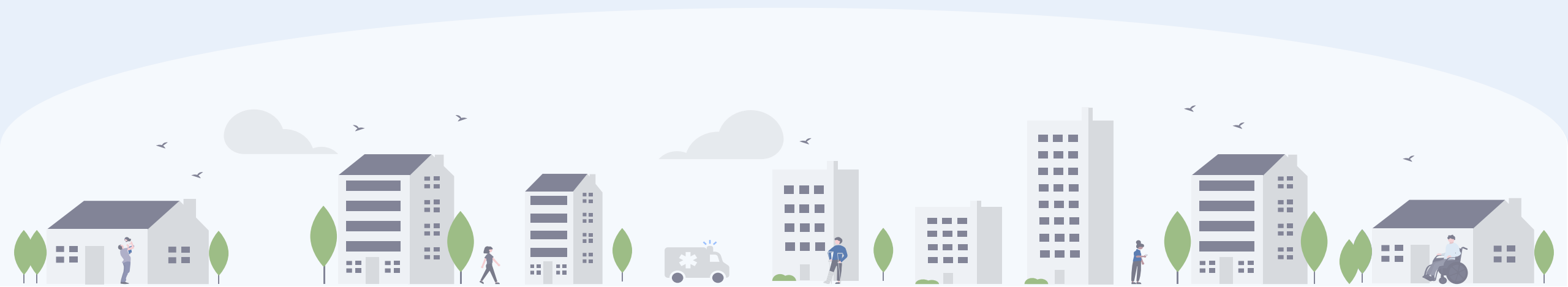


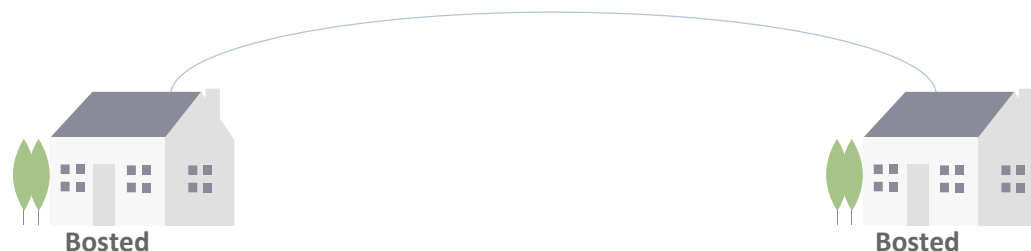
Oppsummering av kartlegging av den akuttmedisinske kjede i Nordre-Trøndelag

Kartleggingen, som er et samarbeid mellom kommuner og helseforetak, er gjennomført gjennom prosjektene Fremragende akuttmottak fase II og Felles plan for akuttmedisinsk kjede

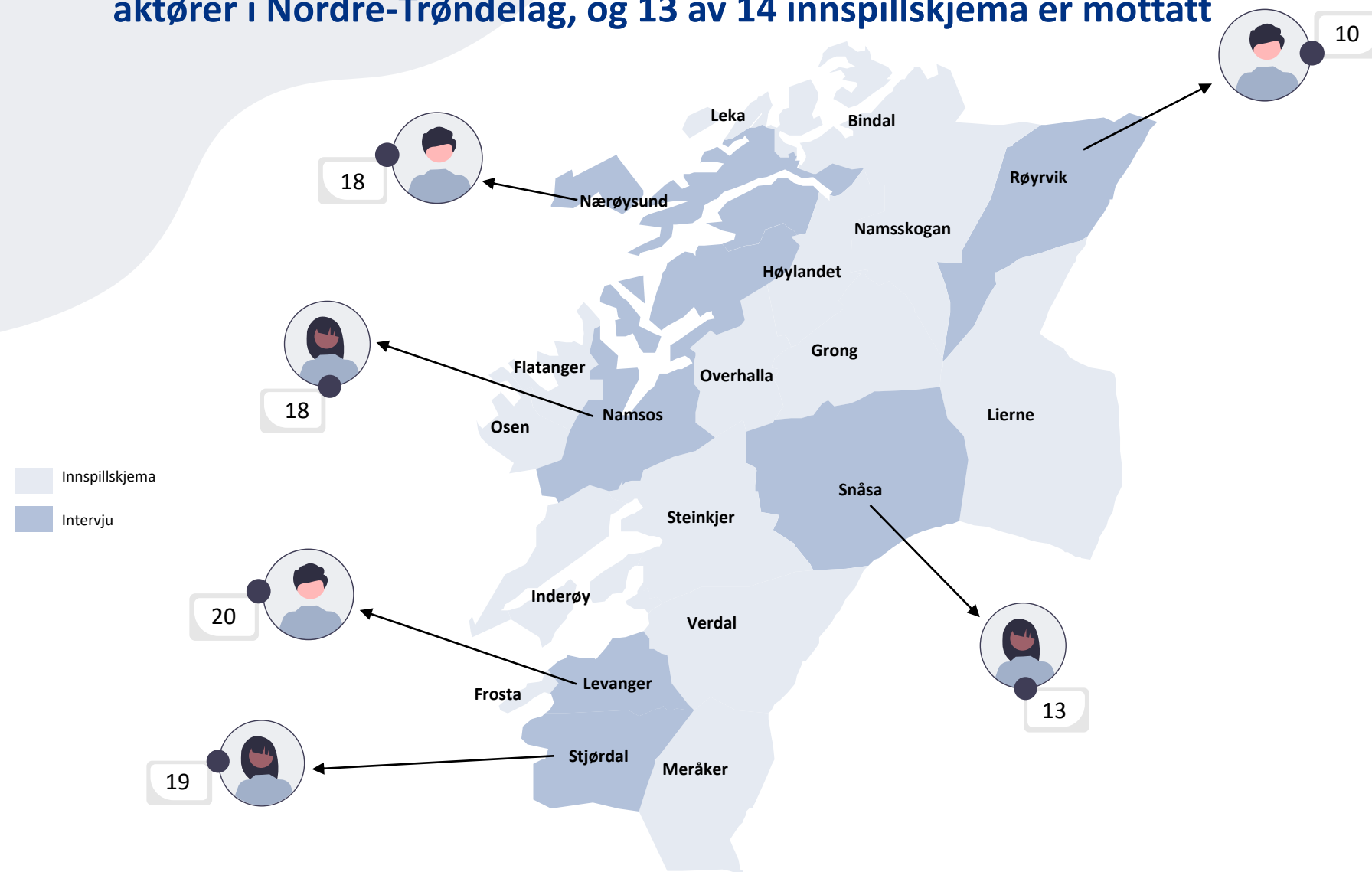


Gjennom prosjektet Fremragende akuttmottak fase II, er ø-hjelpsforløpet kartlagt fra bosted til bosted, for alle tjenester som er involvert

