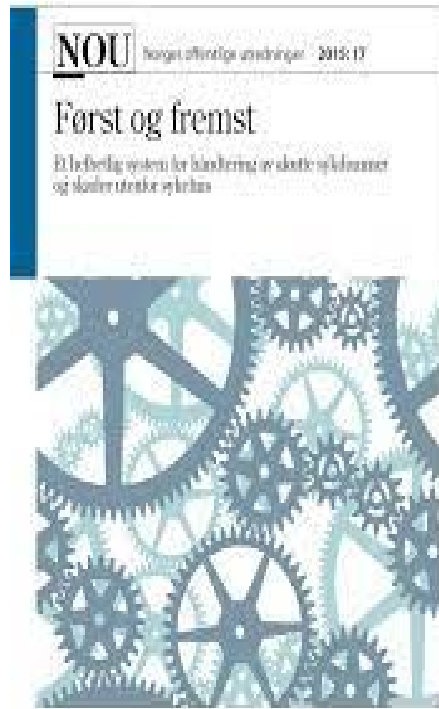
- forsøk på definisjon (Fellesfunksjonen og Helsedirektoratet, februar 2018)

Helsetjeneste levert i fellesskap av kommunen og helseforetaket
MIH betyr at de mobile tjenestene i lokalsamfunnet planlegges og ytes i samarbeid, ut fra brukerbehov, og møter befolkningen der den ferdes og bor Lokale helseinstitusjoner inngår som en viktig ressurs Akuttmedisinsk beredskap ivaretas som en del av de mobile tjenestene Flere kategorier helsepersonell bidrar med involvering av akutthjelpere



NOU 2015:17: En tidlig formulert visjon om MIH?

2015:17 (s 178 kap 14) Erfaringer fra andre land «Community paramedic»



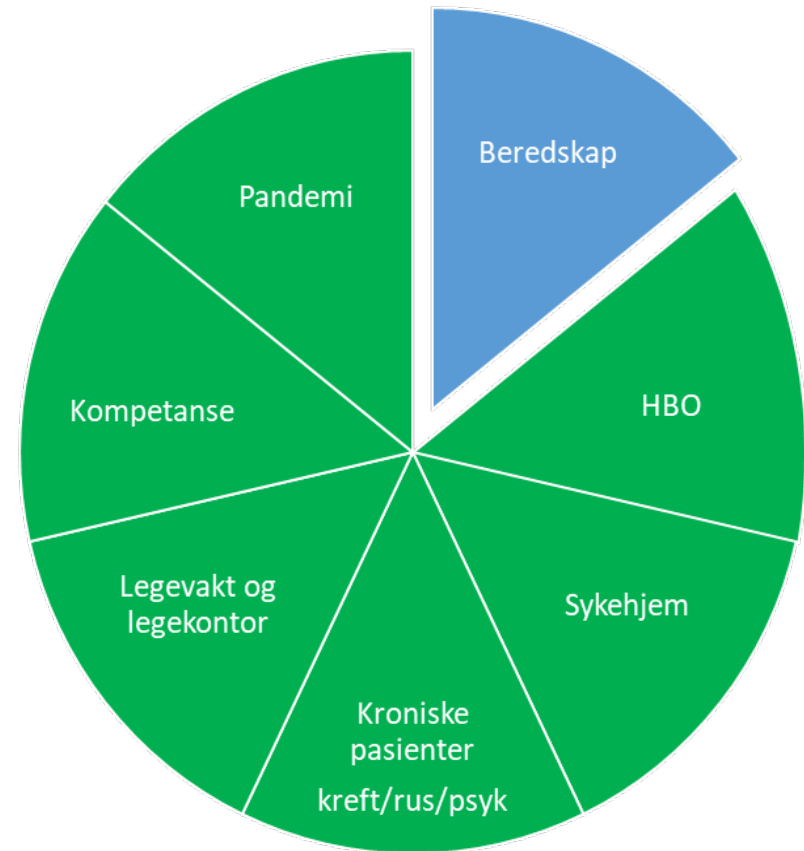
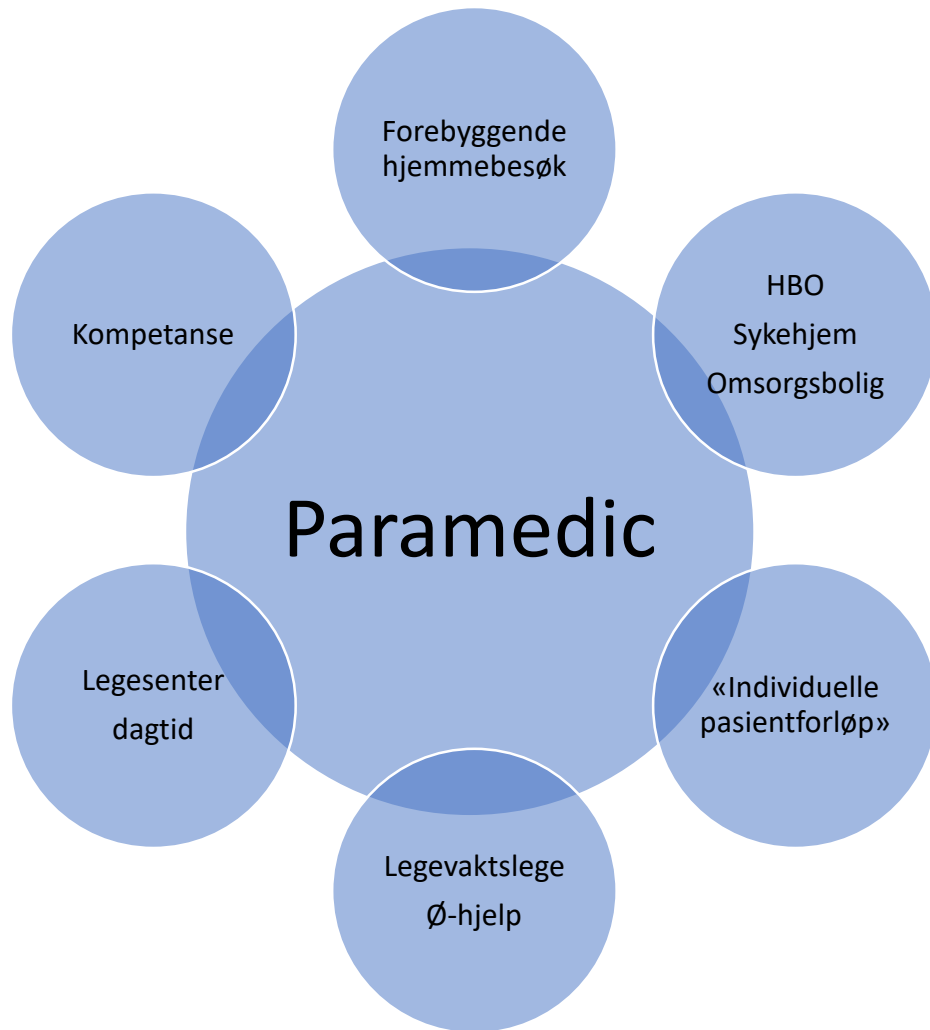
For drøye ti år siden innførte Storbritannia en ny type helsearbeider, community paramedic, for å redusere gapet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Community paramedic samarbeider nært med primærlegen med selvstendig oppfølging av helsetilbudet til kommunens innbyggere.

Funksjonen bygger på ambulansesfaglig kompetanse og en tilleggskompetanse for oppgaver som hører til primærhelsetjenesten. Det kan være vurdering av enkle sykdommer, forverring hos kronikere, sårbehandling, enkel frakturbehandling, vaksinasjon, smittevern, osv. Denne type funksjon er utviklet særlig for spredt bebygde områder.

Fullverdig ambulansesberedskap kan da beholdes på steder der det ellers ikke er virksomhetsmessig grunnlag for det, og oppgaver kan ivaretas gjennom bruk av beredskapstid. Ambulanseforetak og lokale myndigheter deler utgiftene mellom seg.

«Helsevakta» – nye kliniske samarbeid



«Gamle dager»



«Nye tider»





Oppmøtested Røros Legekontor

- Bruker journal- og timeboksystem som legekantoret. CGM.
- Ser på dagens planlagte og bestilte gjøremål.



Utstyrsjekk

Foto: Eivor Hofstad

Hjemmebesøk.

- Vitale parameter.
- Blodprøver.
- Ikke sjelden er behovet en litt lengre prat også.



Foto: Jøte Toftaker/NRK

Eier: Helsevakt

april 2022							
	man.	tir.	ons.	tor.	fre.	lør.	søn.
13	28	29	30	31	1	2	3
14	4	5	6	7	8	9	10
15	11	12	13	14	15	16	17
16	18	19	20	21	22	23	24
17	25	26	27	28	29	30	1
18	2	3	4	5	6	7	8

I dag: 25.04.2022

Memo

Ny Rediger Slett

Helsevakt

fredag 29.04.2022

Type	Statu	Startet	Tid	Navn	Født	Tlf	Kommentar	SMS Status
Administr...			10:00	Bilsjekk.			Bilsjekk.	
Gjøsvika ...			10:30	Krank, Alfred	30.06.1920	<ingen numre registrert>	Blodprøver se Furst.	
Øverhaga...			11:00	Danser, Line	13.11.1969	11111111	Blodprøver. Rekvisisjon ligger på sykehjemmet.	
Hjemmeb...			11:30	Folke, Danser	14.01.1998	<ingen numre registrert>	Blodprøver infeksjonsstatus, Vitalia med ekg. Ta med urinprøve til la...	
Vanlig time			13:00	Covid testing			Covid testing	
Hjemmeb...			13:30	Duck, Doffen	11.11.1911	<ingen numre registrert>	Hjemmesykepleien ringer. Doffen vil bare ligge i dag. Svimmel og sla...	
Kurs			13:30	Gjennomgang av bil og uts...			Gjennomgang av bil og utstyr. Ny turnuslege.	
Hjemmeb...			14:00	Krank, Katrine	11.11.1931	<ingen numre registrert>	Tilsyn suprapubiskateter. Fått nytt i dag men kommer ingen urin i po...	
Øyeblikk...			14:30	Duck, Donald	14.01.1930	<ingen numre registrert>	Utrykning. Brystmerter,tungpust, utstråling til v arm	

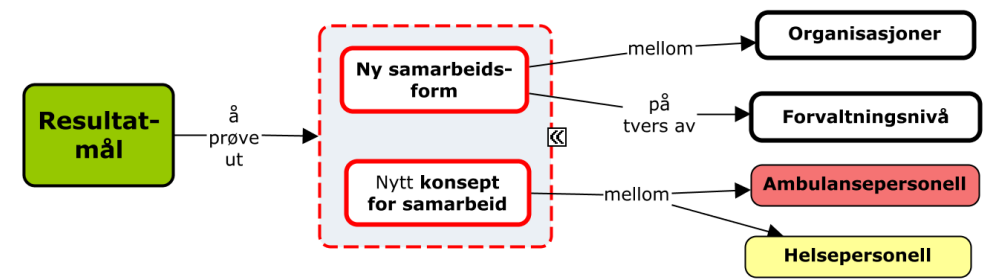
Oppgaver på legekontoret dagtid

- Covidtesting
- Bistå under vaksinerings
- Øyeblikkelig hjelp.
- Bistå under småkirurgi
- Gjøre EKG.
- Blodprøver
- ++++



Foto: Eivor Hofstad

Nye samarbeidsformer



Mer og bedre samarbeid

Blant informantene er det en utbredt oppfatning at det har blitt mer og bedre samarbeid mellom ambulansetjenesten (nå helsevakta) og de kommunale tjenestene. Både legevaktsleger, sykepleiere i HBO, paramedic og kommuneadministrasjon uttrykker dette.

