

Nasjonal veileder for organisering og drift av somatiske akuttmottak

Heftets tittel: Nasjonal veileder for organisering og drift av somatiske akuttmottak

Utgitt: 2014

Bestillingsnummer: IS-xxxx
[fås av Trykksaksteamet, tlf. 24 16 33 68]

ISBN-nr. xx-xxxx-xxx-x [fås av Trykksaksteamet]

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-xxxx

Forfattere:

Illustrasjon:

Utgitt i samarbeid med:
Firmanavn eller logo Firmanavn eller logo Firmanavn eller logo

1 Forord

Akuttmottakene har gjennom de siste 3-4 årtier fått en sentral plass i den akuttmedisinske kjede. Fra å være «Badet», der personalet til dels var betegnet som «bademester», er akuttmottakene i dag preget av stor klinisk aktivitet, akutte prosedyrer og komplekse medisinske vurderinger.

Den organisatoriske plassering av akuttmottakene gjenspeiler ikke alltid de dominerende arbeidsoppgavene, og det er uklare ansvarslinjer. Dette ble bekreftet gjennom Riksrevisjonens gjennomgang i 2005 og Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med akuttmottakene i 2007.

Etter tilsynet i 2007 har det skjedd organisatoriske endringer ved mange akuttmottak, men det er fortsatt signaler om at pasienter opplever unødig lang ventetid, at det er vanskelig å sørge for tilsyn av relevant spesialist eller at akuttmottaket ikke har ressurser til en forsvarlig overvåkning mens pasientene er i mottaket.

Spesialisthelsetjenesten i Norge er preget av at det er mange lokalisasjoner med svært varierende befolkningsgrunnlag. Dette påvirker organiseringen innad i de enkelte sykehus. Samtidig er det et overordnet prinsipp at befolkningen skal tilbys likeverdige tjenester uavhengig av bosted.

På bakgrunn av disse opplysningene har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak. De grunnleggende forutsetningene for at virksomheten i akuttmottaket skal sikre nødvendig kvalitet, må være oppfylt. Den foreliggende veilederen peker på vilkår for at akuttmottakene skal kunne gi pasientene et kvalitetsmessig godt tilbud. Størrelse, organisering og funksjonsfordeling kan være ulik, men mange av de grunnleggende trekkene ved aktiviteten vil være universelle.

Innhold

1	Forord	1
2	Innledning	5
3	Sammendrag	6
	3.1 Organisering	6
	3.2 Drift	6
	3.3 Klinisk virksomhet	7
	3.4 Kompetanse	7
4	Bakgrunn	8
	4.1 Riksrevisjonens undersøkelse	8
	4.2 Landsomfattende tilsyn med akuttmottakene	9
	4.2.1 Tilsynet i 2007	9
	4.2.2 Sentrale funn	9
	4.2.3 Oppfølgingstilsyn	9
	4.3 Bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet	10
	4.3.1 Helsedirektoratets arbeid med veilederen	10
5	Aktivitet i akuttmottakene	11
	5.1 Tall fra tidligere utredninger	11
	5.1.1 NOU 1998:9	11
	5.1.2 Lokalsykehusrapporten 2007	11
	5.1.3 Medisinsk nødhjelp i Helse Nord	12
	5.2 NPR data 2012	12
	5.3 Forholdene i Danmark og Sverige	13
6	Lovbestemmelser og organisatoriske forhold	14
	6.1 Lov om spesialisthelsetjeneste	14
	6.2 Organisatorisk plassering	14
	6.3 Forskrift om internkontroll	15
	6.4 Enkelte styringsparametre	15
	6.4.1 Aktivitetsregistrering	15
	6.4.2 Ekstraordinær belastning	16
	6.4.3 Behandling og overvåkning	16
	6.4.4 Avvikshåndtering	17
7	Enkelte hyppige tilstander	18
	7.1 Pasientforløp som skal følge anerkjente behandlingsalgoritmer	18
	7.2 Situasjoner med stor hastegrad	18
	7.2.1 Traumer – traumeteam	18

7.2.2	Alvorlig syke pasienter	18
7.2.3	Mottak av alvorlig syke barn	18
7.3	Eldre med akutt funksjonssvikt	19
7.4	Akutte forvirringstilstander	19
7.5	Eldre med bruddskader	19
7.5.1	Generelle screeningsystemer for eldre	20
7.6	Akutte magesmerter	20
7.7	Feber og redusert allmenntilstand	20
7.8	Rus og forgiftninger	20
7.9	Samtidighetskonflikter	21
8	Pasientens forventning	22
8.1	Kvalitetsmål	22
8.2	Møte med kompetent personell	23
8.3	Rask avklaring av situasjonen	23
8.4	Forutsigbarhet og informasjon	24
8.5	Pasienterfaringer	24
9	Personell og kompetanse	25
9.1	Sykepleiere i akuttmottak	25
9.1.1	Videreutdanningstilbud	25
9.1.2	Sykepleierforbundets strategi og arbeid med videreutdanning for sykepleiere	26
9.2	Spesialkompetanse hos leger i andre land	26
9.2.1	Innhold i en ny spesialitet tilpasset akuttmottak	26
9.3	Leger i spesialisering	27
9.4	Turnusleger	27
10	Bruk av observasjonssenger	28
11	Samhandling med legevakt og ambulansetjeneste	29
11.1	Legevakt og fastlege	29
11.2	Felles akuttmottak	29
11.3	Bruk av kommunale akutte døgnplasser (KAD)	30
11.4	Samhandling med prehospitalet akuttmedisin	30
11.5	Kommunikasjonsberedskap i akuttmottakene	31
11.6	Videobasert Akuttmedisinsk Konferanse (VAKe).	31
12	Organisasjonsmodeller og standarder for forsvarlig drift	32
12.1	Ledelse	32
12.1.1	Internkontroll	32
12.2	Aktivitetsregistrering	33
12.3	System for seleksjon av pasienter	33
12.4	Triage	33
12.5	Nasjonalt traumesystem	34
12.6	Scoringssystem for alvorlig syke barn	34
12.7	Håndtering av ekstra belastning i akuttmottaket	34
12.8	Bemanning og kompetanse	34
12.9	Modeller for akuttsykehus	35
12.9.1	Ledelse i akuttmottak	35
12.9.2	Kompetanse i front	35
12.9.3	Vakthavende overlege med særlig ansvar for akuttmottak	35

12.9.4	En gruppe spesialister med hovedarbeid i akuttmottak	36
12.9.5	Akuttmottak med heldøgns bemanning av spesialister	36
12.10	Erfaring fra Danmark	36
13	Administrative og økonomiske konsekvenser	38
13.1	Sykehusstruktur og funksjonsfordeling	38
13.2	Økonomiske konsekvenser	38
13.2.1	Samhandling med kommunal tjeneste	38
13.2.2	Bruk av observasjonssenger	39
13.2.3	Større tilgjengelighet av spesialister i akuttmottak	39
13.2.4	Endrede vaktplaner	39

2 Innledning

Sykehusenes akuttmottak illustrerer mange generelle problemstillinger ved organisering og drift av spesialisthelsetjenester, herunder behov for å sikre nært samarbeid med primærhelsetjenesten og helhetlige pasientforløp. Ledelse, organisering og styring av akuttmottak byr på flere faglige og styringsmessige utfordringer. Akuttmottaket har ulik organisatorisk plassering i sykehusene, og kan være en egen avdeling innenfor en akuttmedisinsk, kirurgisk, medisinsk klinikk/divisjon, eller også en seksjon i en avdeling. De fleste sykehus har fast tilknyttede sykepleiere i akuttmottaket, eventuelt hjelpepleiere og helsesekretærer, mens leger oftest blir hentet inn fra andre avdelinger ved behov. Det betyr at flere avdelinger i sykehuset er involvert i tjenesteytingen i akuttmottaket; noe som krever samhandling på tvers av avdelinger både på ulike ledelsesnivåer og på operativt nivå.

Uansett organisatorisk plassering vil akuttmottaket også ha særlige utfordringer knyttet til funksjonen som inngangsport til sykehuset. De fleste henvendelser til akuttmottaket gjelder akutte problemstillinger som enten krever poliklinisk behandling, innleggelse i sykehus eller overføring til kommunehelsetjenesten. Dette stiller særlige krav til kommunikasjon, samhandling og fleksibilitet, særlig når det er stor pågang av pasienter, og det kan være behov for å sette inn ekstra ressurser og sette i gang ekstraordinære tiltak.

Helsetjenesten er i stadig utvikling og kravene til helsetjenesten endres raskt. Medisinskfaglig og teknologiske utvikling, demografiske endringer, endringer i pasientrollen, samt en rekke andre faktorer påvirker kompetansebehovet i helsesektoren. Samhandlingsreformen og de to nye lovene, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid, gir begge klare føringer for helsetjenesten. Utviklingstrender og kompetansebehov vil også påvirke kravene til god organisering av akuttmottakene.

3 Sammendrag

Den foreliggende veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet i samråd med bredt sammensatte rådgivningsgrupper med representanter fra små og store helseforetak, kommuner, myndigheter og brukerrepresentanter.