- Kartleggingen er gjennomført i samarbeid mellom kommuner og helseforetak i Nordre-Trøndelag og dekker både somatikk og psykisk helsevern og rus. Dette er et arbeidsdokument med utkast til oppsummering av utfordringer, forbedringsmuligheter og andre innspill som er innhentet gjennom intervjuer, innspillskjema og workshop, fra kommuner i Nordre-Trøndelag, helseforetak og brukere/pårørende. Kartleggingen dekker hele ø-hjelpsforløpet fra bosted til bosted.
- I 2019 ble det gjennomført en kartlegging internt i akuttmottakene i Helse Nord-Trøndelag, gjennom fase I av Fremragende akuttmottak. Målet for fase I var å beskrive ulike løsninger som vil sørge for «riktig pasient på riktig sted til riktig tid». Fase 2 bygger videre på resultatet og de prinsippene prosjektet kom fram til i fase 1, der det interne fokuset er utvidet, og de prehospitale tjenestene og primærhelsetjenesten er invitert med i prosjektet.
- Våren 2021 ble det holdt dialogmøter med hver av kommuneregionene for å diskutere hvordan kartleggingen og videre arbeid skulle gjennomføres i kommunene, for å sikre at kartleggingen skulle gi et best mulig bilde av nåsituasjonen. Resultatet av kartleggingen i kommunene er gjennomgått med kommuneregionene i uke 47, for å verifisere resultatet.
- Resultatet av kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra bosted til bosted vil danne en nullpunktsanalyse som gir et grunnlag for videre arbeid, hvor kommuner og helseforetak, sammen skal jobbe for en mer helhetlig akuttmedisinsk kjede med fokus på innbyggernes beste.
- NB! I dette dokumentet er det kun laget en oppsummering av de hyppigste utfordringene som går igjen og/eller utfordringene som oppleves som størst, basert på resultatene fra kartleggingen. Resterende funn vil kategoriseres og dokumenteres i en endelig oppsummering.



Gjennom kartleggingen er det gjennomført intervjuer med 98 intervjukandidater fra kommunale aktører i Nordre-Trøndelag, og 13 av 14 innspillskjema er mottatt

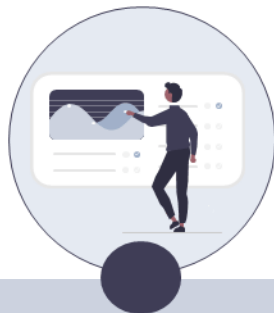


Aktører som er intervjuet i kommune:

- Fastlege
- Legevakt
- Sykehjem
- Hjemmetjeneste
- KAD
- Psykisk helsevern og rus
- Politi
- Brann
- Jordmortjenesten
- Saksbehandlings-/forvaltningskontor

Intervjudeltakere inkluderer både personer i lederfunksjoner og det utøvende leddet

I tillegg inkluderer kartleggingen resultatet fra fase I av Fremragende akuttmottak, 15 intervjuer innenfor psykisk helsevern og rus på sykehuset, samt 47 intervjuer med brukere og pårørende



Resultat av kartlegging internt på sykehuset innenfor somatikk, gjennom fase I av Fremragende akuttmottak



Innhentet ytterligere innspill internt på sykehuset, gjennom blant annet workshop med ambulanse, AMK og pasientreiser

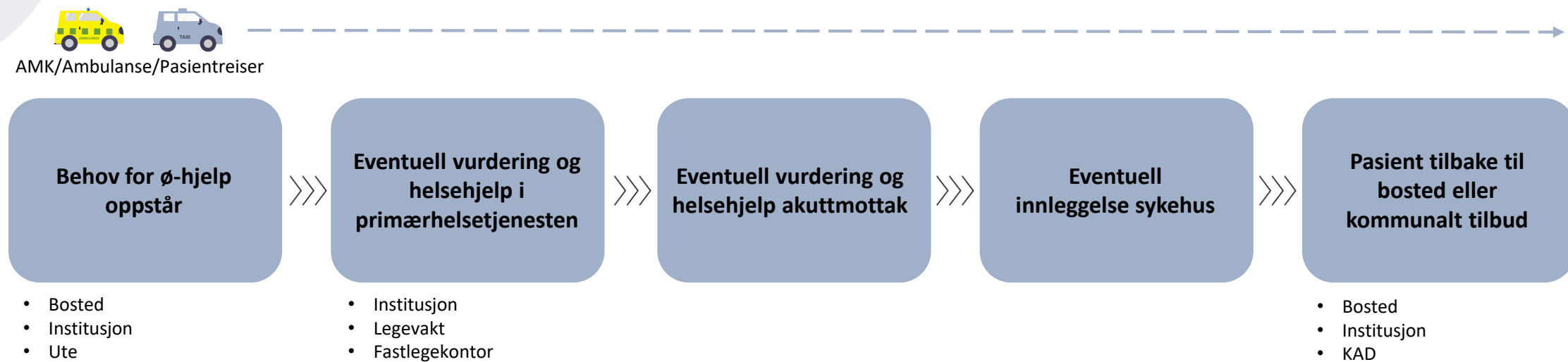


15 intervjuer innenfor psykisk helsevern og rus på sykehusene (Ikke dekket i fase I)