Nye former for samarbeid

- Helsevakta er kommet inn på en kommunal arena
- Økt samarbeid ved å kjenne hverandre bedre - enkelt å ta uformell kontakt
- Paramedic og legevaktslege arbeider sammen
- Helsevakta deltar på rapporten i hjemmebasert omsorg
- Hjemmebesøk i psykiatrien
- Samarbeid med ergoterapeut

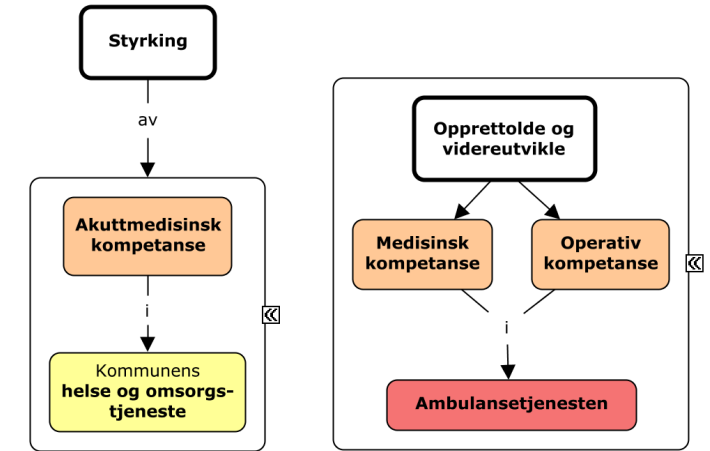
"Ser nå at denne måten å samarbeide på, å bryte ned skott, er kjempeflott. Det vi kan jobbe sammen med til beste for kommunen, det tjener alle på."

Økt kompetanse



Økt kompetanse ved samarbeid

- **Leger:** Økt akuttkompetanse - Tilgang til nytt utstyr med prosedyrer
- **Helsepersonell HBO:** Lærer i samarbeid med helsevakta
- **Psykiatrisk helsepersonell:** Om å ivareta egen fysisk helse i akutte situasjoner
- **Helsevakta:**
 - Økt kompetanse i blodprøvetaking (noe de ikke gjør så ofte)
 - Sår- og bruddbehandling (gipsekurs)
 - Kompetanse mht. psykiatriske pasienter – som de nå besøker
 - Med mere ...
- **Kurs:** Helsevakta har holdt kurs for brannvesen, HBO, leger etc
- Lærer om andres kompetanse og ressurser – Bedre samhandling!



«Jeg tror kanskje vi har lært mer av helsevakta enn det de har lært av oss.»

«Vi får stadig vekk input fra legene og sykepleierne. Det er mye vi kan plukke opp hos legevakta. Men det er uformelt.»

"Den største kompetanseoverføringen var at vi ble kjent med hverandre – hva er det egentlig vi driver med. I seg sjøl er det kompetanse. Har en opplevelse av at sykehusansatte vet mindre om hva kommunen driver med enn hva kommunen vet om sykehuset. Det er en mismatch i den forståelsen. Så det største kompetanseløftet var vel at vi forstod hverandre"

Økt trygghet for helsepersonell

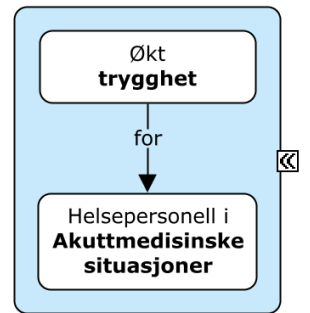
Samarbeid mellom legevaktlege og helsevakt

- Beslutningsstøtte for legevaktslege – har noen med akuttmedisinsk erfaring
 - Flere med forskjellig blikk er inne og vurderer samme situasjon
 - Drøftinger omkring pasientsituasjon. Det er ofte slik at svaret er i mange sine hoder.
 - To sett med hender - ting går raskere
- Legene er oftere med på utrykning (med helsevaktbilen)
- Kortere utrykningstid
- Lokalkunnskap

Samarbeid mellom psykiatritjenesten og helsevakt

- Helsevakta er med ut til krevende brukere - gir økt trygghet for psykiatritjenesten
- Økt trygghet i akuttsituasjon hvis ambulansearbeiderne kjenner pasienten gjennom oppdrag som helsevakt

Men: I helsevaktbilen kjører paramedic alene, mens i ambulansen er de alltid to.



«Når det er nye turnusleger som ikke helt vet – så sier vi hva vi tror er best – og så blir det ofte sånn. Vi kan de lokale prosedyrene og vet mye som en ny turnuslege ikke vet.»

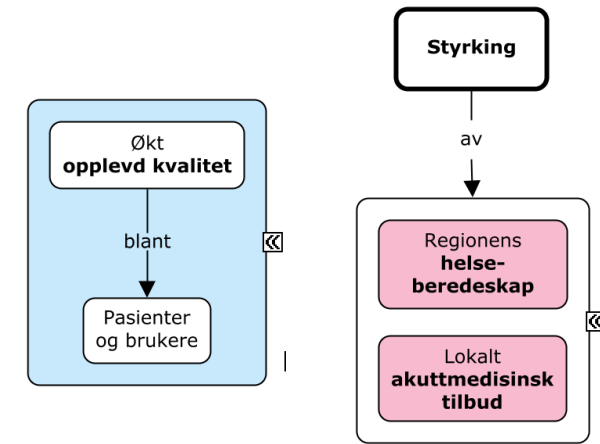
«Det er folk vi ikke går hjem til, og det kan vi hvis helsevakta blir med. (...) Hvis det er folk som har vært i aktiv rus har vi brukt dem. Da måtte vi være to, og det har vi ikke bestandig hatt ressurser til.»

Økt kvalitet i helsetjenestene



Det formidles at innbyggerne får mer igjen med helsevaktbilen enn med en ambulanse ekstra, og at det gir økt trygghet for brukere og pårørende samt for helsearbeidere og legevaktslege.

- Det blir ofte bedre løsninger
 - Pasienten kan raskere få hjelp
 - Lokale og mer smidige løsninger - pasienten kan fortsatt være hjemme
 - Undersøkelser hjemme for de som ikke kan komme til legekantoret på egen hånd
 - Blir mer kjent med brukere – Enklere å gjøre gode vurderinger
- Styrket akuttberedskap i distriktet
 - Alltid en helseressurs tilstede i distriktet
 - Kortere utrykningstid for legevakt
- Økt tverrfaglighet. Beslutningsstøtte for legevaktslege – har noen med erfaring



«JA, absolutt. Det vil i alle fall jeg påstå. Har klart å løfte helsetjenestene med det vi gjør nå.»

Samfunnsøkonomisk nytteverdi



Ingen målinger - kun meninger

*"Den største effekten er at vi unngår sykehusinnleggelser. Samt all kjøring.
Det er dårlig samfunnsøkonomi"*

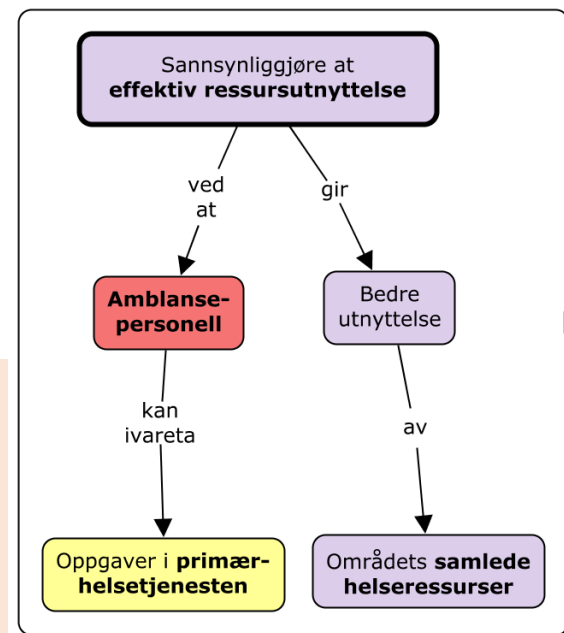
"Er målet om samfunnsøkonomisk nytteverdi nådd? Ja, det synes jeg. Absolutt"

"Samfunnsøkonomisk - bedre ressursutnyttelse? Absolutt. Har ingen tall"

"Bedre utnyttelse (samfunnsøkonomisk) men ikke billigere"

"Det koster en del – men opplevelsen og tryggheten er større enn det det koster"

"Vi har ikke spart noen penger – men vi har ikke tapt noe heller. Vi bruker det samme, og for samme pris har vi fått en vesentlig styrking av tilbudet til innbyggerne på Røros"



Erfaringer(Egen rolle)

- En større del av lokalsamfunnet
- Føler seg nyttig og betydningsfull.
- Økt kompetanse
- Bedre innsikt/forståelse annet personell.
- Lærerikt.
- Hyggelig å samarbeide.
- Variasjon. Helsevakt den ene dagen, Ambulanse den andre.



Foto: Røros Kommune

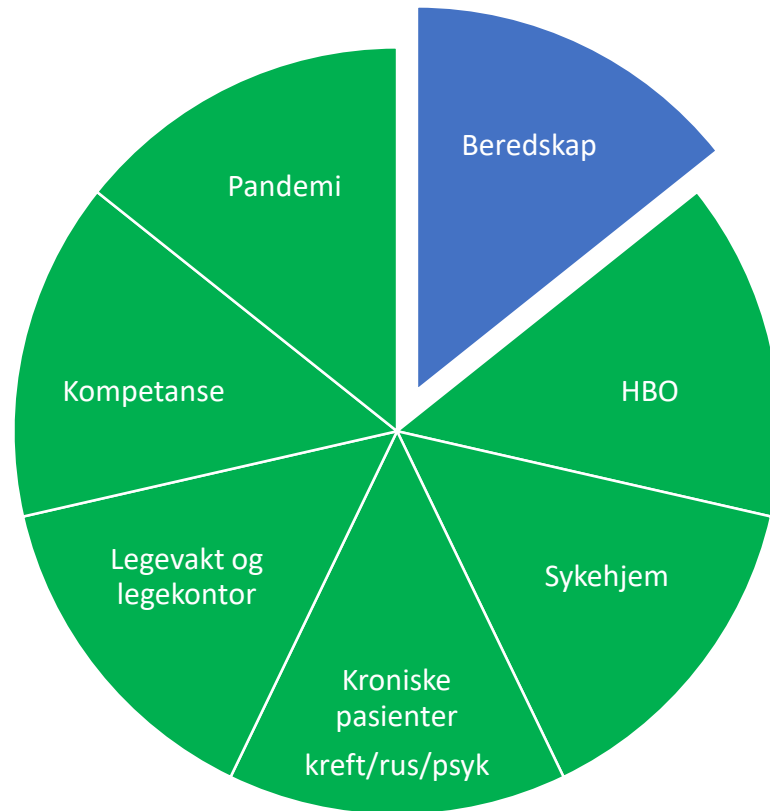
Erfaringer(Samarbeid)

- Hyggelig å samarbeide med andre.
- Lærerikt.
- Lettere å samarbeide når vi treffes oftere.
- Lege blir oftere med ut på hjemmebesøk.



Foto: Røros Kommune

Økt verdi for innbyggere/pasienter/brukere?