Beskrivelsen av akuttmottakenes oppgaver har tatt utgangspunkt i dagens situasjon med mange foretak med akuttmedisinske oppgaver og svært ulik aktivitet. Likevel er det mange generelle utfordringer som må kunne håndteres for at pasientene skal kunne få et likeverdig tilbud ved det enkelte foretak. Det er spesielt tatt utgangspunkt i håndtering av eldre pasienter med uavklarte tilstander, samt prosedyrer for å takle hverdagskriser med opphopning av pasienter i akuttmottaket. Disse utfordringene var også viktige premisser for Helsetilsynets tilsyn i 2007/2008.

De anbefalinger og krav som beskrives i den foreliggende veilederen tar utgangspunkt i krav til forsvarlig virksomhet og krav til ledelse i spesialisthelsetjenesteloven, samt krav nedfelt i forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

3.1 Organisering

- Akuttmottaket må ha en organisasjonsmessig plassering i foretaket som tilfredsstillende kravet til enhetlig ledelse.
- Der leder ikke er lege, skal det være en tydelig beskrivelse av ansvar og oppgaver til medisinsk faglig rådgiver.
- Det skal være en medisinsk ansvarlig erfaren lege med ansvar for akuttmottaket hver enkelt dag.
- Akuttmottaket bør ha system for strukturert, regelmessig kontakt med samarbeidende deler av helsetjenesten
- Det bør etableres nettverk nasjonalt og regionalt for personell fra akuttmottakene

3.2 Drift

- Det må være et system med beskrivelse av gjensidige forventninger og krav for å sikre et godt samarbeid med henvisende instanser
- Akuttmottaket må ha lokaler og utstyr som sikrer at det kan utføres diagnostikk og overvåkning, samt starte behandling før pasienter flyttes over til sengepost.
- For å kunne sikre en forsvarlig drift, må ledelsen ha en oversikt over aktiviteten som grunnlag for styring. Det bør være etablert fortløpende aktivitetsregistrering:
 - For å følge den enkelte pasient
 - For å ha oversikt over aktuell aktivitet
 - Som grunnlag for statistikk og planlegging

- Det kan være hensiktsmessig å registrere pasienter etter innleggelsesårsak.
- Ledelsen må sørge for tiltak for avlastning ved unormal belastning, og at det er kjent for de ansatte når slike tiltak skal iverksettes.
- Virksomheten i akuttmottaket skal følges gjennom måling av kvalitetsindikatorer.
- Rapportering av pasienterfaringer må inngå i kvalitetsmålingen.

3.3 Klinisk virksomhet

Kravet til forsvarlig virksomhet innebærer at:

- Helseforetak av ulik størrelse må utarbeide interne seleksjonskriterier når det gjelder pasienter som skal behandles i eget foretak eller overføres til annet foretak
- Det skal utarbeides prosedyrer for helhetlige pasientforløp ved enkelte definerte akutte tilstander
- Det er ønskelig med helhetlige pasientforløp også for pasienter med lavere hastegrad. Dette gir forutsigbarhet for både ansatte, pasient og pårørende
- Det skal være system for å tilkalle akutt-team ved alvorlige tilstander
 - Traumer
 - Alvorlig syke barn
 - Andre alvorlig syke pasienter
- Prosedyrene i akuttmottaket skal sikre at alle pasienter blir vurdert av erfaren lege innen gitte frister
- Det skal være tydelig plassering av det kliniske ansvaret for hver pasientgruppe. Dette innebærer at spesialist i det aktuelle fagområdet skal være lett tilgjengelig
- Akuttmottaket bør benytte et standardisert observasjonsskjema for pasienter som overvåkes i mottak eller som venter på overflytting
- Det bør arbeides for at overvåkning og prosedyrer i den prehospital delen av forløpet integreres i sykehusets journalsystem. Dette gjelder både for legevaktens journalsystem og data fra ambulansetjenesten

3.4 Kompetanse

- Det må etableres fast intern opplæring av alle nytilsatte leger (turnusleger, LIS, overleger)
- Det må ivaretas regelmessig internundervisning og ferdighetstrening for personell i akuttmottaket
- Foretaket må sørge for nødvendig etterutdanning for leger som arbeider i akuttmottak
- Tjeneste i akuttmottak må kunne regnes som meritterende for spesialistutdanning innen aktuelle spesialiteter, inkl obligatorisk sykehustjeneste for utdanning og resertifisering av spesialister i allmennmedisin
- Det bør utarbeides en nasjonal plan for videreutdanning av akuttstyepleiere

4 Bakgrunn

Gjennom de siste 20 år har det vært en økende oppmerksomhet om hvilke krav som bør stilles til akuttmedisinsk virksomhet og innholdet i den akuttmedisinske kjede. I St.meld nr 50 (1993-94)¹ ble endringer i sykehusstruktur fremholdt som et middel for å nå målet om en sikkerhet for en tilgjengelig helsetjeneste, samtidig som vi ivaretar kravene til faglig kvalitet og effektiv ressursutnyttelse. Det ble fokusert på en nødvendig sammenheng mellom alle ledd i den akuttmedisinske kjeden. Utredninger om luftambulansetjenesten² og den akuttmedisinske kjeden³ førte frem til Stortingsmelding nr 43 om akuttmedisinsk beredskap⁴.

Flere av disse utredningene pekte på utfordringer knyttet til tjenester i sykehusenes akuttmottak når det gjaldt kvalitet, rekruttering og ressursutnyttelse.

4.1 Riksrevisjonens undersøkelse

Riksrevisjonen gjennomførte i 2005 en undersøkelse av beredskapen i den akuttmedisinske kjeden⁵.

Undersøkelsen viste at pasienter som ankommer sykehusenes akuttmottak, kan risikere å måtte vente lenge før de blir vurdert av lege. I tillegg er ofte ventetiden lang før de blir overført til andre avdelinger i sykehuset.

Revisjonen avdekket at det oftest var en turnuslege som først vurderte pasientene. Mangel på erfaring hos turnuslegene og problemer med tilgang til hjelp fra erfarne leger kan føre til at det tar lang tid å få avklart pasientenes tilstand, noe som kan føre til opphopning av pasienter som venter på å bli vurdert.

Lang ventetid kan også være et resultat av at akuttmottakene i liten grad har mulighet til å styre bruken av legerressurser. Særlig gjelder dette erfarne leger fordi disse sjelden er direkte tilknyttet akuttmottaket og er opptatt med poliklinikk, operasjoner eller visittgang. Når det i hovedsak er turnusleger som vurderer pasienter i akuttmottak, kan det også føre til uhensiktsmessige innleggelses fordi turnusleger ikke har myndighet til å avgjøre at pasienten kan behandles annet sted. *Det kan stilles spørsmål ved om legekompentansen som benyttes i akuttmottakene, er tilstrekkelig for å sikre effektiv og god behandling av pasientene.*

Gjennom tilsynssaker og medieoppslag er det blitt fokusert på at pasienter ofte venter unødig lenge på undersøkelse og behandling, at pasientene kan bli kasteballer i systemet, samt at det mangler en tydelig organisering og faglig ledelse av arbeidet i akuttmottaket.

¹ Sosial- og helsedepartementet. St.meld. nr 50 (1993-94) Samarbeid og styring.

² NOU 1998:8. Luftambulansetjenesten i Norge

³ NOU 1998:9. Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap

⁴ Sosial- og helsedepartementet. St.meld. nr 43 (1999 – 2000). Om akuttmedisinsk beredskap.

⁵ Riksrevisjonen 3:9 (2005) Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten

Riksrevisjonens undersøkelse viste at det som regel ikke var utarbeidet målsettinger eller krav til rapportering angående kvalitet og resultater i akuttkjeden. Det er også notert at det for ambulansetjenesten var registrert nøyaktige responstider, mens det for opphold i akuttmottaket ikke forelå tilsvarende registreringer.

4.2 Landsomfattende tilsyn med akuttmottakene⁶

4.2.1 Tilsynet i 2007

Med de forhold som ble avdekket gjennom medieoppslag, tilsynssaker og offentlige utredninger, fant Statens helsetilsyn grunnlag for å iverksette et landsomfattende tilsyn med akuttmottakene. Det ble gjennomført tilsyn etter en standard beskrivelse ved 27 store og små akuttmottak i alle helseregioner.

4.2.2 Sentrale funn

Helsetilsynet avdekket ved sin systemrevisjon en rekke gjennomgående trekk som medfører fare for svikt og uforsvarlig behandling i akuttmottakene.

- Mangel på enhetlig ledelse i akuttmottaket. Mange steder var administrerende direktør første felles ledelsesnivå for de som arbeider i mottaket.
- Ledelsen hadde dårlig oversikt over driften (pasientstrøm, belastning osv)
- Manglende prosedyrer for å håndtere overbelastning
- Manglende implementering av avviksbehandlingssystem
- Mangel på vurdering fra erfarne leger i en tidlig fase av oppholdet

På bakgrunn av disse funn og påpekninger er det stilt spørsmål ved om det er systemet, kulturen eller begge deler som skaper uheldige situasjoner.