47 intervjuer med pasienter og pårørende innenfor somatikk i og utenfor sykehus

Kartleggingen dekker hele pasientflyten fra bosted til bosted



Ikke alle pasienter går gjennom alle stegene i illustrert flyt over. De fleste ø-hjelpspasienter blir håndtert i primærhelsetjenesten

Pasienter og pårørende har blitt spurt om hvilke forventninger de har til helsetjenesten dersom det oppstår en akutt situasjon, og hva som er viktigst for dem gjennom forløpet



Pasienter og pårørende oppgir følgende forventninger til helsetjenesten, og hva som er viktig for dem, ved akutte situasjoner:

- Rask reaksjon fra helsevesenet og tilgang på ambulanse ved akutte hendelser.
- At man får den hjelpen man trenger når man trenger den, og at man får det innen rimelig tid.
- Å bli tatt seriøst og på alvor, uavhengig av tidligere episoder, hendelser eller livsstil. Det er viktig at de føler at de blir forstått for problemet, og ikke for personen de er.
- At man får informasjon på et tidlig tidspunkt og at informasjonsflyten fortsetter gjennom hele forløpet. Det er spesielt viktig for pasienten at de får et tidsperspektiv å forholde seg til, slik at de vet hva som kan eller skal skje.
- At helsepersonell er klar over at noen pasienter ikke vil være til «bry», og at de passer på å følge opp alle.
- At man blir undersøkt grundig og får en avklaring. Det er også viktig for pasientene at de får opplysninger om tilstand med informasjon om prøvesvar og hva som er normalverdier innenfor de prøvene som blir tatt.
- Kompetente leger i alle ledd, og at de viser vilje/ønske om å hjelpe.
- At pasienten blir sett og hørt.
- At det er enighet blant leger og helsepersonell, og at helsepersonell ikke snakker «over hodene på dem».
- Å få omsorg, omtanke og betryggelse på at de blir tatt hånd om.
- Ærlighet fra helsepersonell, selv om noe er vanskelig å formidle.
- Basert på pasientenes tidligere erfaring forventes det at ting tar tid og at det blir mye ventetid gjennom hele forløpet.



Hovedfokuset i kartleggingen er forbedringsområder, men det trekkes også frem flere gode eksempler i ø-hjelpsforløpet i dag

- Pasienter og pårørende som er intervjuet er generelt veldig fornøyd med de akuttmedisinske tjenestene i Nordre-Trøndelag, og flere snakker svært varmt om hvor dyktige helsepersonellet som har hjulpet dem, er.
- Ordningen «Styrket akuttmedisinsk beredskap med sykepleiere i vakt» i Røyrvik, trekkes frem som positiv og gir en økt trygghet for befolkningen, som bor langt unna sykehus. Ordningen innebærer at sykepleiere har vaktordning og rykker ut hvis det er behov for bistand i påvente av ambulanse. Det beskrives også som positivt at sykepleierne har tilgang på noe av det samme utstyret som ambulanse har, deriblant Corpuls som inkluderer EKG med direkteoverføring til sykehus. Ved utrykning er det god dialog mellom AMK, ambulanse, fastlege/legevaktslege, og evt. brann. Sykepleiere som er akutthjelpere får økt kompetanse, som det også dras nytte av ellers i tjenesten.
- Kommuner med tilbudet Røntgenbil trekker dette frem som et godt tilbud, da tilbudet kan avdekke brudd og spare pasienten for reisetid til sykehuset.
- Enkelte sykehjemsleger er proaktive og bevisste på forebyggende tiltak for å unngå akutte tilfeller. Et eksempel er bruk av hoftebeskyttere for mennesker med benskjørhet, for å hindre hoftebrudd. Etter innføringen av dette, har det ikke forekommet hoftebeinsbrudd på sykehjemmet. Et annet eksempel er å vurdere hver pasient i forkant av helg, for potensielle behov gjennom helgen, for å redusere behov for akutthjelp når lege ikke er tilstede.
- I en kommune ble det trukket frem gode effekter av å ha fokus på å bygge relasjoner og god dialog mellom politi, kommune og brukere innen rus og psykiatri. Ved god dialog og at brukere opplever å treffe kjente personer, ved akutte situasjoner, bidrar det til å roe ned situasjonen.
- I enkelte kommuner er tjenester samlokalisert i samme bygg, noe som bidrar til at ansatte fra ulike tjenester blir bedre kjent og tryggere på hverandre.
- Det trekkes frem som positivt at psykoseposten på Namsos drar på hjemmebesøk til brukere i forkant av utskriving, for å gjøre pasienten trygg på å komme hjem igjen.
- I en kommune drar forvaltningskontor på kartleggingsbesøk på sykehuset, for å kartlegge behovene til brukere i etterkant av utskrivelse. Kartleggingsbesøket gjør at kommunen opplever å treffe bedre på tjenestene som tilbys pasienten. Det fokuseres på hva som kan tilbys i hjemmet i de tilfellene det er relevant, noe som ofte mottas positivt og har redusert behovet for korttidsopphold.

Det er også kommet innspill til hva som kan gjøre den akuttmedisinske kjede enda bedre

- Samarbeid om KAD-plasser for nærliggende kommuner, og vurdere å ha KAD-plasser i tilknytning til legevakt, i større grad.
- Hospitering mellom sykehus og kommune. Det er eksempelvis ytret ønske om hospitering på sykehuset av fastleger og jordmødre for å øke kompetansen ute i tjenesten.
- Økt bruk av videokonsultasjon ved akutte hendelser, eksempelvis i samhandling med AMK og legevakt.
- Læringsnettverk innenfor rus og psykiatri mellom kommuner og helseforetak.
- Samarbeid om tilbud innen psykisk helsevern og rus mellom nærliggende kommuner, og samarbeid om pasienter med omfattende og spesialisert behov for tjenester.
- Felles gjennomgang av avvik mellom helseforetak og kommune, for å øke forståelsen for hverandre, samt tilbakemeldinger etter hendelser som det er ønskelig å lære av.
- Samkjøring av utstyr og medikamentvalg mellom legevakt og ambulanse.
- Økt avklaring med spesialister, spesielt for kommuner med lang avstand til sykehus, for å redusere unødvendig transport.
- Økt grad av hjemmebesøk for fastleger og legevaktsleger.
- Mer fokus på forebygging innenfor psykiatri og rus for å redusere akutte behov. Sitat fra ett av intervjuobjektene: «Pasienter som bruker lang tid på å bli dårlige, bruker lang tid på å bli gode».