The Healthcare Value Equation

$$\text{Value} = \frac{\text{Quality}}{\text{Cost}}$$

Akuttkonferansen 2023

Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00 Registrering

09:00 – 09:10 Innledning – velkommen til akuttkonferansen



13:40 – 14:20 Pasientflyt – akutte pasienter

- Meldingsflyten akuttmottak – kommunene
- Akutthjelpere
- Kompetanseutvikling i Vest-Telemark

14:20 – 14:45 Resultat fra gruppearbeidet

14:45 – 15:00 Veien videre

Gratis, men behov for påmelding for praktisk formål
Påmelding: svar på invitasjonen eller send
en mail til aasdag@sthf.no innen 20.10.23

Akuttkonferansen 2023

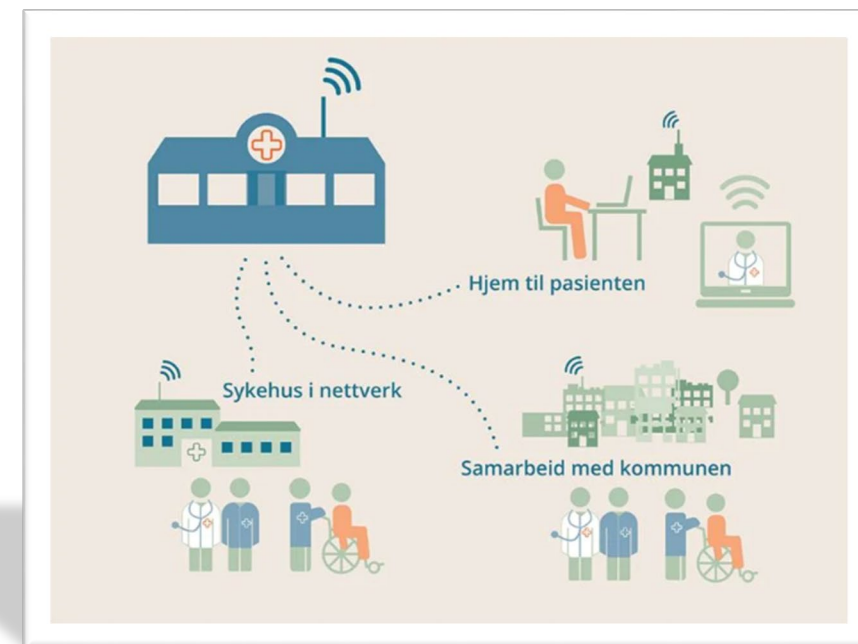
**Meldingsflyt
Akuttmottak - kommunene**

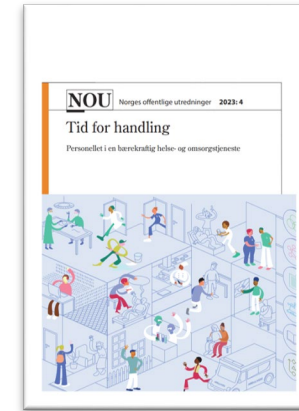
Ole Martin Stamland
Samhandlingskoordinator





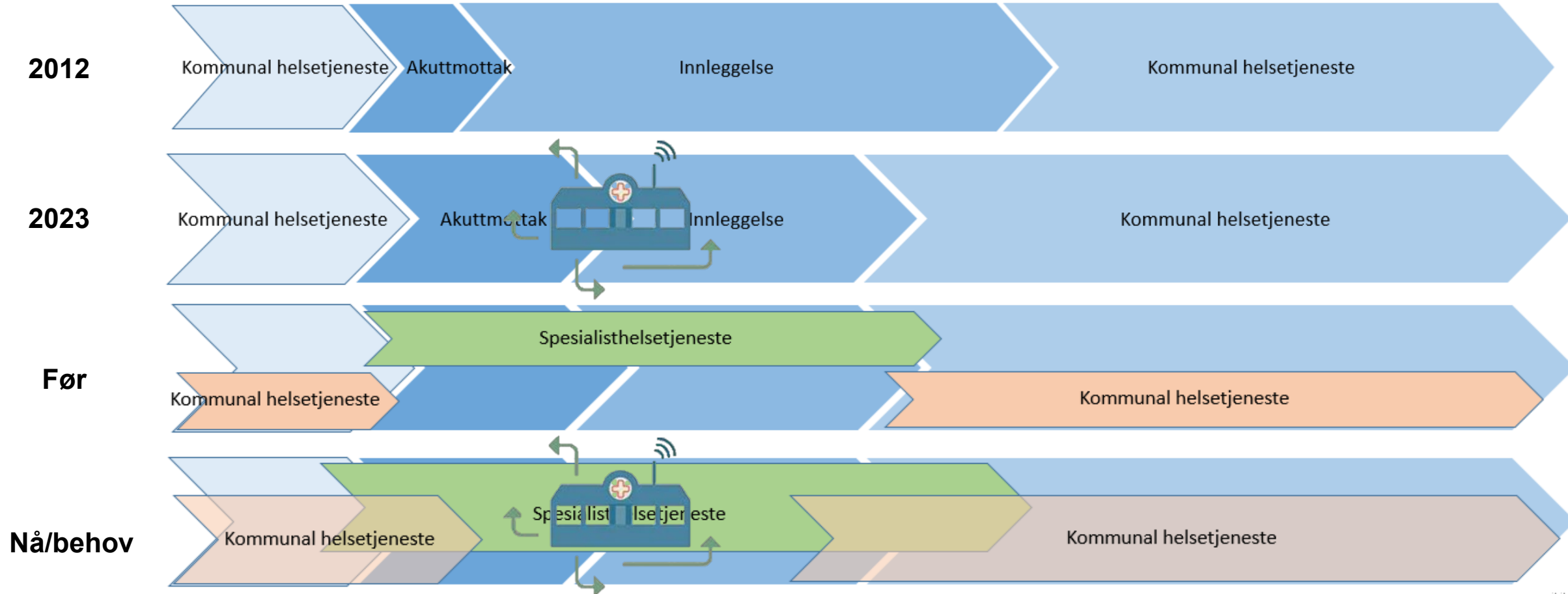
«Pasientforløp på tvers av kommuner og sykehus kjennetegnes ved gode rutiner i overgangene som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet, mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell og IKT-systemer som understøtter behandlingen.»





*Riktig behandling
til riktig pasient
på riktig sted*

Pasientflyt i endring og utvikling




Samhandling med kommuner (pas fra akuttmottak)


- Hva gjør vi når vi har avklart pasienter med kommunale tjenester i akuttmottaket (ikke behov for innleggelse), men kanskje vil ha et behov/økt behov for tjenester fra kommunen (enten hjemme eller på institusjon)?
- Det skrives ikke epikrise på disse pasientene, men poliklinisk notat. I akuttmottaket Skien brukes til nå ikke PLO, melding om innlagt pasient - pasienten må legges inn for å bruke PLO meldingsflyt
- Hvilke føringer ligger for oss når det gjelder kommunikasjon og dokumentasjon til de som utfører kommunale tjenester?
- Er det annen teknisk løsning enn PLO for å kontakte kommunene f.eks. via EDI melding eller dialogmelding?
- **Hvordan finne frem til rutiner sammen med kommunene som kan sikre god samhandling i pasientbehandlingen?**

Delavtale 4.3.1 (og tidligere 4.3.2)

Delavtale om innleggelse og utskrivingsklare pasienter

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6.2 - pkt 2 og 3
Lov om spesialisthelsetjenesten § 2.1 e)

 SYKEHUSET TELEMAR

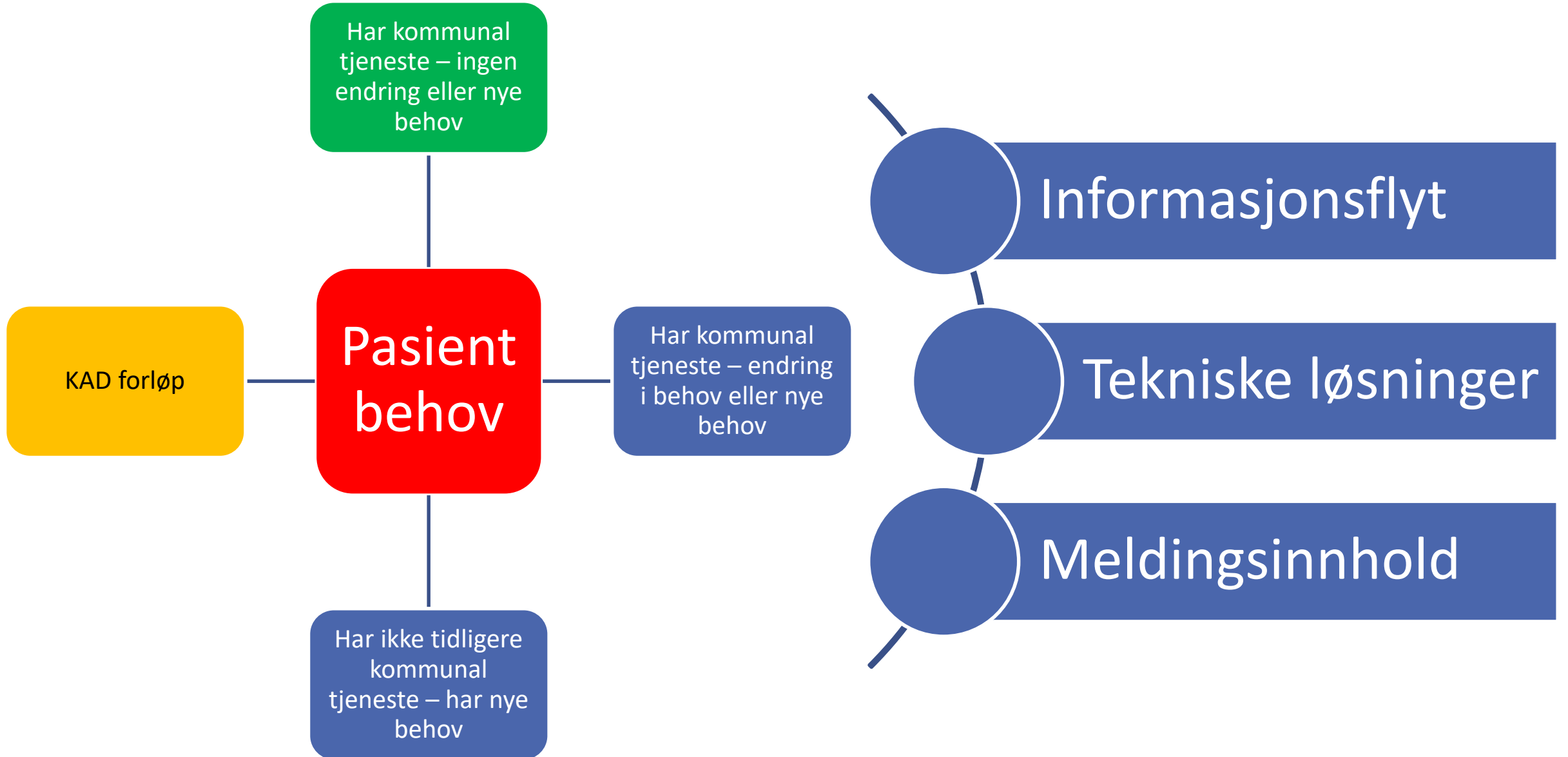


Vedtatt: Opprinnelig dokument ble vedtatt i styret for Sykehuset Telemark HF og kommunestyrene i Telemark	Dato: Januar 2012
Siste revisjon: Revisjon 4	Mars 2019

STHF	Kommunal saksbehandlingsjeneste	Kommunal sykepleiertjeneste
<p>Behov for melding om innlagt pasient</p> <p>Behov for melding om utskrivingsklare pasienter</p> <p>Behov for melding om innleggelse</p> <p>Behov for melding om utskrivingsklare pasienter</p>	<p>Behov for melding om innleggelse</p> <p>Behov for melding om utskrivingsklare pasienter</p> <p>Behov for melding om innleggelse</p> <p>Behov for melding om utskrivingsklare pasienter</p>	<p>Behov for melding om innleggelse</p> <p>Behov for melding om utskrivingsklare pasienter</p> <p>Behov for melding om innleggelse</p> <p>Behov for melding om utskrivingsklare pasienter</p>

Kommunikasjonsrutiner for innleggelse og utskrivingsklare pasienter

Kommunikasjonsrutiner for innleggelse og utskrivingsklare pasienter



Dårlig kvalitet eller manglende informasjonen sykehuset trenger



Konsekvens for pasient

Mangler rutine for kommunikasjon mellom kommune og akuttmottak på sykehus. Pasienter med løpende behov for tjenester kan risikere å returnere til eget hjem uten at det er kjent for kommunens tjenesteyter.



Konsekvens for pasient – risiko for at pasienten ikke følges opp med nødvendig tjeneste

Telefon benyttes i kommunen



Konsekvens for pasient – risiko for misforståelse

Kommunene har ikke en akuttberedskap på iverksettelse av ny(e) tjeneste(r). Sykepleietjenesten i kommunen har ikke mandat til å beslutte endring i tjeneste og har heller ikke rigget tjenesten for dette. Forvaltningskontoret i kommunene forholder seg til at pasienter må meldes før kl 14 for å beslutte nye eller endrede tjenester samme dag. Det er egne avtaler for bruk av KAD. BEON prinsippet er avklart, men iverksettelse av tjenesten krever formell behandling.