Sentrale aktører i luftambulansetjenesten skriver i et innlegg i Aftenposten⁷: *Dessverre er akuttmottakene ofte rene bremseklosser på veien mot endelig behandling.*

4.2.3 Oppfølgingstilsyn

Oppfølging i Midt-Norge

Helsetilsynet i de tre fylkene i Midt-Norge gjennomførte et nytt tilsyn med somatiske akuttmottak i 2009⁸. Tilsynet avdekket:

- Det var opprettet samarbeidsfora ved de fleste akuttmottakene, men deltagerne i disse fora hadde ikke myndighet utover egen fagområde
- Foretakets direktør var fortsatt mange steder første koordinerende instans for organiseringen i akuttmottaket
- Det var usystematisk registrering av forløpstider i akuttmottakene (Det er senere innført registreringsverktøy – Akuttdatabasen)
- Prosedyrer for tilkalling av bistand ved opphopning av pasienter ble i varierende grad etterlevet

⁶ Statens helsetilsyn 2/2008. Mens vi venter . . . – forsvarlig behandling i akuttmottakene?

⁷ Sørli & Nilsen. Aftenposten 30.07.2008. For trege akuttmottak

⁸ Helsetilsynet i Sør-Trøndelag 2009. Oppfølgingstilsyn med forsvarlighet og kvalitet i somatiske akuttmottak.

Oppfølging ved Helse Stavanger HF

Helsetilsynet i Rogaland gjennomførte et stikkprøvetilsyn med akuttmottaket ved Helse Stavanger i januar 2013 etter mottatte bekymringsmeldinger⁹. Tilsynet avdekket:

- Mange pasienter ventet lenger enn fastsatt frist før gjennomføring av triage
- Gjennomsnittlig oppholdstid i akuttmottak var 2,5 – 4,5 timer for ulike hastegrader
- Opphopning av pasienter førte til sviktende overvåkning
- Prøvesvar ble ikke alltid fulgt opp
- Legemidler og ordinasjoner ble ikke alltid fulgt opp

Ledelsen ved akuttmottaket har i ettertid gjennomført endringer i bemanning, aktivitetsregistrering og rutiner for å lukke de påpekte avvikene.

4.3 Bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet

Funnene fra det landsomfattende tilsynet i 2007 ble fulgt opp fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene. Tilbakemeldingene til departementet fra de regionale helseforetakene (RHF) viser at det er satt i verk flere tiltak, men at det fortsatt er utfordringer knyttet til organisering og ledelse, kapasitet, ventetider og logistikk i akuttmottakene.

På bakgrunn av disse opplysningene har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å etablere et kompetansenettverk for akuttmottakene og utarbeide en veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak.

4.3.1 Helsedirektoratets arbeid med veilederen

Helsedirektoratet har etablert et kompetansenettverk for akuttmottakene med deltagelse fra alle RHF, kommunehelsetjenesten, Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Norsk selskap for akuttmedisin, Legeforeningen og Sykepleierforbundet.

Det er etablert et brukerforum med representanter for tilsynsmyndigheten, pasient- og brukerombudene og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon.

Det er gjennomført fire møter i nettverket, samt tre regionale møter med deltagere fra helsetjenesten, fylkesmenn, pasient- og brukerombud og representanter for brukerutvalg i regionene. Gjennom disse møtene er det innhentet erfaringer fra alle deler av tjenesten og presentert lokale løsninger når det gjelder organisering og bemanning, aktivitetsregistrering, bruk av observasjonssenger og samhandling med kommunale tjenester.

Arbeidet har vært koordinert med Helsedirektoratets utredning om ny spesialitetsstruktur for leger, der det fremmes forslag om en spesialitet innrettet mot arbeidet i akuttmottakene.

⁹ Helsetilsynet i Rogaland 2013. Tilsynsrapport akuttmottak, Stavanger universitetssykehus.

5 Aktivitet i akuttmottakene

5.1 Tall fra tidligere utredninger

Registrering av kontakter i akuttmottaket er forbundet med en del svakheter og usikkerhet.

Ved mange sykehus utgjør behandling av skader en viktig del av virksomheten i akuttmottaket. Pasienter som blir behandlet i akuttmottak uten innleggelse, vil bli registrert som polikliniske konsultasjoner. For pasienter som ikke mottar medisinsk hjelp, men returneres fra akuttmottak, vil det være varierende registrering.

Rapportering til Norsk pasientregister skjer med grunnlag i utskrivningsdiagnose. Pasientene inndeles i to hovedgrupper for statistiske formål: kirurgiske DRG og ikke-kirurgiske DRG. For at en pasient skal registreres som «kirurgisk», er det en forutsetning at det er koblet en kirurgisk prosedyrekode til oppholdet. Det vil si at pasienter som innlegges ved kirurgisk avdeling til observasjon og diagnostikk, blir kategorisert som «ikke-kirurgisk» fordi det ikke er knyttet en kirurgisk prosedyre til oppholdet.

De mest pålitelige data for innleggelsesårsaker frembringes gjennom prospektiv registrering gjennom en definert tidsperiode. Det foreligger ingen samlet registrering over innleggelsesårsaker utført på denne måten. Henvendelsene må registreres gjennom egendefinerte diagnosegrupper.

Haukeland universitetssykehus har utarbeidet et system med gruppering av innleggelsesdiagnoser som grunnlag for aktivitetsregistrering. Ved denne registreringen og tilsvarende undersøkelser ved andre sykehus finner man at pasienter med kirurgiske problemstillinger utgjør en større del av henvendelsene til akuttmottak enn det som fremkommer i statistikk fra NPR.

5.1.1 **NOU 1998:9**

I forbindelse med utarbeiding av NOU 1998:9 om akuttmedisinsk beredskap ble det gjennomført en registrering av alle akutte innleggelse ved 32 utvalgte sykehus i 3 måneder¹⁰. For aldersgruppen < 40 år dominerte kirurgiske problemstillinger (magesmerter, hjernerystelse, skader, abort), mens indremedisinske problemstillinger (brystmerter og luftveisproblemer) dominerte i alle øvrige aldersgrupper.

5.1.2 **Lokalsykehusrapporten 2007¹¹**

I Helse- og omsorgsdepartementets utredning om lokalsykehusene i 2007 er det beskrevet at 60-70% av alle innleggelse skjer som øyeblikkelig hjelp. For

¹¹ Helse- og omsorgsdepartementet 2007. Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede

indremedisinske pasienter er andel øyeblikkelig hjelp (ø.hjelp) 75 – 90% av innleggelsene.

5.1.3 Medisinsk nødhjelp i Helse Nord¹²

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering har gjort en analyse av alle medisinske døgnopphold i regionen i 2011 («medisinske opphold» er knyttet til medisinske DRG ved utskrivning). Det er registrert ca 100 medisinske ø.hjelp innleggelser pr 1000 innbyggere pr år. For aldersgruppen > 80år er det 420 innleggelser pr 1000 innbyggere. Halvparten av oppholdene hadde varighet 3 dager eller mindre (se kap 10).

5.2 NPR data 2012

Norsk pasientregister mottar meldinger om alle kontakter i spesialisthelsetjenesten. Alle døgnopphold registreres etter innkomst (ø.hjelp eller elektiv), mens diagnosegruppene er basert på DRG ved utskrivning (se over). Dette medfører at «ikke kirurgiske opphold» får en relativt større andel enn basert på innleggesårsak.

Flere rapporter om døgnopphold i norske sykehus anfører en pasientfordeling basert på DRG-registrering (se over):

- Akutt kirurgi 9 %
- Planlagt kirurgi 15 %
- Akutt medisin 60-65%
- Planlagt medisin 12-15%

Ved sammenligning over aktivitet ved små, mellomstore og store sykehus er det påfallende sammenfall i aktivitetsdata.

Tabell: Ø.hjelp innleggelser sortert etter medisinsk og kirurgisk DRG ved tre sykehus

	Helgelandssykehuset Rana	Molde sjukehus	Sykehuset Østfold	Landet totalt
Befolkning	35.000	70.000	280.000	5.000.000
Ø. hjelp kirurgisk	575	926	3.738	81.000
Ø. hjelp kir Pr 100.000 Pr dag *	4,5	4,5	4	4,5
Ø.hjelp ikke kirurgisk	2.918	5.993	28.533	471.000
Ø.hjelp Ikke kirurgisk Pr 100.000 Pr dag	24	24	22	25

- Med utgangspunkt i kartleggingen fra NOU 1998:9 kan det anslås at halvdel av pasientene som innlegges ved kirurgiske avdelinger,

¹² SKDE rapport 1/2013. Medisinsk ø-hjelp i Helse Nord

gjennomgår et operativt inngrep. Når dette tas i betraktning, vil fordelingen kirurgiske/medisinske innleggelser være 8 / 20.

Summert for hele landet er det registrert 604.000 ø.hjelp innleggelser i 2013 (Samdata). Dette utgjør ca 120 pasienter pr 1000 innbyggere pr år, og 28 - 30 ø.hjelp innleggelser pr 100.000 innbyggere pr dag. Dette stemmer også godt med en undersøkelse av medisinske ø.hjelp innleggelser i Helse Nord¹³, der det på tilsvarende måte ble registrert i alt 39500 medisinske ø.hjelp opphold i 2011, dvs 23 innleggelser pr 100.000 innbyggere pr dag).