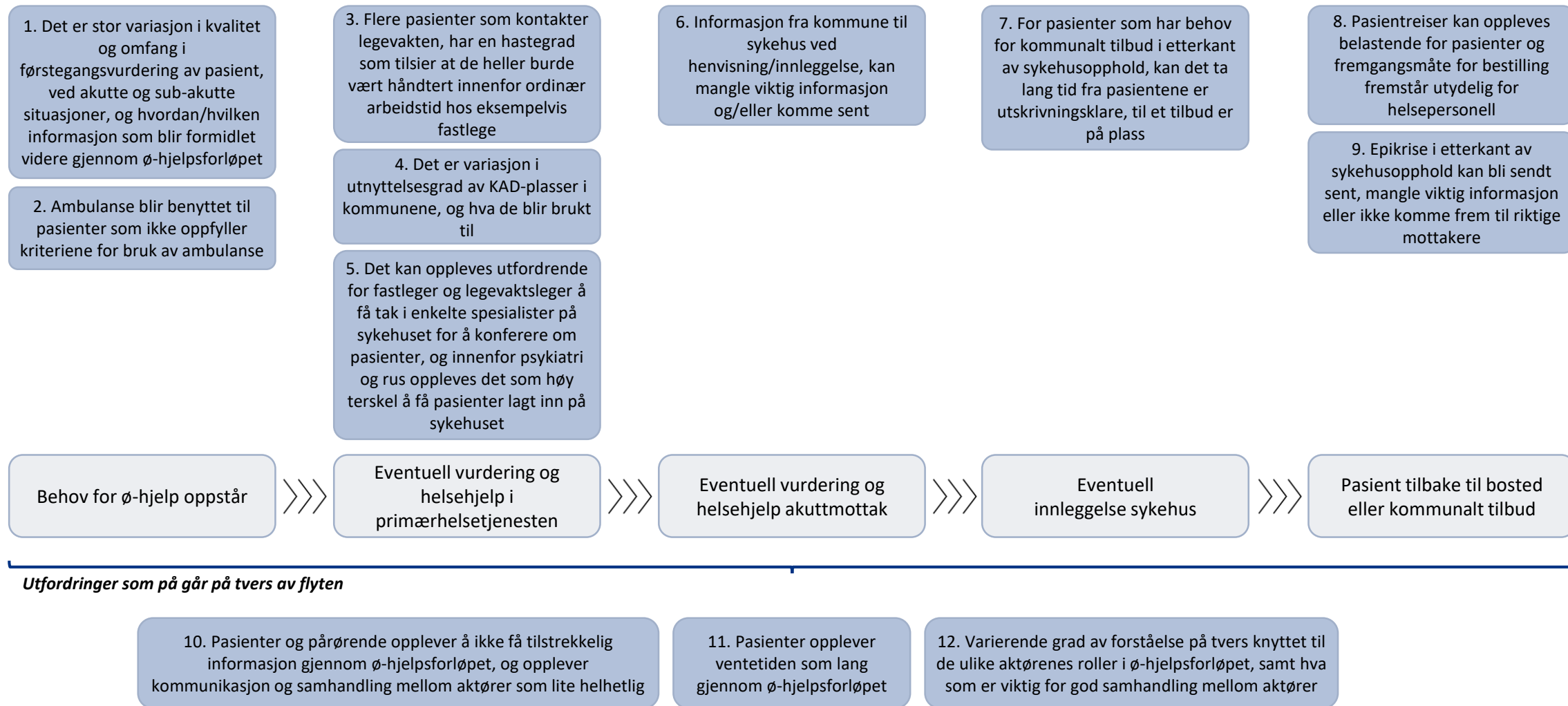


En av intervjukandidatene hadde følgende utsagn knyttet til ønsket fremtidig situasjon:



Alle i den akuttmedisinske kjede ser på hverandre som kollegaer. Hvis det kommer et avvik gjelder avviket hele den akuttmedisinske kjede, og ikke enkeltpersoner.

Under er en oppsummering av de hyppigste utfordringene som går igjen i intervjuene og/eller utfordringene som oppleves som størst for intervjuobjektene



1. Det er stor variasjon i kvalitet og omfang i førstegangsvurdering av pasient, ved akutte og sub-akutte situasjoner, og hvordan/hvilken informasjon som blir formidlet videre gjennom ø-hjelpsforløpet

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

1.1 Når helsepersonell fra hjemmetjeneste/institusjon/fastlegekontor tar kontakt med legevakt/AMK/fastlege ved akutte situasjoner, er det stor variasjon i kvalitet og omfang av førstegangsvurdering av pasient og hvilket utstyr de har tilgjengelig, noe som kan gjøre det utfordrende for fastlege/legevakt/AMK å vurdere pasientens behov

- Det blir beskrevet at **informasjon ved innmelding av pasient ofte er manglende eller ufullstendig**, noe som kan føre til feil situasjonsoppfattelse og veiledning.
- Det **varierer hvilket utstyr** helsepersonell i hjemmetjeneste/institusjon har tilgjengelig for å gjennomføre en god førstegangsvurdering av pasient. Utstyret kan være ødelagt, og det kan være mangelfull opplæring i riktig bruk av manuelt utstyr.
- Flere helsepersonell oppgir at de **ikke bruker noe struktur/beslutningsstøtte** for hva som bør gjøres i førstegangsvurdering av pasient i akutte (og subakutte) situasjoner, før de kontakter lege, eller hvilken informasjon som bør viderefremmes. Eksempelvis beskrives det fra en lege at det er utfordrende å vurdere om pasienten har behov for legetilsyn, dersom helsepersonell ringer inn og sier at pasienten er «veldig dårlig», uten å oppgi noe annen informasjon, eller ha utført målinger.
- I kommuner/hos aktører som har etablerte strukturer for førstegangsvurdering av pasient, **varierer det hvilke struktur/beslutningsstøtte som brukes**. Noen kommuner bruker beslutningsstøtte som eksempelvis NEWS2, og/eller ISBAR for kommunikasjon, og noen har etablert egne strukturer.