Konsekvens for pasient – risiko for at pasienten legges inn på sykehuset uten behov for sykehus

Erfaring fra Hjemmesamarbeidssamtaler er noen andre kanaler.



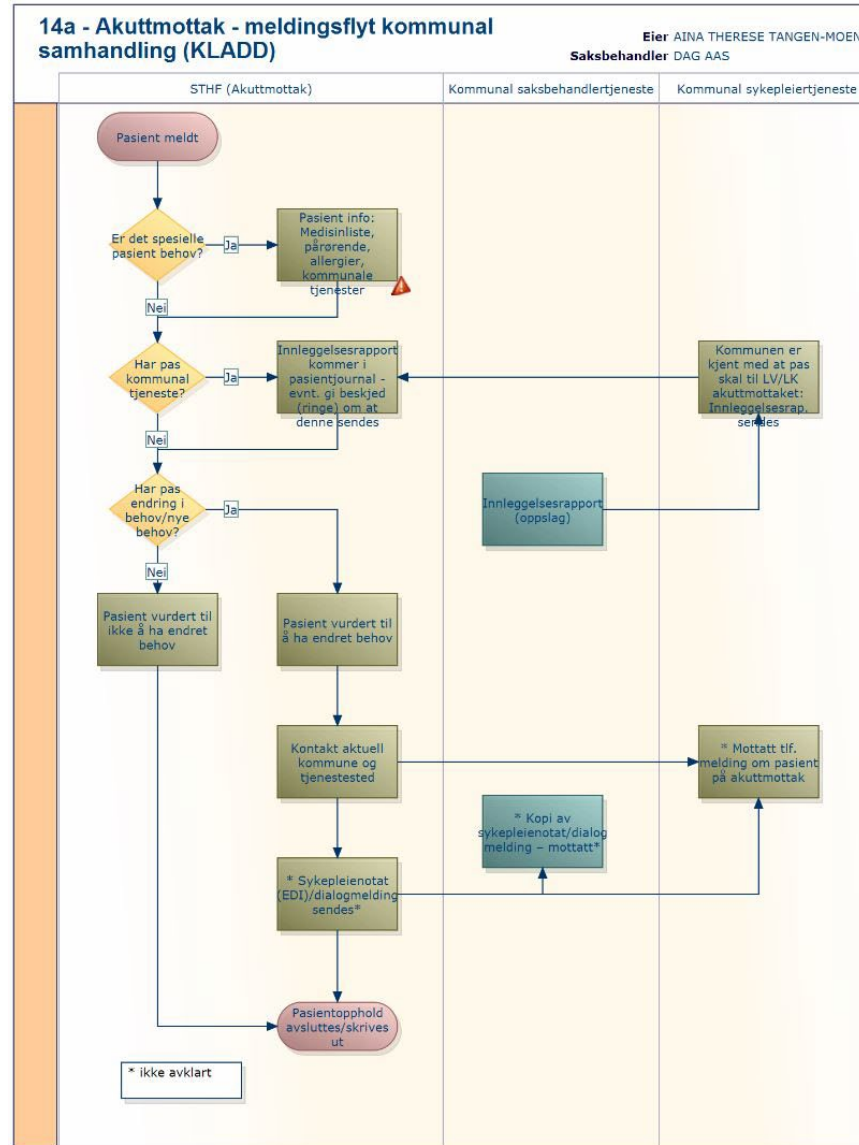
Konsekvens for pasient – risiko for dårlig oppfølging

Kommunen er bekymret for å ta imot meldinger om endrete behov og nye behov utenom åpningstider til tjenestekontor. Hvem definerer hva som er endring eller ny tjeneste? Det er et ansvar for kommunen å motta behov som ikke er vedtak på forhånd, de tar imot et ansvar som de må være i stand til å ta og det er avgjørende at de som beslutter dette kjenner godt til kommunens kapasitet og prioritering.



Konsekvens for pasient – har forventninger om en tjeneste kommunen ikke fatter vedtak på, noe som kan føre til misnøye og utfordrende samhandling med pasienten

Akuttmottak - meldingsflyt kommunal samhandling



«Fra parter til partnere»



...til planer og samarbeid

Fra avtaler og kompromiss...



Først og fremst handler dette om at de som jobber med den samme pasienten må ha gode rutiner og systemer som sikrer god og trygg informasjonsutveksling



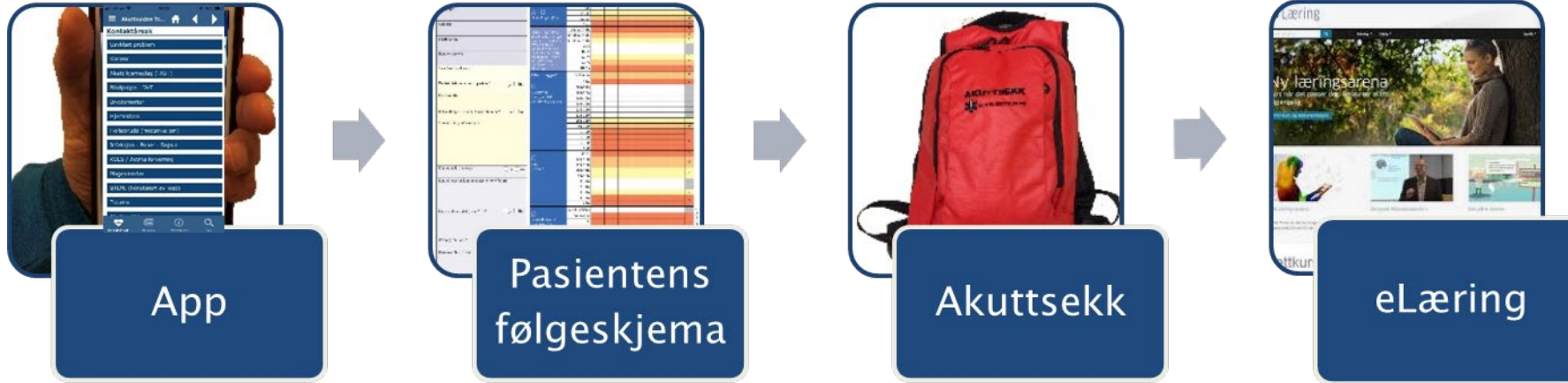
Akuttkonferansen 2023

Akuttbehandling - verktøykasse

KJ/DAA



Samhandlingsverktøyene



+ ISBAR

ISBAR - for sikker muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell

I	IDENTIFIKASJON Presenter deg, din funksjon og arbeidssted. Oppgi adressen pasienten befinner seg på, fødselsnummer og navn.
S	SITUASJON Beskriv kort kontakårsak/hva som har skjedd. Presenter pasientens symptomer og tilstand. Dersom det haster si det med en gang.
B	BAKGRUNN Innleggelsesårsak, relevant diagnoser og kortfattet sykehistorie (inkl. smitte, allergier, rus eller psykiske lidelser).
A	AKTUELL TILSTAND Status og din vurdering. Hvilke årsaker mener du kan ligge bak. Vurdering etter ABCDE, NEWS og BVC. Har pasienten mestringsplan?
R	RÅD Hva synes du jeg skal gjøre/observere? Når vil du at jeg skal ta kontakt igjen?

Pasientens følgeskjema

Felles observasjonsskjema som er basert på tidlig oppdagelse av livstruende tilstand

Enkel løsning

- Egne felt for ulike ledd, som f.eks hjemmetjeneste og legevakt

To formål:

- Få opp bevisstheten om registrering av vitalparametre hos alle pasienter med akutt sykdom
- Informasjon som følger pasienten gjennom hele forløpet

Neste steg:

- Vedlikehold av skjema (oppdatering)
- Sette «strøm» på papir - elektronisk løsning for alle aktører

Kontaktårsak:		Dato						
Dato:		Klokkelett						
Navn:		Aktor						
Personnr:		A+B Respirasjons- frekvens (pr/min)		≥25				3
Adresse:				21-24				2
Postnr./sted:				12-20				
Hendelsessted:				9-11				1
Cave/straks allergi:				≤8				3
Medisinliste sendt med pasient? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		A+B Skala 1 SpO ₂ (%)		≥98				1
Kjent smitte:				94-95				2
Behandlinger i utlandet siste 12 mnd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				92-93				2
Annen viktig informasjon:				≤91				3
Inntak av alkohol? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Skala 2 SpO ₂ (%)		≥97 med O ₂				3
Inntak av rus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				95-96 med O ₂				2
Mestringsplan ved kriser tilgjengelig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				93-94 med O ₂				1
Har pasienten uttrykt ønske/plan om å ta sitt eget liv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				≥93				
Kommunale tjenester? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				88-92				1
Kontaktperson komm.tjenester/telefonnr:				86-87				2
Pårørende varslet (navn/tlf)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				84-85				2
Omsorg for barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei				≤83%				3
Barn ivare tatt av (navn/tlf/adresse):				Tilført oksygen? O ₂ L/min				2
qSOFA avkrysses på alle pasienter med MISTANKE OM/PÅVIST INFEKSJON				≥220				3
RF≥22/min				C Blodtrykk Kun systolisk blodtrykk gir poeng				
Syst BT≤100				201-219				
Endret mental status				181-200				
Q-SOFA ≥2 OG MISTANKE OM/PÅVIST INFEKSJON				161-180				
Kontakt ansvarlig lege				141-160				
SEPSIS pakke bestilt				121-140				
Første dose AB - ki:				111-120				1
SEPSIS: oppstart AB snarest og innen 60 min				101-110				2
				91-100				3
				81-90				
				71-80				
				51-60				3
				≤50				
				≥131				3
				121-130				2
				111-120				
				101-110				1
				91-100				
				71-90				
				51-70				1
				41-50				
				31-40				3
				≤30				
				D Alert (våken)				
				Confusion				
				V				3
				P				
				U				
				E Temperatur °C				
				≥39.1°				2
				38.1-39.0°				1
				37.1-38.0°				
				36.1-37.0°				1
				35.1-36.0°				3
				≤35.0°				
				NEWS TOTAL				
				qSOFA SCORE				
				SMERTESKÅR (1-10)				
				URINSTIX				
				CRP				
				BLODSUKKER				
				BVC (0-6)				
				Medikamenter				
				Dose/Admin:				
				Kl.slett:				
				Sign:				

Akuttsekk



Utstysliste Akuttsekk	
BT- apparat digitalt eller manuelt	<input type="checkbox"/>
Stetoskop	<input type="checkbox"/>
Blodsukkerapparat	<input type="checkbox"/>
Blodsukkerstrimler	<input type="checkbox"/>
Lansetter til å stikke i fingeren for å ta blodsukker	<input type="checkbox"/>
Temperaturmåler – øretermometer	<input type="checkbox"/>
Pulsoksymeter fingertip CM550DI	<input type="checkbox"/>
Urinalyse Multistix 5, 50	<input type="checkbox"/>
Hansker	<input type="checkbox"/>
Håndsprit	<input type="checkbox"/>
Kanylebøtte 0,2 l Sanisafe	<input type="checkbox"/>
Munn til munn maske m/ventil	<input type="checkbox"/>
Lommelykt LED AAA	<input type="checkbox"/>
Batterier AAA til lommelykt	<input type="checkbox"/>
Målbånd 1 meter	<input type="checkbox"/>
Suturtape Lukostrip 4x76 mm 4 strips	<input type="checkbox"/>
Redningssaks (lik den som brukes av ambulansen i dag)	<input type="checkbox"/>
Nyxoïd neseppray (2 pk)	<input type="checkbox"/>
Enkeltmannspakke	<input type="checkbox"/>
Munnbind og hansker (smitteberedskap)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Dette er en veileder til bruk i kommunene. Hver kommune må sikre at det minimum er utstyr tilgjengelig så helsepersonell kan gjennomføre måling av vitalparameter i hjemmebasert tjenester eller sykehjem.