Ved å ta utgangspunkt i at 60 – 70 % av alle innleggelser er ø.hjelp (Samdata 2013), vil den samlede aktiviteten i akuttmottaket bli ca 180 pasienter pr 1000 innbyggere pr år. Hvis fødende og nyfødte holdes utenom regnestykket, vil tallet reduseres med ca 20%.

5.3 Forholdene i Danmark og Sverige

En undersøkelse fra Danmark viser at henvendelser til akuttmottak i danske sykehus utgjør 196 besøk pr 1000 innbyggere pr år¹⁴, dvs. i samme størrelse som de norske tallene (over). Det vises i samme artikkel til at aktiviteten i akuttmottak i andre land (UK, Australia, USA) er betydelig høyere (> 400 henvendelser pr 1000 innb). Denne forskjellen begrunnes vesentlig med at Norge og Danmark har en tradisjon for at primærhelsetjenesten tar seg av den største delen akutte henvendelser.

I Sverige er det mer utbredt at akuttmottakene tar imot en uselektert pasientgruppe, der en stor andel henvender seg direkte med problemer som i Norge ville vært håndtert av fastlege eller kommunal legevakt. Dette gjør sammenligninger mindre relevante.

¹³ SKDE rapport nr 1/2013. Medisinsk ø.hjelp i Helse Nord

¹⁴ Wen LS et al. National survey of emergency departments in Denmark. European Journal of Emergency Medicine 2013, vol 20, No 3.

6 Lovbestemmelser og organisatoriske forhold

6.1 Lov om spesialisthelsetjeneste

Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til spesialisthelsetjenesteloven skal være forsvarlige, jf. § 2-2. Bestemmelsen om at helsetjenesten skal være forsvarlig, er en rettslig standard som beskriver hvilke krav tjenesten må oppfylle ut fra de gitte forutsetninger og hva som kan anses å være gjeldende praksis. Dette innebærer at standarden kan utvikles over tid, ved at det tilkommer ny kunnskap, ny teknologi eller endrede forutsetninger.

Kravet om forsvarlighet innebærer også forsvarlig organisering av virksomheten. Sykehus skal i henhold til § 3-9 også organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Lovkravet er begrunnet i behovet for å sikre klare linjer for hvem som er ansvarlig for tjenesten, og omfatter både systemansvar og det faglige ansvar. Helsetilsynet peker på de utfordringer som ligger i at akuttmottakene ofte er organisert som fellesrom for flere avdelinger, og det er direktoratets vurdering at foretakene må vurdere hvilke konsekvenser krav om enhetlig ledelse skal ha for organiseringen av akuttmottakene, og på hvilken måte dette ledelses-prinsippet best kan ivaretas. Det er direktoratets vurdering at måten akuttmottakene er organisert på innebærer særlige utfordringer når det gjelder å oppfylle dette kravet.

Ledelsen har ansvaret for at driften er organisert på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Personalet må ha riktig kompetanse, ansvarsforhold må være avklart og forstått, og forsvarlige vaktordninger må være etablert¹⁵.

6.2 Organisatorisk plassering

I Helsetilsynets rapport «Mens vi venter - » ble det vist til at ressurs- og kompetansestyringen i akuttmottakene synes å være underlagt et «mangehodet» lederskap, illustrert blant annet ved at legene som arbeider i mottaket, er ansatt og har sin tilhørighet primært i andre avdelinger. En slik organisering forsterker behovet for tydelige styrings- og rapporteringslinjer.

Helsedirektoratet har gjennomført en kartlegging ved hjelp av spørreskjema til sykehusenes akuttmottak. Vi har mottatt informasjon om organisering og enkelte prosedyrer fra i alt 41 sykehus (vedlegg). For noen helseforetak foreligger ikke data på institusjonsnivå.

Kartleggingen viser at akuttmottaket er organisatorisk plassert i klinikk for akuttmedisin eller anestesi de fleste stedene. Organisering i kirurgisk eller medisinsk klinikk er mindre vanlig. Nesten alle akuttmottakene er administrativt ledet av en

¹⁵ Helse- og omsorgsdepartementet. Ledelsesansvaret i sykehus. Rundskriv I-2/2013

sykepleier, mens den medisinsk faglige ansvarlige i hovedsak er fra anestesivdelingen.

De styringsmessige utfordringer for akuttmottakene finnes også i andre land. I Danmark er det 21 somatiske akuttmottak. Ved et flertall av disse er det avdekket problemer som ligner de som er beskrevet i Norge.¹⁶ Kritikken retter seg mot sykehusledelsen, som ikke har gitt akuttmottakene tilstrekkelig ressursmessig eller organisatorisk oppbakking. Ledere ved akuttmottakene har liten makt, og det er uklart hvilke retningslinjer som gjelder for å tilkalle kompetanse fra spesialavdelingene.

6.3 Forskrift om internkontroll

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten har spesifikke krav til styring og ledelse. Internkontroll handler om virksomhetens interne styring og egen kontroll – ”å holde orden i eget hus”. Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring som sikrer at virksomhetens oppgaver planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med kravene i lovgivningen.

Ledelsen er faglig ansvarlig for alle sider ved virksomheten. I dette inngår ansvaret for å sikre at det blir utarbeidet og iverksatt nødvendige prosedyrer og påse at disse er kjent og fulgt, at nødvendig utstyr er tilgjengelig og at ansatte får nødvendig opplæring, faglig oppdatering og etter- og videreutdanning.

For å kunne drive faglig forsvarlig, og for å kunne ivareta de krav lovgivningen stiller til organiseringen av virksomheten, må det enkelte sykehus fastsette klare mål for akuttmottak og utarbeide en beskrivelse av hvordan tjenesten skal planlegges, organiseres og drives.

Norsk Akkreditering har utarbeidet en veileder til støtte for oppfyllelse av internkontrollplikten for akuttmottakene¹⁷. Denne fanger opp en rekke av de forhold som er påpekt i tilsynsrapporten og angir konkrete kvalitetskrav for styring, kommunikasjon og samhandling.

6.4 Enkelte styringsparametre

Ved tilsynet i 2007 ble det påpekt at det i varierende grad ble registrert oppgaver og ressursbruk i akuttmottakene. Det var ulike lokale varianter av protokoller, «dagbøker», krittavler. Det var mangelfull statistikk over aktiviteten og manglende samsvar mellom påregnet aktivitet gjennom døgnet og planlagt bemanning.

6.4.1 Aktivitetsregistrering

Med de utfordringene man står overfor i akuttmottaket med en ujevn strøm av innkomne pasienter og samhandling med mange avdelinger er det avgjørende å ha god oversikt over aktiviteten. Slik oversikt kan baseres på ulike registreringsystemer, som i varierende grad kan være knyttet til sykehusenes pasientadministrative systemer.

¹⁶ Ugeskrift Læger 176/3, 3.feb 2014.

¹⁷ Norsk Akkreditering Dok 58, 19.08.2010

- Det har betydning for å følge opp den enkelte pasienten mht status for utredning og logistikk
- Det gir en samlet oversikt over arbeidsbelastningen i mottaket med mulighet for å iverksette ekstra tiltak
- Det gir ledelsen et statistisk verktøy for aktivitetsplanlegging

6.4.2 Ekstraordinær belastning

Det ble under tilsynet i 2007/2008 lagt vekt på beskrivelse av «hverdagskriser» i akuttmottakene. Alle sykehus har utarbeidet kriseplaner som aktiviseres når det inntreffer store ulykker eller masseskader. Slike scenarier er (heldigvis) sjeldne, og erfaringen viser at sykehusene har stor evne til å ruste opp tilbudet når katastrofer inntreffer – konf. innsatsen ved Ringerike sykehus 22.7.2011 og Lærdal sjukehus ved brannen i 2014.

Tilsynet avdekket mangelfulle systemer for å håndtere unormale svingninger i den løpende virksomheten og en mangelfull beskrivelse av prosedyrer med klart definerte måltall for normal belastning og overbelastning, samt delegerte oppgaver og myndighet for å tilkalle bistand og iverksette avlastningstiltak.

I den foreliggende spørreundersøkelsen til akuttmottakene synes det som det er etablert større grad av enighet om å definere slike belastningsgrenser og delegere myndighet til å utløse ekstra ressurser.

Ved Stavanger universitetssykehus ble dette satt i system etter oppfølgingstilsynet: Registrering av belastningen er basert på faste parametre:

- Antall pasienter samtidig i mottaket
- Antall med middels eller høy hastegrad
- Antall som har ventet over en gitt tid.

6.4.3 Behandling og overvåkning

Med stor tilgang av pasienter gjennom akuttmottaket, vil det kunne oppstå flaskehals ved at sengeavdelinger eller behandlingsrom ikke har ledige plasser til å ta imot pasienter som er ferdig undersøkt i mottaket. Dette opptrer gjerne litt utpå dagen når pågangen er størst, og de kliniske avdelingene ikke har skrevet ut ferdigbehandlede pasienter.