1.2 Det brukes ulikt «språk» ved kommunikasjon mellom aktører i ø-hjelpsforløpet, noe som kan gjøre det utfordrende å kommunisere effektivt mellom aktører

- Det brukes **ulike verktøy til beslutningsstøtte/triage** blant aktørene i ø-hjelpsforløpet, noe som kan påvirke hvilken informasjon som formidles videre og hvilken informasjon som forventes når en annen aktør tar kontakt. Dette kan også variere blant samme aktør i ø-hjelpsforløpet og innad i kommuner. Eksempelvis kan en hjemmetjeneste som benytter NEWS2 ta kontakt med legevakt som bruker medisinsk indeks. En legesekretær beskriver at når h*n kontakter AMK, er det ofte h*n ikke kan svare på det de ønsker svar på.
- Det benyttes **ulike versjoner av utstyr** gjennom ø-hjelpsforløpet noe som kan gjøre det utfordrende å sammenligne resultater.
- Kommuner benytter informasjon fra IPLOS når innleggelsesrapport sendes til sykehuset. Sykehuset benytter ikke IPLOS, har ikke god kjennskap til innholdet og opplever informasjonen som mangelfull.

2. Ambulanse blir benyttet til pasienter som ikke oppfyller kriteriene for bruk av ambulanse

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

- AMK opplever at det **bestilles ambulanse til pasienter som ikke har behov** for det. Eksempelvis kan det ved bestilling av ambulanse informeres om at pasienten er sengeliggende, men når ambulansen ankommer, kommer pasienten gående.
- Bestilling av ambulanse via nettside, tilfredsstillende ofte ikke kriteriene for ambulanse.
- Andre relaterte utfordringer gjennom kartleggingen:
 - Tilgang på ambulanse i enkelte kommuner, kan oppleves utfordrende ved **kapasitetsutfordringer**.
 - Det kan være lang ventetid på ambulanse for pasienter som er sengeliggende og avklart fra sykehuset, og skal tilbake til institusjon eller hjem.

3. Flere pasienter som kontakter legevakten, har en hastegrad som tilsier at de heller burde vært håndtert innenfor ordinær arbeidstid hos eksempelvis fastlege

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

- Basert på svarene til intervjukandidatene som er spurt, estimeres det at mellom 30 % og 80 % av pasientene som kommer til legevakt, har en hastegrad som tilsier at de burde tatt kontakt med fastlege, enten tidligere i uken, eller samme dag/dagen etterpå. Noen eksempler på mulige årsaker til at disse pasientene kommer til legevakt, beskrives som følgende:
 - Enkelte pasienter kontakter legevakten fordi det er **lang ventetid hos fastlegen på vanlig legetime**, de får ikke hastetime hos fastlege, eller det er for **nært opp mot stengetiden** på fastlegekontoret.
 - Pasienter som har hatt symptomer i eksempelvis 1 uke, kan **vente så lenge med å kontakte lege**, at det kun er legevakt som er tilgjengelig på det tidspunktet de beslutter å ta kontakt med lege.
 - **Ikke alle innbyggere har fastlege i oppholdskommunen**, som kan gi økt press på legevakten.
 - Ulike årsaker som kan skyldes **kultur**, som eksempelvis pasienter som kontakter legevakt på kveld/helg da det passer dem bedre, enn å komme på dagtid i ukedager til fastlege.
- Enkelte leger opplever at helsepersonell i hjemmetjenesten eller på institusjon tar kontakt med legevakt på kveldstid selv om **pasienten har vært dårlig hele dagen**, med tilgang på institusjonslege/fastlege.
- Enkelte legevaktleger opplever at **legevaktsentralen gir time til pasienter som kan vente**, uten å konferere med legevaktslege.

4. Det er variasjon i utnyttelsesgrad av KAD-plasser i kommunene, og hva de blir brukt til

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

- Flere fastleger og legevaktsleger opplever det som mer **tidkrevende å legge inn pasienter på KAD** sammenlignet med akuttmottak, da det må lages en behandlingsplan i forkant, og det kan være uklart hvem som skal kontaktes for å legge inn på KAD i enkelte kommuner.
- Kriteriene til hvilke pasientgrupper som kan legges inn på KAD, oppleves veldig snevre, slik at det oppleves som **få pasienter som tilfredsstillter kriteriene**. Pasientene skal blant annet være ferdig avklart, behandlingsplan skal være klar, og pasienten skal kunne være ferdigbehandlet innen 3-5 dager.
- Det er ikke alle KAD-plasser som har **tilgjengelig lege**.
- KAD-plasser blir **brukt til andre formål** enn tiltenkt, som blant annet som snarvei til korttidsplasser, noe som innebærer at de «sniker» i køen. De benyttes også for å løse akutte utfordringer knyttet til plassmangel på sykehjem, og til pasienter som ikke tilfredsstillter kriteriene, men som ikke har noe annet alternativt tilbud.
- I enkelte kommuner er det langt til legevakt på kveld/natt/helg. **Plassering av KAD** sammenlignet med legevakt kan gjøre at pasienten har lenger reisevei til KAD enn til sykehus, som kan innebære at pasientene legges inn på sykehus i stedet.
- Enkelte kommuner mener at KAD-seng plassert på sykehjem **ikke er egnet for pasienter innen psykiatri og rus**.
- Etter avklaring i akuttmottaket, opplever sykehuset at det er flere pasienter som i dag legges inn på sykehuset, som **kunne ha vært behandlet på lavere behandlingsnivå**, som eksempelvis KAD.