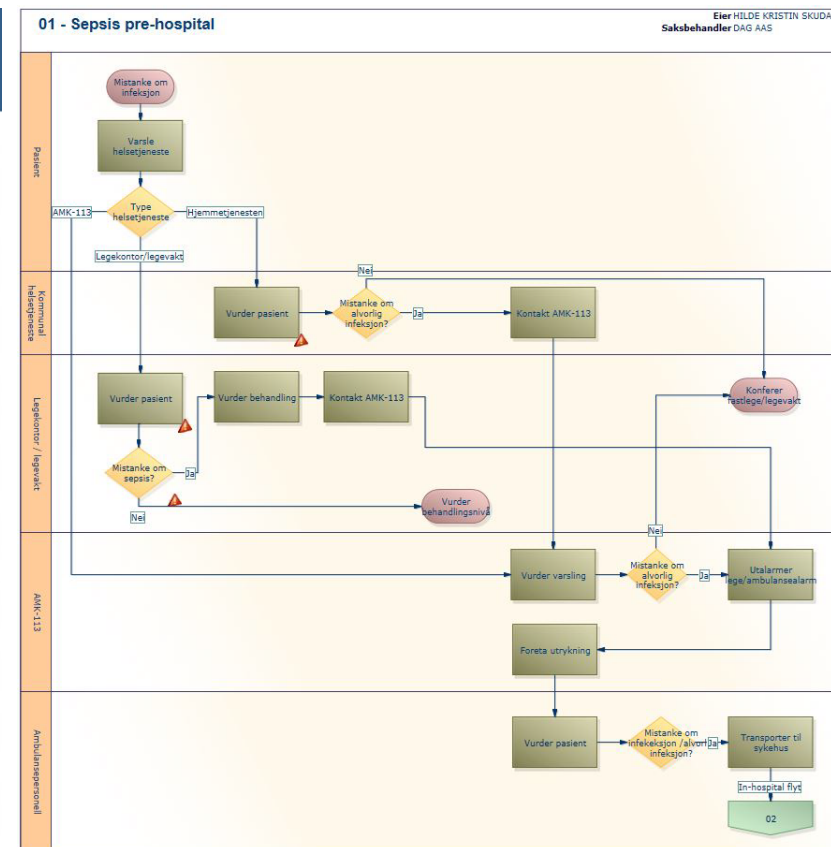
App (Akuttkjeden Telemark)

Enkel løsning

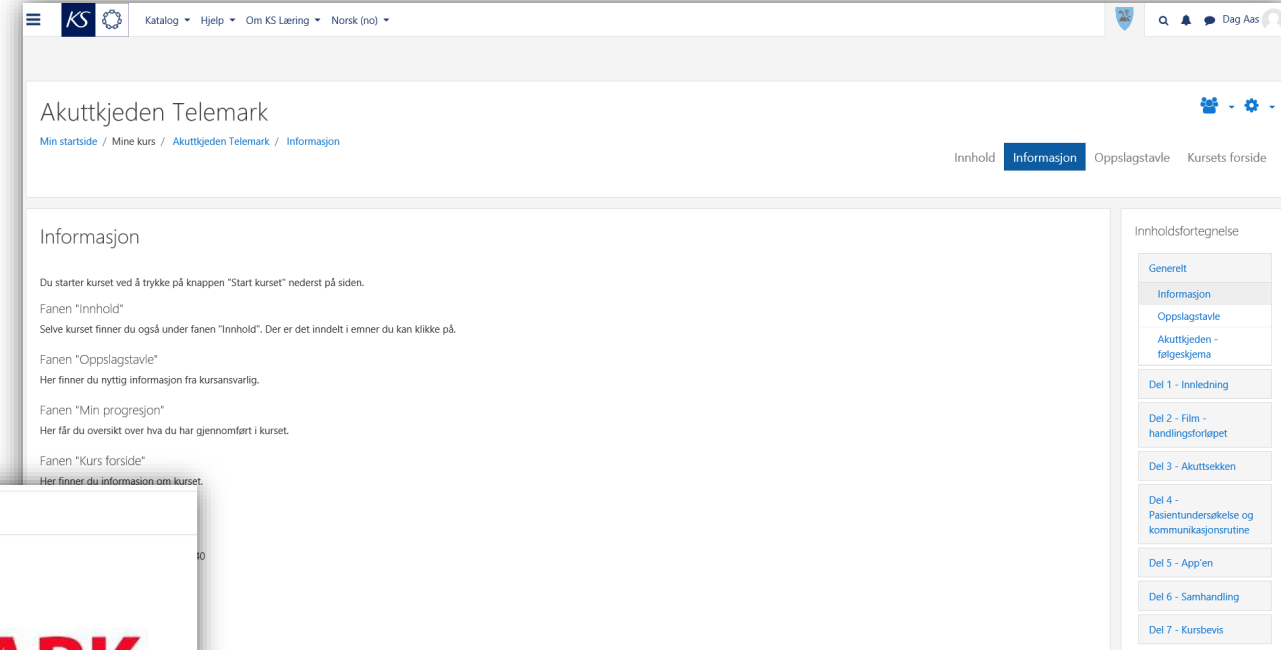
- Åpen løsningen uten pålogging (ikke pasientinfo)
- Tilgjengelig på App store, Google Play og nettleser (akuttkjeden.no)

Formål:

- Dokumentasjon av pasientflytarbeidet
- Interaktive/klikkbare flytskjema for de prioriterte flytene
- Til bruk for alle helseaktører i akuttkjeden for å se helheten i pasientflyten
- Driftsnyheter via pushvarsel
- Tiltakskort for scoringsverktøy



E-Læring og instruksjonsfilmer



Katalog ▾ Hjelp ▾ Om KS Læring ▾ Norsk (no) ▾

Akuttkjeden Telemark

[Min startside](#) / [Mine kurs](#) / [Akuttkjeden Telemark](#) / [Informasjon](#)

Innhold **Informasjon** Oppslagsstavle Kursets forside

Informasjon

Du starter kurset ved å trykke på knappen "Start kurset" nederst på siden.

Fanen "Innhold"
Selve kurset finner du også under fanen "Innhold". Der er det inndelt i emner du kan klikke på.

Fanen "Oppslagsstavle"
Her finner du nyttig informasjon fra kursansvarlig.


Fanen "Min progresjon"
Her får du oversikt over hva du har gjennomført i kurset.

Fanen "Kurs forside"
Her finner du informasjon om kurset.

Innholdsfortegnelse

- Generelt
- Informasjon**
- Oppslagsstavle
- Akuttkjeden - følgeskjema
- Del 1 - Innledning
- Del 2 - Film - handlingsforløpet
- Del 3 - Akuttsekken
- Del 4 - Pasientundersøkelse og kommunikasjonsrutine
- Del 5 - App'en
- Del 6 - Samhandling
- Del 7 - Kursbevis

17 abonnenter 5 748 avspillinger Videobehandler




AKUTTKJEDEN TELEMAR


Akuttkjeden Telemark

Akuttkjedeprojektet er et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark og kommunene i fylket. Målsettingen med prosjektet er å sikre g... [Vis mer](#)


Oppstillinger Offentlig




Akuttkjeden Forsterket Trauemottak instruksjonsfilm
Sett 169 ganger • For 1 uke siden




Akuttkjeden Traume instruksjonsfilm
Sett 531 ganger • For 1 uke siden




Akuttkjeden Hoftebrudd instruksjonsfilm
Sett 408 ganger • For 1 uke siden



Akuttkjeden Telemark - Forsterket Trauemottak Trailer
Sett 730 ganger • For 1 md. siden



Akuttkjeden Telemark - Hoftebrudd Trailer
Sett 176 ganger • For 1 md. siden



Akuttkjeden Telemark - Traume Trailer
Sett 2 127 ganger • For 1 md. siden

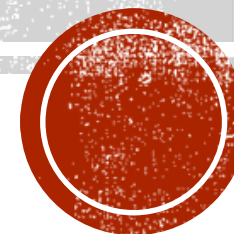
+ ISBAR

ISBAR - for sikker muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell

I	IDENTIFIKASJON Presenter deg, din funksjon og arbeidssted. Oppgi adressen pasienten befinner seg på, fødselsnummer og navn.
S	SITUASJON Beskriv kort kontaktårsak/hva som har skjedd. Presenter pasientens symptomer og tilstand. Dersom det haster si det med en gang.
B	BAKGRUNN Innleggelsesårsak, relevant diagnoser og kortfattet sykehistorie (inkl. smitte, allergier, rus eller psykiske lidelser).
A	AKTUELL TILSTAND Status og din vurdering. Hvilke årsaker mener du kan ligge bak. Vurdering etter ABCDE, NEWS og BVC. Har pasienten mestringsplan?
R	RÅD Hva synes du jeg skal gjøre/observere? Når vil du at jeg skal ta kontakt igjen?

SIMULERINGSPROSJEKT VEST-TELEMARK

Status, oktober 2023



BAKGRUNN

- Økt krav til kompetanse og mer avansert behandling hos pasienter som behandles i kommunehelsetjenesten.
- Søkt Statsforvalter om prosjektmidler i 2022. Tildelt 500.000.
- Deltakere: Kommunene i Seljord, Kviteseid, Vinje, Fyresdal og Nissedal + ABK klinikken ved STHF.
- Bygger videre på verktøy og prinsipper fra akuttkjeden.
- Prosjektleder, 60% 1 år fra februar 2023. Nylig besluttet å forlenge prosjektperioden til 2 år. Ordinær drift fra februar 2025.



MÅLSETTING

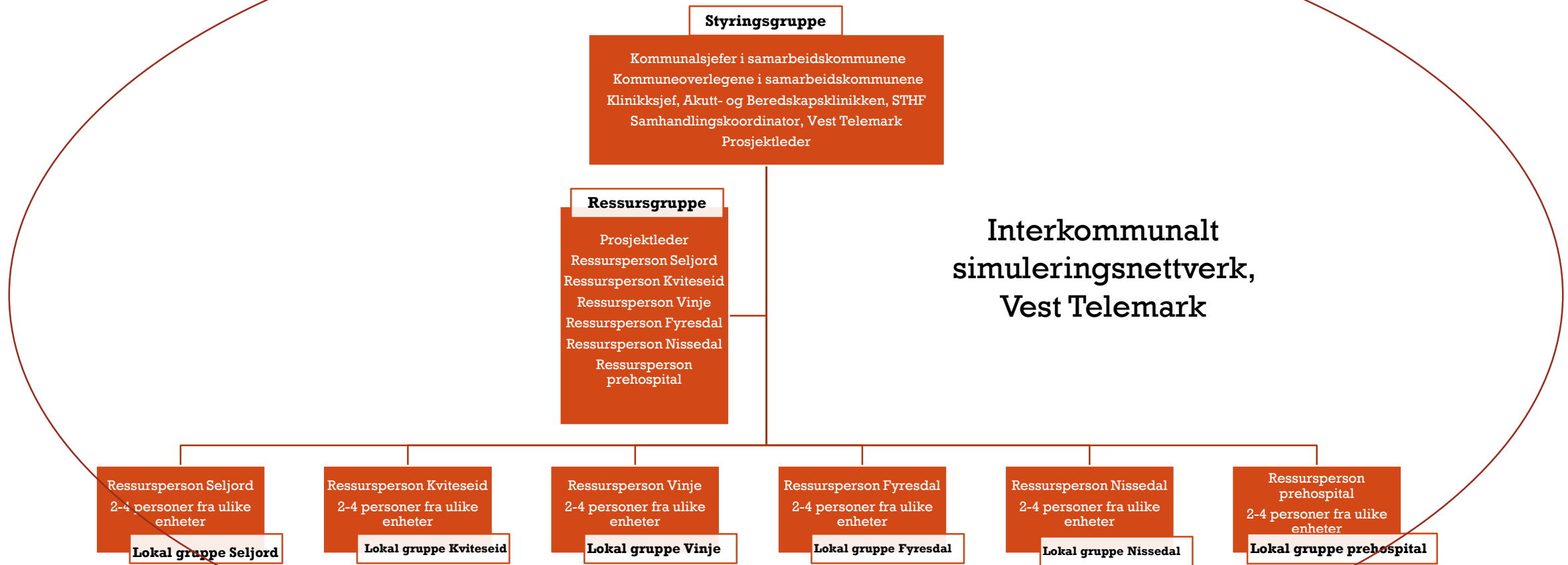


Hovedmål

- Etablere interkommunalt simuleringssenter og sikre videre drift av dette.
- Danne interkommunalt simuleringsnettverk i Vest Telemark som består av 3-5 ressurspersoner fra hver kommune + prehospital.
- Implementere simulering om metode lokalt.
- Utarbeide plan for kompetanseheving, samarbeid, og system for opplæring.
- Tilbud til lag og organisasjoner om bruk av lokaler til relevant opplæring.