Akuttmottaket må ha lokaler, utstyr og bemanning som sikrer at det kan startes med nødvendig behandling og overvåkning mens pasienter venter på videre plassering i sykehuset. Det må foreligge hensiktsmessige overvåkningsskjema, og det må være rutiner for nødvendig smertelindring, evt mat og væsketilførsel.

Sykehuset må organisere arbeidet med pasientflyt på en slik måte at sengepostene er i stand til å ta imot nye pasienter på den tid av dagen når pågangen erfaringsmessig er størst.

6.4.4 Avvikshåndtering

Spesialisthelsetjenesten har etter Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 plikt til å melde om «betydelig personskaade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen». Det skal også meldes fra om hendelser som «kunne ført til betydelig personskaade». Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for ordningen fra Helsetilsynet i fylket 1. juli 2012. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

I tillegg til avviksmeldinger etter § 3-3 skal virksomheten ha systemer for å avdekke og rette opp hendelser som innebærer svikt eller brudd på interne prosedyrer (jf. Internkontrollforskriften). Det har gjennom tilsynet vært avdekket at det er mangelfull etterlevelse av disse bestemmelsene. Dette kan ha sammenheng med den fragmentariske ledelsesstrukturen, der den eller de medisinske ansvarlige ikke er tilknyttet samme avdeling som pleiepersonalet eller leger som mottar pasientene.

7 Enkelte hyppige tilstander

7.1 Pasientforløp som skal følge anerkjente behandlingsalgoritmer

Ved registrering av årsaker til akutte innleggelser, vil lidelser knyttet til hjerte- og sirkulasjonsforstyrrelser dominere. I en prospektiv undersøkelse ved Haukeland universitetssykehus var 25% av innleggelsene knyttet til hjerte- kar sykdommer, hyppigst brystmerter, truende infarkt, og mistenkt infarkt.

For pasienter med diagnostisert eller mistenkt hjerteinfarkt vil PCI (percutan coronar intervensjon) eller avklarende angiografi være riktig oppfølging. PCI blir i dag utført akutt ved 7 sykehus. De aller fleste pasienter med ST-heving i EKG (STEMI) vil bli raskt videresendt til en avdeling med PCI-aktivitet. For pasienter uten tydelige EKG-funn er det en større del som ikke blir henvist til vurdering for PCI¹⁸. Det lokale behandlingsapparatet må kunne utføre primær diagnostikk, starte symptomatisk behandling og sørge for en trygg overføring

De nasjonale retningslinjene for slagbehandling¹⁹ gir anbefalinger som kan tilpasses sykehus av ulik størrelse og aktivitet. Slagretningslinjen poengterer viktigheten av å raskt komme til behandling med oppfølging i egen slagenhet. Rask diagnostikk (CT) bør utføres lokalt, og eventuell trombolytisk behandling startes før transport.

7.2 Situasjoner med stor hastegrad

7.2.1 *Traumer – traumeteam*

Systematisk teamtrening og behandling av pasienter i mottaksteam er for traumatologi vist å gi mer kunnskap og trygghet blant deltakerne. De aller fleste norske sykehus har etablert system for tilkalling av traumeteam utfra definerte kriterier.

7.2.2 *Alvorlig syke pasienter*

Enkelte steder, f.eks. ved Sørlandet sykehus, har man etablert definerte tilkallingsteam etter mønster av kirurgiske traumeteam for å sikre en rask innsats ved mottak av medisinske pasienter med alvorlig sykdomsbilde. Slike medisinske akutteam kan sørge for at klinikk, laboratoriediagnostikk, bildediagnostikk og nødvendig førstehjelp kan iverksettes parallelt under ledelse av en erfaren spesialist.

7.2.3 *Mottak av alvorlig syke barn*

Flere norske sykehus har innført mottaksteam og teamtrening også for akutt syke barn. Signalene for truende dekompenisering kan være andre enn for voksne. Det er

¹⁸ Jortveit J et al. Følges retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 412 - 6

¹⁹ Helsedirektoratet 2010. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688

derfor vist positive resultater ved å innføre egne scoringssystem (PEWS –Pediatric Early Warning Score) for akutt syke barn.

I et akutt sykehus (Harstad) ble det registrert 166 barn innlagt i ett år. 17 (10%) av disse ble tatt imot av akutt-team for barn. I ettertid ble det ved journalgjennomgang identifisert ytterligere 8 pasienter hvor varslingskriteriene var oppfylt.

7.3 Eldre med akutt funksjonssvikt

Eldre pasienter som innlegges fra hjem eller institusjon vil ofte presentere en sammensatt utfordring med flere grunnlidelser, polyfarmasi og tilkommet symptomkompleks med svimmelhet, kvalme, dyspnoe. Det er viktig for en rask avklaring av situasjonen at det blir gjort generell klinisk gjennomgang, samt legemiddelgjennomgang og tatt aktuelle laboratorieprøver. Eldre har ofte en atypisk sykdomspresentasjon og har alvorligere sykdom enn yngre pasienter ved innleggelse²⁰.

Klinisk overvåkning må startes i akuttmottaket for å observere utviklingen og eventuell behandlingsrespons. Det er også viktig at det tidlig etableres kontakt med pårørende og kommunalt hjelpeapparat for å gjøre sykehusoppholdet målrettet.

7.4 Akutte forvirringstilstander

Hos eldre pasienter kan akutt forvirring være et tegn på somatisk lidelse (diabetes, infeksjoner, ernæringssvikt, legemiddelutløst). Slike pasienter krever en god, tverrfaglig diagnostikk, samtidig som sykehusopphold i seg selv er en belastning ved at det forrykker pasientens vante tilværelse. En rask og målrettet utredning i sykehuset kan avklare situasjonen. Samtidig må tidlig kontakt med pårørende og kommunal tjeneste ivaretas.

7.5 Eldre med bruddskader

Bruddskader hos eldre er ofte forbundet med annen grunnsykdom. Det anbefales at man definerer en gruppe «ortogeriatriske» pasienter. Hos denne gruppen vil ofte selve sykehusinnleggelsen og den postoperative fasen representere større funksjonstap enn selve operasjonen.

Forslag til inklusjon:

Pas >65 år i ASA-klasse 2-4 (ASA er en gradering av generell helsetilstand utviklet for anestesivurdering)

Alle pas > 75 år.

Pasienter som oppfyller kriteriene, vurderes for pre- og postoperativ oppfølging ved medisinsk avdeling. Vakthavende indremedisiner eller geriater rekvirerer aktuelle laboratorieprøver og forskriver aktuell justering av medisiner, herunder antikoagulasjon preoperativt.

²⁰ Rashidi F, Mowinckel P, Ranhoff AH. Severity of disease in patients admitted for acute care to a general hospital, age and gender differences. Aging Clin Exp Res 2010; 22: 340 - 4

En slik strukturert evaluering vil også være egnet for andre pasienter som skal gjennomgå omfattende utredninger.

7.5.1 Generelle screeningsystemer for eldre

Det er gjennomgående for flere av de beskrevne scenariene at eldre mennesker er sårbare for akutte forandringer. Det er viktig å ha faste rutiner for å vurdere generelle bakenforliggende årsaker. Det er utviklet flere systemer for slik gjennomgang:

- Legemiddelgjennomgang
- Screening for falltendens
- For enkelte pasienter bør det også gjøres systematisk vurdering av kognitiv svikt

7.6 Akutte magesmerter

Pasienter som oppsøker legevakt med magesmerter, kan representere et stort spekter av tilstander, fra ufarlige til svært alvorlige (tarmperforasjon eller ileus). Initial undersøkelse vil ikke alltid kunne avklare om det dreier seg om medisinsk, kirurgisk, urologisk eller gynekologisk tilstand. Den kliniske undersøkelsen må med kort frist kunne suppleres med ultralyd, røntgen eller CT-undersøkelse, relevante blodprøver og tilsyn fra andre spesialiteter.

Mange av disse pasientene innlegges for observasjon og videre utredning. Denne pasientgruppen utgjorde 8% av akutte innleggelser ved undersøkelsen forut for NOU 1998:9. Selv om de normalt vil være innlagt ved kirurgisk avdeling, er det sjelden indikasjon for umiddelbar kirurgi.

7.7 Feber og redusert allmenntilstand

Akutte infeksjoner er en hyppig årsak til innleggelse i sykehus. Influensaepidemier kan føre til at særlig eldre mennesker trenger støttebehandling f.eks. med intravenøs væsketilførsel. Tidsintervallet fra oppståtte symptomer til utvikling av en alvorlig situasjon kan være kort, særlig når infeksjoner rammer pasienter med nedsatt immunforsvar. Kommunikasjonen i den akuttmedisinske kjede må være optimal, slik at både legevakt, ambulansetjeneste og det lokale sykehuset er i stand til å gi rask behandling.