5. Det kan oppleves utfordrende for fastleger og legevaktsleger å få tak i enkelte spesialister på sykehuset for å konferere om pasienter, og innenfor psykiatri og rus oppleves det som høy terskel å få pasienter lagt inn på sykehuset

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

5.1 Det kan oppleves utfordrende for fastleger og legevaktsleger å få tak i enkelte spesialister på sykehuset for å konferere om pasienter

- Innen somatikk kan det være utfordrende for fastleger og legevaktsleger å få tak i spesialist på sykehuset ved behov for å konferere. Det gjelder spesielt **ortopeder og kirurger**, da de kan være **opptatt i operasjon**.
- Innenfor psykisk helsevern og rus kommer fastlege/legevaktslege til forvakt på telefon når de **ønsker å konferere med spesialist**. Forvakt, som er en mindre erfaren lege, må ofte konferere med bakvakt, før de kan gi tilbakemelding. Det tar ofte lang tid før forvakt ringer tilbake til fastlege/legevaktslege, noe som kan innebære lang ventetid for både pasient, lege og andre involverte, som politi.
- I kartleggingen oppgir noen leger at de velger å **henvise pasienten til sykehuset, selv om de er i tvil om det er riktig**, da å konferere med spesialisthelsetjenesten kan oppleves som en krevende prosess.

5.2 Innenfor psykiatri og rus oppleves det som høy terskel å få pasienter lagt inn på sykehuset

- Fastleger/legevaktsleger opplever det som høy terskel for å ta imot pasienter innenfor psykisk helsevern og rus på sykehuset, hvor noen leger beskriver det som en kamp hvor **argumentasjonen må være god for å få en vurdering/innleggelse** i spesialisthelsetjenesten. Det oppleves også at **sykehuset har lite tillit til vurderingene** som fastlege/legevaktslege gjør og deres kompetanse til å vurdere hva som er riktig for pasienten. Enkelte leger oppgir at de henviser til akuttposten på sykehuset selv om de får nei når de konfererer, da de er uenige i beslutningen.
- Sykehusene opplever at flere pasienter blir **henvist til sykehuset for innleggelse, med lite indikasjon**. Pasientene blir ofte snudd etter vurderingssamtale på sykehuset. Noen av disse pasientene bor langt unna sykehuset og har flere timers reisevei frem og tilbake, noe som er spesielt utfordrende på nattestid. Kommunene opplever at pasientene sendes til vurdering for innleggelse, men kommer i retur samme dag uten at det oppleves at henvisningsgrunn er avklart. Dette oppleves som belastende for pasienter og evt. andre involvert i transport frem og tilbake.

6. Informasjon fra kommune til sykehus ved henvisning/innleggelse, kan mangle viktig informasjon og/eller komme sent

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

6.1 Henvisning til spesialisthelsetjenesten

- Kvaliteten på henvisninger til sykehuset varierer, og henvisninger kan være **mangelfulle**.
- Noen fastleger og legevaktsleger ringer for å **henvise pasienter uten å sende skriftlig henvisning** i etterkant.
- Det kan være **utfordrende å få tak i fastlege** ved behov for å konferere om henvist pasient til akuttmottaket, da henvisende lege kan ha dratt hjem når pasienten kommer til akuttmottaket.

6.2 Etterspurt informasjon ved innlagt pasient

- Informasjon om pasient fra kommune, når lege/sykepleier i akuttmottak etterspør informasjon gjennom å sende PLO-melding til kommunen, kan **komme sent**
 - PLO melding til kommunen «innlagt pasient» skal sendes når det er besluttet at pasienten skal legges inn, noe som ofte er for sent å etterspørre informasjon. Dersom denne meldingen sendes tidligere, og pasienten ikke legges inn, kan det innebære at pasienten har mistet tilbudet sitt i kommunen, etter å ha blitt meldt som innlagt.
 - Når hjemmetjenesten får melding om innlagt pasient fra sykehuset, har de ikke mulighet til å svare ved å sende innleggelsesrapport fra Ipadene, som benyttes ute i tjenesten. Dette kan medføre forsinkelse i utsendelse, da helsepersonell ofte må dra til kontoret for å ha tilgang til PC.

7. For pasienter som har behov for kommunalt tilbud i etterkant av sykehusopphold, kan det ta lang tid fra pasientene er utskrivningsklare, til et tilbud er på plass

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

7.1 Sykehusene opplever at det kan ta lang tid fra pasientene er utskrivningsklare til et kommunalt tilbud er på plass, og at det varierer mellom kommunene hvor lang tid det tar

- Et eksempel på en pasientgruppe det er beskrevet at kan ta ekstra lang tid før kommunene er klar til å ta mot, er de sykeste/mest komplekse pasientene. Kommunene har ofte ikke et godt nok forsvarlig tilbud til denne pasientgruppen.

7.2 Mangelfull informasjon fra sykehus til kommune, og involvering av kommune gjennom sykehusoppholdet, når pasienter har behov for kommunalt tilbud i etterkant

- Informasjon fra sykehus til forvaltningskontor gjennom sykehusoppholdet, er ofte **mangelfull**. Dette kan resultere i at saksbehandler må ta kontakt med sykehuset for å få mer informasjon, og påvirke muligheten kommunen har for å forberede et tilbud til pasienten, når den er utskrivningsklar. Det er spesielt informasjon knyttet til hvilke behov for tjenester pasientene vil ha i etterkant av sykehusopphold, som mangler.
- Det beskrives også at informasjonen fra sykehuset angående behandlingsbehov, ikke alltid stemmer med pasientens tilstand, og tiltenkt tjenestetilbud da blir feil.
- **Forventet utskrivingsdato blir hyppig endret**, slik at det er utfordrende for forvaltningskontor å planlegge. Endelig utskrivelsesdato kommer ofte dagen før eller samme dag.
- **Hjemmetjenesten opplever å bli for lite inkludert** i vurderingene av behov i etterkant av sykehusinnleggelse.
- Enkelte kommuner opplever at sykehusene tar mye direktekontakt med kommunal tjeneste, **uten å involvere forvaltningskontoret**.
- Forvaltningskontoret kan oppleve at **sykehusene lover tjenester som institusjonsplass** til pasientene, uten å ha snakket med forvaltningskontoret på forhånd. Dette kan være utfordrende dersom pasienten ender opp med å ikke få det tilbudet som er skissert.
- Det kan være **uklart for sykehusene hvem PLO-meldinger skal sendes til** i kommunene, da kommunene er organisert ulikt.