OVERORDNET ORGANISERING



SIMULERINGSNETTVERK

- Train the trainer kurs, Vrådal 29.08 – 31.08.23



STATUS SIMULERINGSSENTER

- Oppussing
- Del 1: Kommunal bolig
- Del 2: Sykehus/legevakt del. Undervisningsmuligheter.
- Nettverk - streaming
- Bookingsystem



DEL 1: KOMMUNAL BOLIG



DEL 2: SYKEHUS / UNDERVISNING



GRUPPE-, VR- OG DEBRIEFROM



UTSTYR

- Simuleringscenteret har fått overta utstyr fra Seljord kommune som tidligere ble brukt til akuttkurs for LIS leger.
- MegaCodeKelly pasientsimulator (inkl SIMpad, LLEAP)
- Traumedukke
- Ferdighetstrener, luftveishåndtering
- HLR dukker og ShockLink
- IV arm + Chester Chest til alle samarbeidskommuner
- HLR dukker til alle samarbeidskommuner ved oppstart trinn 2.



SAMARBEIDSAVTALE OG FELLES PLAN FOR KOMPETANSEHEVING

- Rammeverk og grunnlag for videre samarbeid og lokalt arbeid i prosjektet.
- Er nå signert av alle samarbeidsparter
- Praktiske og økonomiske forpliktelser.





PLAN FOR KOMPETANSEHEVING, FERDIGHETSTRENING OG SIMULERING

- Felles plan for alle kommunene
- Bygger på akuttkjedeprojektet sammen med KlinObsKommune sin trinnvise kompetansetrapp
- Årshjul med nye fokusområder hver 12. uke. Teoribolk + 2 simuleringer. Felles undervisning via streaming?



Årshjul simulering

Oktober/November/Desember

- Fokusområde: Nevrologiske problemstillinger.
- Teori: Hjerneslag, kramper/epilepsi, hypoglykemi/hyperglykemi.
- Tiltakskort akuttkjeden:
 - Akutt hjerneslag (FAST)
- Ferdighetstrening
 - Gjennomføring av FAST undersøkelse
 - Administrering av diazepam ved kramper.
 - Måling av blodsukker
- Samtrening med ambulansetjenesten?

Januar/Februar/Mars

- Oppstart trinn 3: pasientcase og refleksjon.
- Fokusområde: Infeksjonspasienten
- Teori: Sepsisutvikling, qSOFA, NEWS og ISBAR.
- Tiltakskort akuttkjeden:
 - Infeksjon, feber og sepsis.
- Ferdighetstrening:
 - Blanding av antibiotika
 - PVK
 - Væskebehandling
 - Urinkateter

Juli/August/September

- Videreføre felles opplæring av sommervikarer/nyansatte/lærlinger. Fokus på:
 - Hygieniske prinsipper
 - Stell i seng
 - Forflytning
 - Mobilisering
 - Smittevern

April/Mai/Juni

- Fokusområde: Systematisk undersøkelse ved fall.
- Teori: Fall hos eldre. Hodeskader, hoftebrudd. Bakenforliggende årsaker.
- Tiltakskort akuttkjeden:
 - Hoftebrudd
 - Traume
- Ferdighetstrening:
 - ABCDE gjennomgang.
 - Smertelindring.
 - Leiring
- Simuleringskonferanse, Kristiansand for ressurspersoner.
- Felles opplæring av sommervikarer



HVA SKJER VIDERE?



- Gjøre samarbeidsavtale og felles plan for kompetanseheving, ferdighetstrening og simulering kjent i kommunene og ambulansetjenesten.
- HHLR instruktør kurs i regi av NRR 8.+9. november
- Offisiell åpning av simuleringssenteret: 16.11.23
- Ambulansetjenesten kjører sertifiseringsdager i simuleringssenteret i november og desember.
- Ferdigstilling av trinn 1 i kommunene som har på begynt dette og oppstart trinn 2 i de kommunene som er ferdig med trinn 1.
- Oppstart med felles undervisning og fokusområder fra januar 2024?
- VR prosjekt sammen med ABK klinikken. Filme sepsisflyt, akuttkjeden i VR.
- Om du vil følge med på arbeidet vi legger ned i prosjektet – følg oss gjerne på **Instagram (@simulering_vesttelemark)** og **Facebook (Simulering Vest-Telemark)**



Akuttkonferansen 2023

Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00	Registrering
09:00 – 09:10	Innledning – velkommen til akuttkonferansen
09:10 – 09:30	Nasjonale føringer for akutte tjenester (HDIR/HOD)
09:30 – 10:45	Hva med Telemark – innsikter kartlegging og analyse Paneldebatt: Det akutte utfordringsbildet <ul style="list-style-type: none"> • Akuttmottak/sykehus • Akutt psykiatri og rus • Prehospital/ambulans • Legekontor/legevakt/Kommunal helsetjeneste
10:45 – 11:00	Pause
11:00 – 12:00	Gruppearbeid – hvilke tiltak er viktigst i 2024-25/hva gjør vi?
12:00 – 13:00	Lunsj med noe ekstra - demonstrasjon av: <ul style="list-style-type: none"> • Akuttbilen • Legevaktsbil
13:00 – 13:40	Hva har andre fått til: <ul style="list-style-type: none"> • St.Olav: Den akuttpolikliniske pasienten - best effektivt avklart • Rørosprosjektet: samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
13:40 – 14:20	Pasientflyt – akutte pasienter <ul style="list-style-type: none"> • Meldingsflyten akuttmottak – kommunene • Akutthjelpere • Kompetanseutvikling i Vest-Telemark
14:20 – 14:45	Resultat fra gruppearbeidet
14:45 – 15:00	Veien videre



**Gratis, men behov for påmelding
for praktisk formål**

**Påmelding: svar på invitasjonen eller send
en mail til aasdag@sthf.no innen 20.10.23**

Ambulanse – forslag til forbedringer (grovsortert)

Tema/tiltakskategori	Forbedringsforslag
Bemanning AMK	Øke bemanning i AMK sentral
Bruk av ambulanse	Bruk av ambulanse. Kriterier for rekvirering, definere hastegrad. Se på prosedyrer som styrer bruk og valg av ambulanse. Grønne turer: øke andel hvite biler, tilgjengelighet i hele fylket.
	God informasjon ut til leger og legevakter vedr hva slags tjeneste ambulanse kan tilby
	Kunnskap om når bruke ambulanse. Hvilke tilfeller kan benytte annen transport
	Informasjon ut til alle bestillere
	Lege med i ambulanse – dedikerte prehospitalt leger
	Avklare behandlingsnivå tidlig (skriftlig) for å kunne unngå unødvendige innleggelse, særlig hjemmetjeneste og korttidsavdelinger.
	Kartlegge hva man bruker ambulanser til. Hva er tradisjoner i forhold til ambulansebruk. Triagering, er det en overtriagering på for eksempel trafikkulykker og undertriagering på andre tilfeller.
Bruk av nødnett	dialog med fastlege/ legevaktslege i nødnett
Hvem kontakter AMK/bestiller ambulanse	innringere som skal anmode om ambulanseoppdrag til 113, bør inneha reell kompetanse. Om det ikke er leger som ringer inn, bør det være andre kvalifiserte personell fra kommunehelsetjenesten. At helsepersonell søker beslutningsstøtte hos personell med høyere kompetanse før de ringer
	Mye bruk og ulik bruk av ambulanse: Se på rekvirering av ambulanser. Er det behov for ambulanser eller brukes ambulanse som transportmiddel av andre årsaker. Gjelder hele akuttkjeden. Forskjellig praksis fra kommune til kommune. Tydeligere på bruk og behov.
Hvite biler	Økt bruk av hvite biler for å sikre bedre pasientflyt/ unngå overligger. Hvite biler - samarbeid/videreutvikling av overføring mellom legevakt og sykehus. Kan redusere overføringene til Er minimum og bedre kapasiteten til ambulansene.
Klinisk sykepleier	mulighet for å benytte klinisk sykepleier ute i felt, hvis det er legemangel
Kompetanse og opplæring	Kompetanseheving og harmonisering av kommunale tjenester for å øke vurderingskompetansen og redusere ambulansetrykninger.
	samøving mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
	Hva med kompetanse hos de som mottar kommunale trygghetsalarmer - bruk av kommunale alarmsentraler
	Kompetanseheving, øve sammen, både ambulanse-spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste
Legevaktsbil	Øke bruk av sykebesøk fra fastlege/legevakt, legevakts bil. 3 Legevakts biler i fylke, med lege og spl/ambulansarbeider. Bruke video mellom ambulansepersonell og legevaktslege. Utstyre ambulanser med apparater for å måle CRP og HB. Bygge kompetanse i de ulike nivåene. Se hverandre som likeverdige
	legevakten må ut til pasienten. Ja til mer sykebesøk og legevaktsbil
	Akutt ambulanseoppdrag: Legevakts bil, evt i Grenland - First Responder funksjon. Evt en Grenlandsbil (eid av sykehuset?). Besparende implikasjoner på både ambulanseoppdrag og psykiatri og rus
	Etablering av legevaktsbil. Dette vil gi bedre pasientbehandling der pasienter er både i somatikk og psykiatri, ambulanseressurser kan omdisponeres og man kan redusere behovet for innleggelse i sykehus. Legevakt bil for sykebesøk og evt utrykning. Det har vist stor effekt.
Opplæring news	kommunehelsetjenesten bør opplæres i måling av news
Pas journal/støtte/video	Prehospitalt tjenester, videokonsultasjoner med kommunehelsetjenesten
	Bruk av kjernejournal
	Telemedisin
	Videokonsultasjon med AMK og/eller ambulanse (fra Norsk luftambulanse). Ved bruk av video kan man gjerne spare enda mer (evt barn, syning)
Raskere svarrespons	forbedringspunkt er kortere svarrespons hos fastlegekontor og kommunale legevakter
	Behov for mere ressurser på legevakt for å hurtigere kunne respondere på telefoner som AMK ikke bør få.
Samhandling AMK/kommune	Samhandling AMK/kommunen. AMK rykker ut, mens kommunen vurderer situasjonen annerledes da de kjenner pasienten.
Triagering	Standardisering av triagering
Tverrfaglig samarbeid	Høyere frekvens med tverrfaglige samarbeidsmøter. Fokus på forbedringsarbeid.