7.8 Rus og forgiftninger

Akuttmottaket må ha muligheter til å ta imot, diagnostisere og overvåke pasienter som bringes til mottaket med uavklarte forgiftninger. Ofte kan dette dreie seg om blandingsforgiftninger med alkohol og legemidler, der forgiftningen kan overskygge en grunnleggende somatisk lidelse. Eksempelvis kan alkohol og sedative legemidler maskere et diabetisk koma. Det må være muligheter for rask laboratoriediagnostikk for utvalgte stoffer, samt utstyr for overvåkning og stabiliserende behandling.

7.9 Samtidighetskonflikter

Alle akuttmottak opplever fra tid til annen at tilstrømningen av pasienter overstiger den normale kapasiteten ved mottaket. Det kan ofte være en blanding av ordinære innleggelser med lav hastegrad, samtidig med en eller flere akutte tilstander. Selv om slike situasjoner ikke kan forutses, er det viktig å vise til at den normale tilstrømningen til akuttmottaket har sitt høydepunkt i tidsrommet 12 – 18. Sannsynligheten for ekstra belastning er derfor størst også i denne perioden.

I Helsetilsynets rapport fra 2007/2008 er det vist at mange akuttmottak manglet omforente prosedyrer for håndtering av samtidighetskonflikter. Dette fører til forsinkelser, uforsvarlig utredning og behandling, og frustrasjon hos personalet pga manglende prosedyrer for håndtering av slike «hverdagskriser».

Det skal være systemer og klare grenser for å iverksette ekstra tiltak. En fast dedikert ansvarlig lege hver dag skal ha myndighet til å iverksette nødvendige tiltak.

8 Pasientens forventning

Debatten om sykehusstilbud og struktur er dominert av forhold knyttet til trygghet og tilgjengelighet.

St.prp. nr 1 (2005-2006) uttrykker dette:

Grunnleggende krav til lokalsykehusene er trygghet, tilgjengelighet og kompetanse. Det skal være trygghet for at lokalsykehusets tilbud er plassert i en helhetlig og god tjenestestruktur. Det er viktig at helheten i tjenestestruktur blir formidlet til, forstått og akseptert av befolkningen. Pasient og pårørende skal erfare at helsetilbudet har kapasitet, tilgjengelighet, beredskap og gjennomføringsevne som er tilpasset reelle behov. Trygghet handler også om kvalitet og kompetanse. Faglig kompetanse er grunnlaget for utforming, bredde og omfang av tjenestetilbudet innen sykehuset. Dette forutsetter et visst antall pasienter, nært samarbeid om kompetansebygging og sammenhengende behandlingsskjeder.

Lokalsykehuset skal ivareta diagnostikk og behandling innen øyeblikkelig hjelp og planlagt behandling av store sykdomsgrupper. Pasienter som kommer til lokalsykehuset skal tilbys utredning og behandling, organisert etter behandlingsskjeder med utgangspunkt i pasientens behov.

8.1 Kvalitetsmål

Kunnskap om kvalitet på tjenestene er en nødvendig forutsetning for all kvalitetsforbedring²¹. Det må derfor legges opp til kriterier for virksomheten i akuttmottaket som gir både ledere, ansatte, pasienter og pårørende informasjon på kvaliteten i tjenesten.

Det er ikke etablert nasjonale kvalitetsindikatorer for å beskrive tjenesten i akuttmottaket. Dette kan være begrunnet i foretakenes ulike organisering og administrativ plassering av akuttmottaket. Likevel må hver enkelt enhet ha et godt system for å vurdere kvaliteten i tjenesten. Dette må også gjelde for aktiviteten i mottaket. Sentralt i dette står pasientenes tilbakemeldinger gjennom objektive mål som ventetider eller strukturerte spørreundersøkelser med kvalitative mål.

Ved undersøkelser gjort lokalt i Norge og andre land er det noen kvalitetsmål som går igjen hos pasientene:

- Tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten. Her spiller lokalsykehusdebatten en vesentlig rolle. Med den funksjonsfordeling som drives frem av teknologi og spesialisering, er det et vesentlig poeng å ha en avklart forståelse mellom alle aktører når det gjelder innholdet i det lokale akuttmedisinske tilbudet.

²¹ Meld.St. 10 (2012-2013) God kvalitet – trygge tjenester

- Ventetider. Dette gjelder både venting for en første vurdering, venting på en vurdering av kvalifisert lege fra relevant avdeling, venting på røntgen og laboratorier og venting på plass i sengeavdeling.
- Smertebehandling. Akuttmottaket er ikke alltid organisert tilfredsstillende for å drive god overvåkning og behandling. Dette kan i verste fall føre til at pasienten ikke får adekvat smertebehandling fordi noen venter på diagnostisk avklaring.
- Mat og drikke. Når akuttmottaket ikke er organisert for å ha pasienter i lange opphold, vil det kunne oppstå svikt i dekning av basale behov.
- Informasjon. Dette går igjen som et generelt problem, og kan knyttes til mangelfullt lederskap og manglende avklaring av ansvarsforhold.

I en gjennomgang av svenske akuttmottak²² ble det registrert en rekke prosessindikatorer:

- Ventetid på vurdering av lege
- Andel pasienter med lang ventetid
- Total oppholdstid
- Andel pasienter som ble innlagt i sykehuset

Akuttmottakene ved svenske sykehus er som regel kombinert med legevakt (FAM), slik at sammenligninger kan være vanskelig. Imidlertid er enkelte kvalitetsmål generelle. Spesielt pekes det på betydningen av løpende informasjon til pasienter og pårørende, samt at det er avklart hvem som skal gi informasjonen.

8.2 Møte med kompetent personell

Mange av de negative oppslagene om pasientens møte med spesialisthelsetjenesten er knyttet til opplevelsen av at det kan være lang tid og mange involverte før pasientens situasjon blir vurdert av en ansvarlig lege med kompetanse og myndighet til å iverksette nødvendige tiltak.

Hvordan mottak og tidlig vurdering skal foregå, må tilpasses lokale forhold. Det er likevel viktig at det er klare kriterier for hvordan pasienten skal mottas, krav til kompetanse hos de som mottar pasienten, samt klarhet i hvem som kan ta avgjørelser om videre forløp og hvordan man skal håndtere samtidighetskonflikter.

8.3 Rask avklaring av situasjonen

Det er usikkerheten som er den største belastningen. Mottaket av pasienter med akutt problemstillinger skal følge planlagte prosedyrer med definerte forløpstider og system for å iverksette reservetiltak.

Pasienten skal slippe å møtes med at «legen er på operasjonsstuen». Da må systemet sørge for at en annen lege kan initiere nødvendige tiltak.

²² Socialstyrelsen 2011. Väntetider vid sjukhusbundna akuttagningar.

8.4 Forutsigbarhet og informasjon

Utfordringen mht informasjon til pasient og pårørende går igjen i pasientklager, tilsynssaker og spørreundersøkelser. Det pekes på betydningen av at det gis løpende informasjon til pasienter og pårørende, samt at det er avklart hvem som skal gi denne informasjonen. En informasjon om at «legen er opptatt» virker lite tillitvekkende for en pasient som har ventet i usikkerhet og kan observere at det tilsynelatende er et flertall leger innom området i ventetiden.

8.5 Pasienterfaringer

Det bør legges til rette for registrering av pasienterfaringer ved alle akuttmottak. Dette gir pasient og pårørende en anledning til å formidle sine refleksjoner, samt at det gir ledelsen gode indikatorer for hva som dominerer pasientens opplevelse av møtet med sykehuset.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører nasjonale undersøkelser over pasienterfaringer²³. Flere av de spørsmålene som stilles i slike undersøkelser, er relevante for opplevelse av akuttmottaket.

²³ www.helsenorge.no

9 Personell og kompetanse

Kompetansebehovet knyttet til akuttmottakene må ses i forhold til de oppgaver virksomheten skal løse. Det må, uavhengig av foretakets størrelse og aktivitet, sikres at mottaket er bemannet med personell med tilstrekkelig medisinsk faglig kompetanse og kunnskap om den lokale organisering og oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten.

Virksomheten har et løpende ansvar for å sikre at de ansatte til enhver tid har tilstrekkelig kompetanse til å løse de oppgaver som tilligger foretaket. Dette forutsetter at ledelsen legger til rette for opprettholdelse av nødvendig kompetanse for personalet.

9.1 Sykepleiere i akuttmottak

Medisinsk utvikling, etablerte pasientforløp og fokus på tidlig målrettet behandling gjør at behandling som tidligere ble gjennomført i spesialavdelinger i dag starter i akuttmottaket. Høy aktivitet kombinert med økende mengde multisyke eldre, samt pasienter som ikke er tilsett av lege før innleggelse, stiller store krav til kompetanse hos sykepleiere i akuttmottak.

Sykepleiere i akuttmottak skal yte helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke mennesker i alle aldre og deres pårørende. Faglig forsvarlig sykepleie i akuttmottak innebærer å kunne handle raskt og riktig på basis av faglig vurdering av en pasients situasjon.

Det er stor interesse for å jobbe i akuttmottak, helseforetakene har god rekruttering. Utfordringen er å beholde kompetanse over tid. Mange akuttmottak melder om stort tap av kompetente sykepleiere som søker seg til de tradisjonelle videreutdanningene innenfor anestesi, intensiv og operasjon.