8. Pasientreiser kan oppleves belastende for pasienter og fremgangsmåte for bestilling fremstår utydelig for helsepersonell

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

- Det er tungvint å bestille pasientreiser og **fremgangsmåte fremstår utydelig**.
- Pasienter opplever pasientreiser som en stor utfordring:
 - Transporten er ofte forsinket, og det er **ikke alltid transporten dukker opp**.
 - Det er ofte **flere pasienter som skal sitte på med samme drosje**, og en liten visitt på sykehuset kan ofte ta veldig lang tid, da drosjen skal innom flere steder/pasienter. Dette kan oppleves som svært belastende for syke pasienter.
 - **Drosjenes standard/tilstand** oppleves som dårlig ift. hvor syke pasientene er. Eksempler som nevnes er seter som ikke kan legges ned, er for harde eller krevende å komme seg inn og ut av.
 - Flere opplever **utfordringer med sjåførene**, som språkbarrierer, og at sjåføren ikke er kjent i områdene de kjører i. Dette skaper unødvendige forsinkelser og omveier.

9. Epikrise i etterkant av sykehusopphold kan bli sendt sent, mangle viktig informasjon eller ikke komme frem til riktige mottakere

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

- Epikrise kan **mangle viktig innhold** og det nevnes spesifikt informasjon knyttet til hva som er gjort og hvorfor, for å sikre at fastlegene har et godt grunnlag for å følge opp pasienten, i etterkant av sykehusinnleggelse. Dersom pasient skrives ut til hjemmetjeneste/institusjon i helg, når det ikke er lege tilgjengelig, kan det være utfordrende for helsepersonell å bruke informasjonen fra sykehuset. Epikrisen er ofte skrevet til lege, og inneholder derfor ikke all informasjon som helsepersonell kan trenge.
- Etter utskrivelse fra sykehus kan **epikrisene bli sendt veldig sent**. Fastlegen får ofte ikke beskjed om at pasient er utskrevet før de mottar epikrisen. Det kan føre til at fastlege/hjemmetjeneste ikke har nok informasjon til å følge opp pasienten, og forsinke prosessen. Eksempelvis kan det være utfordrende dersom pasienten kontakter fastlegen, før fastlegen har fått informasjon fra sykehuset.
- Epikrise blir **ikke alltid sendt til riktige mottakere**. Eksempelvis at hjemmetjenesten får epikrisen, men ikke fastlegen eller at fastlegen får epikrisen, men ikke sykehjemmet i tillegg.

10. Pasienter og pårørende opplever å ikke få tilstrekkelig informasjon gjennom ø-hjelpsforløpet, og opplever kommunikasjon og samhandling mellom aktører som lite helhetlig

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

- Pasienter opplever å **ikke få tilstrekkelig informasjon** gjennom ø-hjelpsforløpet, som eksempelvis informasjon om hva som er galt/pasientens helsetilstand, prøvesvar, plan for videre utredning og behandling. Pasienter/pårørende opplever det som belastende å prøve å få tak i denne informasjonen, i en situasjon hvor de er syke/sårbare.
- Pasientene **forstår ikke alltid informasjonen** som blir gitt, og mengde og hvilken type informasjon pasientene får, oppleves personavhengig.
- Pasientene kan oppleve **motstridende informasjon** fra forskjellige aktører og personell. Dette gjelder blant annet oppfølging av tilstand/sykdom og medisinering.
- Noen pasienter opplever at **leger og sykepleiere er uenige**, og diskuterer pasienten, foran pasienten. Dette kan gjøre pasientene usikre og urolige.
- **Mangel på felles systemer/plattformer** på tvers av aktører og manglende link mellom systemer, gjør det utfordrende for sykehus og kommuner å ha oppdatert informasjon om pasientene.
 - Det er blant annet ofte feil i medisinlistene når pasienter har vært innoom flere aktører, og det er tidkrevende å avstemme medisinlister.
- Pasienter og pårørende opplever at de ofte må **gjenta den samme informasjonen flere ganger**, gjennom ø-hjelpsforløpet. Det gjelder både i forskjellige deler av forløpet, men også hvis man er i forløpet av samme årsak flere ganger (eksempelvis ved kroniske sykdommer). Noen opplever at de selv blir usikre på om de klarer å gjengi den samme informasjonen til alle, riktig hver gang, og er redde for konsekvensene det kan ha.
- Noen pasienter opplever **mangelfull informasjonsflyt** mellom sykehus og mellom sykehus og kommune, og kan dermed oppleve å «falle mellom to stoler». Pasienter og pårørende opplever at de selv ofte må å ha kontroll på sykdomsforløpet/helsesituasjonen.
 - Pasienter opplever dårlig kommunikasjon mellom fastlege og sykehus. Noen opplever at sykehusene ber dem kontakte fastlegen for prøvesvar/epikriser for deretter å bli bedt av fastlege om å sjekke med sykehuset selv. Flere oppgir at de må gjentatte ganger ringe sykehuset og purre på epikriser som ikke kommer.