KAD – forslag til forbedringer (grovsortert)

Tema/tiltakskategori	Forbedringsforslag
KAD plasser bruk	KAD. Synliggjøre plassene som finnes. Psykiatri pasientene kunne det kanskje vært interkommunalt samarbeid om, pga kompetanse? Mål: øke bruken, men at det er til riktig «pasient». Konkrete, avklarte stabile pasienter. Definere samme kriterier på begge sider av tjenesten. Intern behandling i kommunene, unngå at pasienter som skulle hatt et annet tilbud internt i kommunen blir lagt på KAD. Kan ikke stenge KAD.
	kommuner bør med fordel ha tilstrekkelig med KAD plasser
	standardisering/ likhet av innleggelseskriterier. Like inklusjonskriterier i Telemark på tvers av kommunegrenser
	pasientgrupper som bør benytte KAD er: innlagte medisinske pasienter over tid som er friske nok til kommunehelsetjenesten, lege som legger inn direkte og de pasienter som kjøres til akuttmottak- vurderes og avklares for KAD = retur til KAD.
	kommunehelsetjenesten er bundet av ulike kapasiteter som legedekning, åpningstider, tid på døgnet og bemanning
	nasjonale, like åpningstider på KAD plasser, Døgnåpen KAD. Utvidet åpningstid for koordinering av plasser.
	Mer (normert) optimalisert bruk at KAD plasser (både i somatikk og psykiatri). Felles (kommunetilpassede) retningslinjer for bruk av KAD plasser – økt samarbeid for å utarbeide dette. Gjennomgått riktige og tilpassede eksklusjonskriterier.
	Stor variasjon i bruk av KAD plasser- innleggelsesmulighet hele døgnet. Pasienten skal være avklart og tilsett av lege. Konfereringsmulighet pr tlf og/eller video for å sikre tilgang til legeressurser gjennom døgnet. Flere uerfarne leger som ikke har trygghet nok til å legge inn pasienter i en kommunal post.
	Lik behandling
	Lik kompetanse
	En klar og felles retningslinje for hvilke pasienter som kan behandles på KAD. Dette vil fordre til likest mulig praksis mellom kommunene og forbygge uønsket variasjon (dette må også gjelde åpningstider). (Helsefelleskapet)
	Det er lurt å bruke KAD i størst mulig grad – om ikke pasienter kan overføres fra sykehuset 24/7 bør KAD være åpen for innleggelse fra legevakt 24/7
	Pasientens behov og ikke tjenestens kapasitet må styre tjenestene
	Interkommunale KAD plasser
	KAD plasser brukes riktig, ikke som venteplasser til korttidsavdeling
	Gode behandlingsplaner gjør det lettere å håndtere pasienter på KAD avdeling
Kompetanse og opplæring	Økt kompetanse hos kommunale leger.
	Kompetanseheving, gjennomgang av bruk av NEWS og akuttkjedeskjema. Kompetanseheving, øve sammen, både ambulanse, spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og legevakt
Legevaktsbil	Interkommunal/ regionale legevaktsbiler med felles finansiering.
	en legevaktsbil med bemannet lege 24/7 (eller i åpningstiden utenom fastlegekontor) bør være KAD lege.
Pas behandling	Få på plass felles diagnostisk KAD sløyfe mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten
Pas journal/støtte/video	Digitale løsninger-Ta i bruk videokonsultasjon
	Bruk av kjernejournal
Ressurser KAD	Spesialist i allmenn med. på KAD.
Samhandlingsarena	kommunikasjon/ samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
	Tettere samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Psyk og rus – forslag til forbedringer (grovsortert)

Tema/tiltakskategori	Forbedringsforslag
Ambulerende team	Ambulerende team - akutt ambulant team- er de akutte, og er de ambulante? I såfall, hvilke åpningstilbud har de? akutt team som er bemannet av sykepleiere frem til kl 2200, etter dette er det forvakt. Dialog bør være med leger. (STHF).
Ambulerende team/akuttteam psyk og rus	Etablere psykiatrisk ambulanseteam Bedre tilgang 24/7 på akutt hjelp for pasientgruppen – ofte aktive på natt Kommunale akutteam for psykiatri
Avklaring/behandling psyk og rus	når psykisk syke/ rus ankommer LV, viser det seg at dialog med psykisk helsevern ofte er langtekkelig og utfordrende. Det oppleves kapasitetsutfordringer, unormalt lang tidsbruk for å få pasienter innlagt. Lage gode kriseplaner spesielt på «kronikere», benyttes som beslutningsstøtte i prehospitaltjenester og kommunehelsetjenesten. IKT samhandling, alle aktørene må ha tilgang til planene. Dokumentdeling på tvers.
Felles akuttmottak	Psykiatri og rus, akutte pasienter. Felles akuttmottak. Fast ansatt psykiater på akuttmottaket. Samhandlingen mellom somatikk og psykiatri må gå begge veier. Minne om tiltakskort fra avrusningen om å bistå somatikken på ruspasienter. Pakkeforløp overdoser. Screening av rus i somatiske senger.
KAD plasser bruk	Felles inklusjonskriterier på tvers av kommunegrensene kommunal KAD for psykiatri
Kompetanse og opplæring	Kompetanseheving i somatiske enheter. Tydelig forankring av tverrfaglig samarbeid med psykiatri. Veiledning fastleger Øke kompetanse i somatikken og psykiatri og rus og i psykiatrien øke kompetanse om somatiske lidelser
Konfereringstelefon/spesialist i front	Konfereringstelefon erfaren lege Spesialist i front i psykiatrien. Enklere å konferere pasienter for bedre pasientbehandling. Spisskompetanse på en psykiatrisk legevakt
Kriseplan i kjernejournal	Økt bruk av kjernesjournal, Kriseplan i kjernejournal
Legevaktsbil	Sykebesøk-legvaktsbil. Legevaktsbil med psykiatrisk kompetanse tar den første vurderingen hos akutte psykiatriske pasienter for å unngå unødvendig transport til legevakt Utfordrende pasientgruppe å avklare – øke kompetanse evt spesialisere f.eks. ved bruk av legevaktsbil for psykiatri Psykiatri ambulanser
Pas journal/støtte/video	Videokonsultasjoner for kronikere (legevaktslege-erfaren psykiater)
Plan for gjengangere	gjengangere bør ha individuelle planer i samhandling med kommune og spesialisthelsetjenesten. Fordrer til ressurser og kapasitet fra begge instanser Psykiatriressurs i kommunen på kveld/natt/helg. Hjelp på laveste nivå for spesielt «gjengangerene».
Psyk og rus div	ett psykiatri mottak og ett legevaktsmottak? Rydde i begreper- eks hva er akutt hendelse innen somatikk/ psykiatri? Tidsforskjeller? Helårlig tjeneste poliklinikk (ikke sommerstengt) Ønskelig at kommunale tjenester blir like med samme navn og samme innhold (Sosialmedisinsk sentrer i skien)
Samhandling psyk og somatikk	Dårlig samhandling mellom psykiatri og somatikk: Eget pilot-prosjekt på legevaktsbil med psykiatri kompetanse. Tydelige kriseplaner og tiltaksplaner i kjernejournal. Må oppdateres. «Flagge» pasienter i AMIS
Samhandlingsarena	Legge til rette for felles øvelser mellom tjenestenivå/ felles fagdager. Økt systematisk tverrfaglige samarbeidsmøter. Multibrukergruppe for å samarbeide bedre på tvers av fag og etater rundt ressurskrevende brukere. Prehospitaltjenester lettere samhandle blant annet med TSB. Beslutningsstøtte. Samarbeidsplaner på tvers av instanser rundt «gjengangere» og lojalitet mot planene

Felles – forslag til forbedringer (grovsortert)

Tema/tiltakskategori	Forbedringsforslag
Bruk av 113/116117	Bør ha en opplysningskampanje for bruk av 113 og bruk av 116 117.
Informasjonsdeling	IKT, deling av informasjon
Legevaktsbil	legevakts- bil i hver region, tilbudet bør inneholde rus og psykiatri pasienter OG somatikk, skade. Denne ressursen kunne også behandlings avklare for KAD plasser 24/7- eller i et åpningsrom utenom fastlege. Legevaktsbil (også bare for å sende ut sykepleier til å bistå kommunehelsetjenesten ute). Dette er konkret tiltak både på rus/psyk og bruk av ambulanser. Legevaktsbil, ambulerende spesielt kveld/natt/helg. Få beslutningstaker ut til pasienten!
Pas behandling	Lojal mot behandlingsnivå i alle instanser (eks HLR minus, behandlingsbegrensninger)
Raskere svarrespons	fastlege og legevaktslege må ta telefon – flere ressurser til telefontid
Samhandlingsarena	Samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommunehelsetjenesten
	Styrke hverandre / bedre samhandling / forent akuttkjede: Vi jobber alle sammen og ikke mot hverandre – om vi skylder på hverandre så vil det skape usikkerhet blant befolkningen
Økonomi og fordeling	Tydelig fordelingsnøkkel mellom tjenestene, overordnet føringer
Oppgaveglidning	Oppgaveglidning- for eksempel utnytte potensialet hos AKS

Gruppeoppgaver gruppe 1

- 1:Kompetanseheving og harmonisering av kommunale tjenester for å øke vurderingskompetansen og redusere ambulanseutrykninger.
- 2: Oppgaveglidning- for eksempel utnytte potensialet hos AKS
- 3: Sykebesøk-legebil

Gruppeoppgaver gruppe 2

Økt bruk av hvite biler for å sikre bedre pasientflyt/ unngå overliggere.

Interkommunal/ regionale legevaktbiler med felles finansiering.

Legge til rette for felles øvelser mellom tjenestenivå/ felles fagdager.

Gruppeoppgaver gruppe 3

Bruk av ambulanse. Kriterier for rekvirering, definere hastegrad. Se på prosedyrer som styrer bruk og valg av ambulanse. Grønne turer: øke andel hvite biler, tilgjengelighet i hele fylket.

Øke bruk av sykebesøk fra fastlege/legevakt, legevakts bil. 3 Legevakts biler i fylke, med lege og spl/ambulansesarbeider. Bruke video mellom ambulansespersonell og legevaktslege. Utstyre ambulanser med apparater for å måle CRP og HB. Bygge kompetanse i de ulike nivåene. Se hverandre som likeverdige

KAD. Synliggjøre plassene som finnes. Psykiatri pasientene kunne det kanskje vært interkommunalt samarbeid om, pga kompetanse? Mål: øke bruken, men at det er til riktig «pasient». Konkrete, avklarte stabile pasienter. Definere samme kriterier på begge sider av tjenesten. Intern behandling i kommunene, unngå at pasienter som skulle hatt et annet tilbud internt i kommunen blir lagt på KAD. Kan ikke stenge KAD.

Psykiatri og rus, akutte pasienter. Felles akuttmottak. Fast ansatt psykiater på akuttmottaket. Samhandlingen mellom somatikk og psykiatri må gå begge veier. Minne om tiltakskort fra avrusningen om å bistå somatikken på ruspasienter. Pakkeforløp overdoser. Screening av rus i somatiske senger.

Forbruk av helsetjenester har eksplodert, hvorfor? Kompetanse i befolkningen, manglende helsekompetanse.

Gruppeoppgaver gruppe 4a

Bruk av ambulanse

Pasienter opplever å ikke få tak i fastlegen sin på telefon. Lange køer på telefon og fulle venterom. Mange legekantor har ikke hotline for akutte hendelser, og telefonsvarer ber pasienter ringe 113 hvis det er akutt behov for hjelp.

113 er på sin side pliktet til å triagere hver innringer/ pasient etter Medisinsk indeks.

forbedringspunkt er kortere svarrespons hos fastlegekontor og kommunale legevakter

legevakten må ut til pasienten. Ja til mer sykebesøk og legevaktsbil

kommunehelsetjenesten bør opplæres i måling av news

mulighet for å benytte klinisk sykepleier ute i felt, hvis det er legemangel

dialog med fastlege/ legevaktslege i nødnett

tilbud i kommunehelsetjenesten står ikke i stil til kommunehelsetjenestens oppbygging/ tilgjengelige leger

I flg akutforskriften er det et kommunalt ansvar med pasienter i egen kommune

flere pasienter har behandlingsplaner klare, men de ligger lagret på eget pasientsystem i den enkelte kommune. Ulike

kommuner i samme fylke bruker ulike pasientjournaler

samøving mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

innringere som skal anmode om ambulanseoppdrag til 113, bør inneha reell kompetanse. Om det ikke er leger som ringer inn, bør det være andre kvalifiserte personell fra kommunehelsetjenesten. At helsepersonell søker beslutningsstøtte hos personell med høyere kompetanse før de ringer

Gruppeoppgaver gruppe 4b

KAD plasser

kommuner bør med fordel ha tilstrekkelig med KAD plasser
standardisering/ likhet av innleggelseskriterier, åpningstider.

pasientgrupper som bør benytte KAD er: innlagte medisinske pasienter over tid som er friske nok til kommunehelsetjenesten, lege som legger inn direkte og de pasienter som kjøres til akuttmottak- vurderes og avklares for KAD = retur til KAD.

kommunikasjon/ samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste

kommunehelsetjenesten er bundet av ulike kapasiteter som legedekning, åpningstider, tid på døgnet og bemanning
en legevaktsbil med bemannet lege 24/7 (eller i åpningstiden utenom fastlegekontor) bør være KAD lege.

ikke sikkert alt bør være likt nasjonalt, men åpningstid bør være en felles nasjonal retningslinje.