9.1.1 Videreutdanningstilbud

Det er og har vært flere ulike tilbud for videreutdanning i akuttsykepleie. Det foreligger i dag ingen rammeplan for, eller rammefinansiering av studietilbudene. Det er både oppdragsbaserte og åpne studier som varierer mellom 60 og 90 studiepoeng.

Videreutdanning i akuttsykepleie med krav om 90 studiepoeng (90 ETC) tilbys pr i dag ved Høgskolen i Østfold, Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Det er arbeidsgiver som beslutter om en videreutdanning kvalifiserer til en spesialsykepleiertittel og kravene er ulike fra helseforetak til helseforetak.

Sykepleiere som tar akuttsykepleieutdanning blir i stor grad værende i akuttmottak, i praktisk klinisk virksomhet og i stillinger knyttet opp til veiledning og fagutvikling.

Fagmiljøene ønsker en nasjonal rammeplan og rammefinansiering for å sikre rekruttering til videreutdanning akuttpsykepleie og kompetanse i akuttmottakene.

9.1.2 Sykepleierforbundets strategi og arbeid med videreutdanning for sykepleiere

NSF ser viktigheten av at videreutdanning i akuttpsykepleie rammeplanfestes på lik linje som utdanningene for anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere. Det uttrykkes at mangel på en rammefinansiering av dette utdanningstilbudet i Norge skaper utfordringer knyttet til blant annet usikkerhet for søkerne, samt et utdanningstilbud som ikke gir et ensartet tilbud på landsbasis.

Helsedirektoratet ser behovet for formalisering av videreutdanning for akuttpsykepleiere. Dette vil både på kort og lang sikt bidra til den kompetansearena som blant annet akuttmottakene har behov for, og bidra til at sykepleiere ser denne videreutdanningen som et alternativ til andre spesialutdanninger.

9.2 Spesialkompetanse hos leger i andre land

Det er stor oppmerksomhet om hvilken spesialkompetanse som skal finnes hos leger med ansvar i akuttmottaket. I enkelte andre land (spesielt Øst-Europa og UK, USA, Australia) er det etablert egen spesialitet for akuttmedisin (emergency medicine), som i større eller mindre grad tar utgangspunkt i generell indremedisin. Det er også elementer fra anesthesi, kirurgi, pediatri, geriatri og vekt på kompetanse i organisasjon og ledelse.

I Danmark har akuttmedisin vært et «fagområde» siden 2008. Det vil si at det ikke er en selvstendig spesialitet, men kan tas som overbygning til enkelte andre spesialiteter.

I Sverige har akuttmedisin vært utprøvet som fagområde i noen år og er nå besluttet opprettet som egen spesialitet.

9.2.1 Innhold i en ny spesialitet tilpasset akuttmottak

Det generelle utgangspunkt for diskusjonen om innhold og oppgaver for akuttmottakene er at det må være tilknyttet leger med særlig kompetanse for de oppgaver man møter i en slik fremskutt posisjon.

I det pågående prosjektet om ny organisering av spesialistutdanning for leger og endret spesialitetsstruktur er det utredet spørsmål om en ny spesialitet tilpasset utfordringene i akuttmottak. Dette prosjektet omhandles i en egen rapport. Arbeidsgruppen for organisering av akuttmottakene har ikke tatt stilling til alternative løsninger for spesialitetsstruktur.

9.3 Leger i spesialisering

Tjeneste i akuttmottak er en vesentlig del av den kliniske praksis i utdanningen av legespesialister i en rekke spesialiteter. Imidlertid mangler det mange steder en strukturert opplæring og veiledning knyttet til denne tjenesten. Derfor har læringspotensialet ved arbeidet i akuttmottaket ofte vært tilfeldig.

Tjenesten i akuttmottaket inngår i den kliniske tjenesten ved ulike avdelinger eller seksjoner. Det er ikke etablert noe system der leger i spesialisering (LIS) kan tjenestegjøre en tid i akuttmottaket som fast arbeidssted og få dette godkjent som tellende tjeneste innenfor relevante spesialiteter. En slik dedikert tjeneste for en periode ville bidra til å skape et bedre organisert fagmiljø, gi legen viktig kompetanse, samt løfte status for arbeidet i akuttmottaket.

9.4 Turnusleger

Det har i den pågående diskusjonen om kvaliteten i akuttmottakene vært pekt på det uheldige i at det ofte er en turnuslege som møter pasienten og har manglende erfaring til å kunne gjøre riktige valg mht utredning og oppstart av behandling. Det er enighet om at pasienten i langt større grad må være sikret at det er erfarne leger som vurderer situasjonen og fatter beslutning om behandlingsforløpet. Likevel må det legges til rette for at turnuslegene under veiledning kan ha arbeidsoppgaver i akuttmottaket når de har gjort seg kjent med sykehusets interne organisering og samhandlingsrutinene med den kommunale helsetjenesten. Dette må anses som en viktig del av den obligatoriske sykehustjenesten og gir legene bakgrunn for å kunne arbeide selvstendig med akuttmedisinske oppgaver senere.

10 Bruk av observasjonsenger

Antallet pasienter med behov for akuttmedisinske innleggelse ved norske sykehus har vært stigende i mange år. Økningen henger sammen med en økt eldre befolkning, økende levealder, og øking i antall pasienter med kroniske lidelser. Det forhold at 40% av alle akutt innlagte pasienter er inneliggende mindre enn 48 timer i sykehus, gjør det nødvendig å tilpasse nye enheter for disse pasientenes behov. En enhet hvor det fokuseres på diagnostikk, rask igangsetting av behandling og rask utskrivning, virker logisk og fornuftig, men bør dokumenteres mer effektiv enn tradisjonell sengeenhet for å være bærekraftig.

Gjennom de siste 10-15 årene er det etablert observasjonsenheter knyttet til akuttmottaket ved et stort antall sykehus. Erfaringene er stort sett positive, selv om det rapporteres om visse utfordringer når det gjelder organisering, ansvars plassering og samhandling.

Observasjonsenheten er de fleste steder organisert sammen med akuttmottak, og pleiepersonalet kan alternere mellom mottak og observasjonsenhet. Indremedisinske problemstillinger utgjør det største volumet av innleggelser. Ansvaret for oppfølging av pasientene ved observasjonsenheten blir de fleste steder lagt til vaktpersonalet ved den avdeling der pasienten er innlagt.

I møter med personell fra akutt- og observasjonsenheter rapporteres at de ansvarlige legene fra «eieravdelinger» viser større initiativ og oppfølging av pasientene ved observasjonsenheten enn når pasienten er plassert i ordinær sengepost. Den fungerer i så henseende mer lik en intensivavdeling, der aktiviteten rundt pasienten i mindre grad endrer seg gjennom døgnet.

Observasjonsenheter har vanligvis en planlagt oppholdstid på 1- 3 dager, og det skal være rutiner for å vurdere forventet behandlingsforløp etter ett døgn. 70 – 80% av pasientene blir utskrevet til hjem eller annen institusjon etter oppholdet ved observasjonsenheten.

I en studie ved St Olavs hospital i 2010 ble pasienter som ble antatt å ha behov for en kort innleggelse, randomisert til henholdsvis observasjonsenhet og tradisjonell sengeenhet²⁴. Resultatene viste at det var signifikant kortere liggetid i en observasjonsenhet for sammenlignbare grupper/problemstillinger. Det var en høyere ressursbruk pr. pasient for pasienter ved observasjonsenheten. Innsatsen knyttet til den enkelte pasient var således mer intensiv ved observasjonsenheten. Den kortere liggetiden førte ikke til økt antall reinnleggelser for denne gruppen.

²⁴ Øfsti R. Observasjonsenhet, effektiv pasientorganisering?. NTNU, Trondheim 2011.

11 Samhandling med legevakt og ambulansetjeneste

11.1 Legevakt og fastlege

De fleste pasienter som kommer til akuttmottaket, har vært vurdert av fastlege eller legevakt. Mange pasienter ankommer også på egen hånd. Det må uansett være god kommunikasjon med legevakt/fastlege:

- Legevaktlege/fastlege må kunne melde pasienter som er alvorlig syke eller skadde, der sykehuset må kunne forberede mottaket og varsle interne ressurser. For noen pasienter (hjerteinfarkt, hjerneslag, traumer) fungerer slike varslingsrutiner i dag. Listen over definerte tilstander bør kunne utvides.
- Akuttmottaket må være organisert slik at legevakt/fastlege enkelt kan komme i kontakt med erfaren sykehuslege og drøfte hvordan en pasient bør håndteres mht innleggelse, poliklinisk time eller behandling i kommunal døgnplass. Dette fratår ikke legevaktlege eller fastlege ansvaret for å gjøre en selvstendig vurdering, men kan være til hjelp for å etablere smidige ordninger.