11. Pasienter opplever ventetiden som lang gjennom ø-hjelpsforløpet

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

- Spesielt i akuttmottaket oppleves ventetiden lang, i tillegg til at pasientene **ikke har tilgang på mat og drikke** mens de venter. Personer som har vært i akuttmottakene flere ganger beskriver at de har med seg «ventebag» med mat, drikke og «underholdning». I Levanger oppgir noen å ikke ha **mobildekning** i akuttmottaket, slik at de kan ha kontakt med pårørende.
- Pasientene opplever at det er veldig **travelt på sengepostene**, og at det kan ta lang tid å få hjelp. Enkelte beskriver dette som kaotisk. Flere oppgir at de av og til har ringt pårørende, for å få dem til å purre og følge opp avdelingen slik at pasienten får hjelp. Enkelte pasienter som har vært på isolasjon har opplevd mye venting og kan føle at de blir glemt. De beskriver episoder hvor de opplever at personalet glemmer å sjekke til dem, at det går lengre tid enn normalt mellom måltider, og at det kan gå opp til flere dager mellom renhold/stell. Pasientene opplever at de selv må passe på og ta initiativ for at de skal få den hjelpen de trenger.
- Noen pasienter blir liggende lenge som utreiseklare på sengepost fordi de mangler dokumentasjon.

12. Varierende grad av forståelse på tvers knyttet til de ulike aktørenes roller i ø-hjelpsforløpet, samt hva som er viktig for god samhandling mellom aktører

Utdypning av utfordringen og noen eksempler fra kartleggingen:

- Det er ikke tydelig **hvilken rolle brann har knyttet til helseoppdrag**, og hvilken rolle andre har som blir kalt ut sammen med dem, i akutte situasjoner. Det er uklart hva forventningene er til de ulike partene når de kalles ut på et akutt oppdrag, og hvem som har ansvar for hva.
- Ved samarbeid på tvers av somatikk og psykiatri og rus på sykehuset, er det **uklart hvilken rolle/hva sykepleier innen somatikk** har ansvar for, og hva sykepleier innen **psykiatri og rus** har ansvar for.
- Det er **ikke samsvar mellom hvilke forventinger** somatikk har, og hva psykiatri og rus på sykehuset, kan gjøre/bistå med. Psykisk helsevern og rus på sykehuset, har ikke utstyr for å kunne overvåke og behandle somatiske lidelser, men får likevel overført pasienter som ikke er somatisk avklart. Eksempelvis kan en ruspasient ankomme akuttposten uten å ha tatt blodprøve på alkoholnivå når de kommer fra akuttmottaket (somatikk).
- Det er **uklart når ansvaret for pasienten flyttes fra ambulansetjenesten, til mottakende avdeling på sykehuset**. Ambulansetjenesten bruker i dag mye tid på transport av pasienter innover i sykehuset, som eksempelvis til røntgen, poliklinikk.
- Når en pasient skrives ut fra sykehus en fredag eller i helg, har **ikke alltid pasienten med seg det den trenger av medisiner** gjennom helgen. Dette kan være utfordrende for kommuner som ikke har tilgang på medisiner/apotek gjennom helgen.
- Enkelte fastleger opplever at de får **mange PLO-meldinger fra hjemmetjeneste** med spørsmål som oppleves som unødvendige å sende PLO-melding til fastlegen om.
- **Manglende samtrening og arenaer for samhandling** mellom aktørene i ø-hjelpsforløpet, eksempelvis:
 - Det beskrives at det er lite samtrening mellom legevakt og ambulanse, og legevakt og akuttmottak.
 - Legevakt blir ofte glemt i samhandlingsøvelser, som eksempelvis PLIVO øvelse mellom ambulanse, akuttmottak, politi og brann.

I tillegg til de hyppigste og største utfordringene beskrevet ovenfor, er det kommet frem en rekke andre utfordringer gjennom kartleggingen

Utfordringene under er et utvalg av andre utfordringer som går igjen og oppleves som vesentlige for intervjuobjektene

- Ustabil fastlegedekning, spesielt i mindre kommuner, påvirker kontinuiteten i tjenesten og kan resultere i økt bruk av vikarleger og hyppig utskiftning av fastleger. Dette kan blant annet føre til mangelfull oppfølging av pasienter, da prøvesvar og epikriser fra sykehuset kan «falle mellom to stoler», og informasjon kan glippe ved å ikke bli videreformidlet fra fastlege til hjemmetjenesten.
- Enkelte kommuner opplever mangel på sykepleiere og nødvendig kompetanse.
- Tilbud til pasienter innenfor psykiatri og rus samsvarer ikke med når på døgnet behovet for hjelp er størst. Pasienter innenfor psykiatri og rus kontakter ofte legevakt på kveld og natt, hvor legene ikke kjenner pasientene like godt som en fastlege gjør, og sykehus ofte er det eneste alternativet etter vurdering på legevakt.
- Det er utfordrende for fastleger, legevaksleger og sykehusleger å ha oversikt over alle kommunale tjenestetilbud, hvordan tjenestene er bygget opp og når de er åpne, spesielt for legevakt som dekker flere kommuner. For legevakter som dekker flere kommuner er det utfordrende at enkelte tjenestetilbud kun gjelder noen kommuner.
- Fastleger/legevaksleger kan oppleve det som utfordrende å bestemme om en pasient, med en kombinasjon av somatiske og psykiske lidelser, skal henvises til akuttmottak somatisk eller psykisk helsevern og rus.
- I noen kommuner oppleves det utfordrende for hjemmetjenesten og sykehjem å konferere med fastlege/legevakt. Hos noen fastlegekontor har ikke andre aktører eget telefonnummer som kan benyttes ved akutte situasjoner for å kontakte legekontoret, og må derfor sitte i telefonkø i ordinær linje inn til fastlegekontoret. I ordinær telefonlinje inn til fastlegekontor er det ofte lange ventetider på grunn av mange telefoner inn til fastlegekontoret. Enkelte legekontor har digitale løsninger som kan benyttes i stedet for å ringe, for timebestilling, resepter og spørsmål, men disse utnyttes ikke optimalt.
- Det er ofte lang ventetid på kommunale tilbud innen psykiatri. Pasienter med behov for et «tyngre» tilbud innenfor psykiatri, kan ofte stå helt uten tilbud mens de venter, noe som kan være utfordrende for fastleger, da det er de som har ansvaret for pasienten.
- Politi og brann opplever en økende trend i antall oppdrag knyttet til helse, noe som påvirker kapasiteten til tjenestene.
- Fastleger har mye merkantilt arbeid de må gjøre, og har derfor mindre tid til klinisk arbeid.