Psykiatri og rus akutte pasienter

legevaktsbil

akutt team som er bemannet av sykepleiere frem til kl 2200, etter dette er det forvakt. Dialog bør være med leger. (STHF).

når psykisk syke/ rus ankommer LV, viser det seg at dialog med psykisk helsevern ofte er langtekkelig og utfordrende. Det oppleves
kapasitetsutfordringer, unormalt lang tidsbruk for å få pasienter innlagt.

tidsperspektiv gjentas som en kontinuerlig utfordring i psykisk helsevern

gjengangere bør ha individuelle planer i samhandling med kommune og spesialisthelsetjenesten. Fordrer til ressurser og kapasitet fra begge
instanser

akutt ambulant team- er de akutte, og er de ambulante? I såfall, hvilke åpningstilbud har de?

ett psykiatri mottak og ett legevaktsmottak?

Viktigste forbedringspunkter

nasjonale, like åpningstider på KAD plasser

legevakts- bil i hver region, tilbudet bør inneholde rus og psykiatri pasienter OG somatikk, skade. Denne ressursen kunne også behandle
avklare for KAD plasser 24/7- eller i et åpningsrom utenom fastlege

fastlege og legevaktslege må ta telefon – flere ressurser til telefontid

Gruppeoppgaver gruppe 5

1- høyere frekvens med tverrfaglige samarbeidsmøter. Fokus på forbedringsarbeid.

Behov for mere ressurser på legevakt for å hurtigere kunne respondere på telefoner som AMK ikke bør få.

2. Få på plass felles diagnostisk KAD sløyfe mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten
Digitale løsninger-Ta i bruk videokonsultasjon

3. Økt systematisk tverrfaglige samarbeidsmøter.

Rydde i begreper- eks hva er akutt hendelse innen somatikk/ psykiatri? Tidsforskjeller ?

Økt bruk av kjernesjournal

Felles plan for «gjengangere»

Ytterligere tiltak:

Etablere psykiatrisk ambulanseteam

Gruppeoppgaver gruppe 6

1. Hvite biler - samarbeid/videreutvikling av overføring mellom legevakt og sykehus. Kam redusere overføringene til Er minimum og bedre kapasiteten til ambulansene.
2. Legevaktbil (også bare for å sende ut sykepleier til å bistå kommunehelsetjenesten ute). Dette er konkret tiltak både på rus/psyk og bruk av ambulanser.
Få beslutningstaker ut til pasienten!
3. Multibrukergruppe for å samarbeide bedre på tvers av fag og etater rundt ressurskrevende brukere.

Gruppeoppgaver gruppe 7

Hovedtiltak:

IKT, deling av informasjon

Legevaktbil, ambulerende spesielt kveld/natt/helg

Psykiatriressurs i kommunen på kveld/natt/helg. Hjelp på laveste nivå for spesielt «gjengangerene».

Andre tiltak:

Prehospitale tjenester lettere samhandle blant annet med TSB. Beslutningsstøtte.

Samhandling AMK/kommunen. AMK rykker ut, mens kommunen vurderer situasjonen annerledes da de kjenner pasienten.

Lage gode kriseplaner spesielt på «kronikere», benyttes som beslutningsstøtte i prehospitale tjenester og kommunehelsetjenesten. IKT samhandling, alle aktørene må ha tilgang til planene. Dokumentdeling på tvers.

Kompetanseheving i somatiske enheter. Tydelig forankring av tverrfaglig samarbeid med psykiatri.

Samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommunehelsetjenesten

Tydelig fordelingsnøkkel mellom tjenestene, overordnet føringer

KAD plasser

Tettere samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten.

Økt kompetanse hos kommunale leger.

Døgnåpen KAD

Utvidet åpningstid for koordinering av plasser.

Bruk av ambulanser

Prehospitale tjenester, videokonsultasjoner med kommunehelsetjenesten

Legevaktsbil

Viser til øvrige tiltak rus/psykiatri

Gruppeoppgaver gruppe 8

- 1) Akutt ambulanseoppdrag: Legevakts bil, evnt i Grenland - First Responder funksjon. Evnt en Grenlandsbil (eid av sykehuset?)
 - Besparende implikasjoner på både ambulanseoppdrag og psykiatri og rus
 - Ved bruk av video kan man gjerne spare enda mer (evnt barn, syning)

- 2)KAD: Mer (normert) optimalisert bruk at KAD plasser (både i somatikk og psykiatri). Felles (kommunetilpassede) retningslinjer for bruk av KAD plasser – økt samarbeid for å utarbeide dette. Gjennomgått riktige og tilpassede eksklusjonskriterier.

- 3) Psykiatri og Rus: Samarbeidsplaner på tvers av instanser rundt «gjengangere» og lojalitet mot planene
Flere gode forslag:

- 4) Styrke hverandre / bedre samhandling / forent akuttkjede: Vi jobber alle sammen og ikke mot hverandre – om vi skylder på hverandre så vil det skape usikkerhet blant befolkningen

- 5)KAD: Mer (normert) optimalisert bruk at KAD plasser (både i somatikk og psykiatri). Felles (kommunetilpassede) retningslinjer for bruk av KAD plasser – økt samarbeid for å utarbeide dette. Gjennomgått riktige og tilpassede eksklusjonskriterie.

- 6) Lojal mot behandlingsnivå i alle instanser (eks HLR minus, behandlingsbegrensninger)

Gruppeoppgaver gruppe 9

Forslag til tiltak:

Mye bruk og ulik bruk av ambulanse: Se på rekvirering av ambulanser. Er det **behov** for ambulanser eller brukes ambulanse som transportmiddel av andre årsaker. Gjelder hele akuttkjeden. Forskjellig praksis fra kommune til kommune. Tydeligere på bruk og behov.

Legevakt bil for sykebesøk og evt utrykning. Det har vist stor effekt.

Dårlig samhandling mellom psykiatri og somatikk: Eget pilot-prosjekt på legevaktbil med psykiatri kompetanse.

Tydelige kriseplaner og tiltaksplaner i kjernejournal. Må oppdateres. «Flagge» pasienter i AMIS

Stor variasjon i bruk av KAD plasser- innleggelsesmulighet hele døgnet. Pasienten skal være avklart og tilsett av lege. Konfereringsmulighet pr tlf og/eller video for å sikre tilgang til legeressurser gjennom døgnet. Flere uerfarne leger som ikke har trygghet nok til å legge inn pasienter i en kommunal post.

Bør ha en opplysningskampanje for bruk av 113 og bruk av 116 117.

Gruppeoppgaver gruppe 10

Bruk av ambulanse:

Legevaktsbil

Bruk av kjernejournal

Telemedisin

Standardisering av triagering

God informasjon ut til leger og legevakter vedr hva slags tjeneste ambulanse kan tilby

Øke bemanning i AMK sentral

KAD plasser:

Lik tilgjengelighet

Like inntakskriterier

Lik behandling

Lik kompetanse

Bruk av kjernejournal

Reisevei underordnet

Rus og psykiatri:

Helårlig tjeneste poliklinikk (ikke sommerstengt)

Kriseplan i kjernejournal

Legevaktsbil

Videokonsultasjoner for kronikere (legevaktslege-erfaren psykiater)

Konfereringstelefon erfaren lege

Ønskelig at kommunale tjenester blir like med samme navn og samme innhold (

Sosialmedisinsk sentrer i skien)

Gruppeoppgaver gruppe 11

Etablering av legevaktsbil. Dette vil gi bedre pasientbehandling der pasienter er både i somatikk og psykiatri, ambulanseressurser kan omdisponeres og man kan redusere behovet for innleggelse i sykehus.

En klar og felles retningslinje for hvilke pasienter som kan behandles på KAD. Dette vil fordre til likest mulig praksis mellom kommunene og forbygge uønsket variasjon (dette må også gjelde åpningstider). (Helsefellesskapet)

Spesialist i front i psykiatrien. Enklere å konferere pasienter for bedre pasientbehandling.

Gruppeoppgaver gruppe 12

Bruk av ambulanse

Kunnskap om når bruke ambulanse. Hvilke tilfeller kan benytte annen transport
Informasjon ut til alle bestillere
Legevaktsbil

KAD plasser

Like kriterier
Lik kompetanse

Psykatri og rus akutte pasienter

Legevaktsbil
Lavterskeltibud
Veiledning fastleger
Ambulerende team

Generelt for alle:

Informasjon og kommunikasjon
Øke kompetanse
Økonomi
Personell

Gruppeoppgaver gruppe 13

Ambulanse Forbedringsforslag

- Lege med i ambulanse – dedikerte prehospitale leger
- Videokonsultasjon med AMK og/eller ambulanse (fra Norsk luftambulanse)
- Legevaktbil
- Hva med kompetanse hos de som mottar kommunale trygghetsalarmer - bruk av kommunale alarmsentraler

KAD Forbedringsforslag

- Det er lurt å bruke KAD i størst mulig grad – om ikke pasienter kan overføres fra sykehuset 24/7 bør KAD være åpen for innleggelse fra legevakt 24/7
- Like inklusjonskriterier i Telemark på tvers av kommunegrenser
- Pasientens behov og ikke tjenestens kapasitet må styre tjenestene
- Interkommunale KAD plasser
- Spesialist i allmenn med. på KAD.

Psykiatri og rus Forbedringsforslag

- Bedre tilgang 24/7 på akutthjelp for pasientgruppen – ofte aktive på natt
- Felles inklusjonskriterier på tvers av kommunegrenser kommunal KAD for psykiatri
- Utfordrende pasientgruppe å avklare – øke kompetanse evt spesialisere f.eks. ved bruk av legevaktbil for psykiatri
- Kommunale akutteam for psykiatri

Gruppeoppgaver gruppe 14

Bruk av ambulanser:

Avklare behandlingsnivå tidlig (skriftlig) for å kunne unngå unødvendige innleggelse, særlig hjemmetjeneste og korttidsavdelinger.

Legevaktbil, 3 biler.

Kartlegge hva man bruker ambulanser til. Hva er tradisjoner i forhold til ambulansebruk. Triagering, er det en overtriagering på for eksempel trafikkulykker og undertriagering på andre tilfeller.

Utvide tilbud på hvite biler

Kompetanseheving, øve sammen, både ambulanse-spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste

KAD plasser:

Kompetanseheving, gjennomgang av bruk av NEWS og akuttkjedeskjema. Kompetanseheving, øve sammen, både ambulanse, spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og legevakt

KAD plasser brukes riktig, ikke som venteplasser til korttidsavdeling

Gode behandlingsplaner gjør det lettere å håndtere pasienter på KAD avdeling

Psykatri og rus akutte pasienter:

Spisskompetanse på en psykiatrisk legevakt

Legevaktbil med psykiatrisk kompetanse tar den første vurderingen hos akutte psykiatriske pasienter for å unngå unødvendig transport til legevakt

Øke kompetanse i somatikken og psykiatri og rus og i psykiatrien øke kompetanse om somatiske lidelser

Psykatri ambulanser

Akuttkonferansen 2023

Fra akuttkjede til akuttbehandling

08:30 – 09:00	Registrering
09:00 – 09:10	Innledning – velkommen til akuttkonferansen
09:10 – 09:30	Nasjonale føringer for akutte tjenester (HDIR/HOD)



14:45 – 15:00 Veien videre



Gratis, men behov for påmelding for praktisk formål
Påmelding: svar på invitasjonen eller send
en mail til aasdag@sthf.no innen 20.10.23

Forslag og innspill fra Akuttkonferansen vil bli vurdert inn i definerte tiltaksområder

A	B	C	D	E
USS akuttsenter	Legekompetanse i akuttmottak	Standardiserte pasientforløp	Innhold/nivå av diagnostisering og behandling i akuttmottak og AK-24	Organisering og ledelse
F	G	H	I	J
Akuttpoliklinikk med korttidsobservasjon	Samhandling med kommunal helsetjeneste	Informasjonsflyt i hele akuttkjeden	Beste effektive omsorgsnivå (BEON)	Samarbeid pasientflyt