11.2 Felles akuttmottak

FAM kan beskrives som en enhet hvor kommunal legevaktordning og sykehusets akuttmottak er samordnet. Det kan være ulike modeller for dette, fra samlokalisering til bruk av felles ressurser, til full integrering. Akuttmottaket er en organisatorisk del av sykehuset, og ansvarsposisjoner i akuttmottak er som for helseforetakene for øvrig knyttet både til tjenesten og til det enkelte helsepersonell. Det følger av både spesialisthelsetjenesteloven og alminnelige prinsipper for virksomhetsstyring, at foretakene må sikre en klar linje fra foretakets ledelse til den enhet som akuttmottaket utgjør.

Videre er det et krav i spesialisthelsetjenesteloven at alle enheter i sykehus skal ha en enhetlig ledelse. Dvs. at det skal være én leder av den organisatoriske enheten *akuttmottaket*. For øvrig er det få bestemmelser som regulerer organiseringen direkte. Lederansvaret for akuttmottaket omfatter både personalansvar, driftsansvar og faglig ansvar. Ansvaret følger de ordinære styringslinjer i foretaket.

Brev av 4. september 2008 fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin berører uavklarte juridiske forhold knyttet til eventuelle integrerte modeller. Det konkluderes med at det er lite trolig at FAM kan bli en modell for norsk legevakt, og at FAM ikke bør foreslås som en ønsket generell modell for integrerte legevakt- og sykehus tjenester nå. Helsedirektoratet støtter i brev av 26.03.2010 til Helse- og omsorgsdepartementet denne vurderingen, og peker på at den norske modellen med delt kommunal og spesialisthelsetjeneste gjør en slik felles løsning vanskelig.

I en evaluering av FAM Asker og Bærum blir det konkludert med at forsøket hadde vært tidkrevende og kostbart uten at dette hadde medført en bedre integrering²⁵.

11.3 Bruk av kommunale akutte døgnplasser (KAD)

Det er etablert 660 akutte døgnplasser i kommunene (pr 2013), dvs en plass pr 8000 innbyggere. Plassene er opprettet som et ledd i samhandlingsreformen:

«Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.»
«Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.»

KAD sengene skal etter forutsetningene benyttes for pasienter med en avklart medisinsk tilstand, der kommunen har tilstrekkelig kompetanse til å ta seg av det videre forløpet. Det er ingen nasjonal oversikt over bruken av plassene, men registrering fra enkelte områder viser at plassene i størst grad benyttes der det er kommunens egne fastleger som deltar i legevakt-tjenesten.

I en studie fra Hallingdal ble det registrert 250 innleggelser i ett år, med samlet 500 liggedager. 2/3 av pasientene kunne skrives ut til hjemmet. Erfaring fra Bø i Vesterålen viser tilsvarende aktivitet.

De kommunale akutt plassene er et viktig tilbud for den enkelte pasienten og er et godt redskap for den kommunale legevakten. Det er den vakthavende legen i kommunen som kan benytte de aktuelle plassene. Dersom samarbeidet mellom legevaktlege/fastlege og akuttmottaket blir bedre utviklet gjennom lokale samarbeidsrutiner, vil det være mulig å få til en økt bruk av KAD sengene.

11.4 Samhandling med prehospital akuttmedisin

Ambulansetjenesten har gått fra å være ren transport av syke og skadde til sykehus til mer spesialisert diagnostikk og behandling på veien til sykehuset. God kommunikasjon mellom ambulanse og akuttmottak er viktig for rask og riktig behandling og ressursplanlegging. Informasjonsutvekslingen, som konferering og innmelding av pasient skjer i dag via mobiltelefon.

Ambulansetjenesten er sykehusets forlengede arm – sykehuset som kommer ut til pasienten. Behandlingen som skjer i ambulansen blir stadig mer avansert og har stor betydning for utfallet av behandlingen.

De regionale helseforetakene har også ansvar for å forvalte luftambulansetjenestens fly og helikoptre som en nasjonal tjeneste. Ambulansehelikoptrene som er bemannet med anestesileger yter spesialisert akuttmedisin og er en integrert del av den akuttmedisinske beredskapen. Ambulanseflyene har også avansert medisk utstyr om bord og er bemannet med spesialsykepleier og eller lege.

Det er en overordnet politisk målsetting å etablere en nasjonal rapportering og bearbeiding av data fra hele den akuttmedisinske kjeden. Ved overlevering av pasient til akuttmottaket leveres i de fleste tilfeller en papirbasert ambulansejournal. Akuttmottakene registrerer informasjon om pasient og behandling i helseforetakets

²⁵ Thybo NK, Rønning K. Felles Akutt Mottak, Medisinsk fakultet UiO, november 2010

pasientadministrative systemer. AMK-sentralene registrerer i dag sin aktivitet, som også omfatter informasjon om ambulanseoppdrag. Men først når data om diagnostikk og behandling i ambulansetjenesten registreres elektronisk og blir innarbeidet i helseforetakenes pasientadministrative systemer, kan vi følge pasientforløpet fra ambulanse til akuttmottak. Helsedirektoratet har satt i gang arbeid med å utvikle data fra ambulansetjenesten.

I forbindelse med innføring av nødnett i helsetjenesten vil akuttmottakene også ta i bruk nødnettet. Både ambulansepersonellet og personell på akuttmottakene får ny funksjonalitet og avlytningssikring, som vil effektivisere samarbeidet og ivareta personvernet. I tillegg til at nødnettet gir bedre talekommunikasjon, vil det være behov for IKT-løsninger som gjør det mulig å utveksle bilder og video mellom ambulanse til akuttmottak.

11.5 Kommunikasjonsberedskap i akuttmottakene

Akuttmottak på sykehus med akuttfunksjon er i henhold til forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus pliktige til å sørge for tilgjengelighet og utstyr for kommunikasjon med andre instanser i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og eksterne ressurser.

Akuttmottakene er i mange tilfeller et knutepunkt i kommunikasjonen mellom prehospitale ressurser og sykehuset og skal ivareta behovet for disponering av ressursene og mottak av pasienter.

Alle somatiske akuttmottak på sykehus med akuttfunksjon vil få utstyr til kommunikasjonsentral gjennom innføring av Nødnett i helsetjenesten.

11.6 Videobasert Akuttmedisinsk Konferanse (VAKe).

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) utviklet i 2005 en kommunikasjonsløsning sammen med Seksjon for akuttmedisin på UNN. Den gjør det mulig å utnytte medisinske ressurser ved å flytte pasientinformasjon i stedet for selve pasienten.

VAKe kan bidra til å løse ulike typer akuttmedisinske hendelser hvor det er behov for behandlingsråd, eller diskusjoner relatert til transport eller logistikk. VAKe er organisert slik at lokalsykehus, helsesentre og distriktsmedisinske sentre ringer til AMK og ber om bistand over videokonferanse (VK). AMK er ansvarlig for å hente inn aktuell(e) spesialist(er) til dette. Videokonferanse kan forbedre det kliniske samarbeidet og avgjørelsesprosesser i virtuelle team i akuttmedisin. Dette kan utvikles til en rask og sikker kvalitetssikring av pasientløp, og et nytt redskap i forståelsen mellom nivåene i helsevesenet. Spesialisthelsetjenesten og lokalt helsepersonell kan dermed gi pasienten optimal behandling og pleie så raskt som mulig.

12 Organisasjonsmodeller og standarder for forsvarlig drift

Vi har ovenfor skissert pasientens forventninger og nødvendige krav til at akuttmottaket kan imøtekomme slike forventninger. Det er også pekt på hvordan organisatoriske forhold virker inn på arbeidsforhold, fagutvikling og jobbtilfredshet.

Tidligere rapporter og den foreliggende gjennomgangen identifiserer at det i 2013 er ca 45 sykehus med ulike former for somatiske akuttmottak. Det er åpenbart at driften av disse i stor grad vil avhenge av befolkningsgrunnlag, geografiske forhold og regionale avtaler om funksjonsfordeling. Helsedirektoratet vil peke på at ulik størrelse og funksjon ikke er til hinder for at det kan utvikles forsvarlige modeller utfra lokale forutsetninger.

12.1 Ledelse

Det er et gjentatt funn fra revisjoner og tilsyn at akuttmottakene ofte er organisert og ledet på en uhensiktsmessig måte. Med sykehusenes tradisjonelle inndeling i fagområder og spesialiteter faller akuttmottaket utenfor den kjente organisasjonsmodellen.

Behovet for klare organisasjonsformer og avklarte ansvarlinjer vil være en vesentlig forutsetning for å rette opp mange av de påviste svakheter i systemet. Dette innebærer en tydelig «klinisk ledelse», dvs at noen har et avklart ansvar for prioritering og ressursdisponering i den hektiske hverdagen.

12.1.1 Internkontroll

De krav som må stilles til akuttmottakenes ledelse, skiller seg ikke fra generelle lederoppgaver i foretakene slik de er beskrevet i forskrift om internkontroll og ISO 9001:2008. Det er spesielt viktig å ha klare ansvarlinjer i en virksomhet som involverer mange aktører. Dette innebærer også at det er ekstra viktig med omforente rutiner og standarder for arbeidet i akuttmottaket. Dette forsterkes av arbeidets karakter, der det kreves fullmakter til å fatte raske beslutninger, samt ledelseskompentanse i mange ledd.

For å bidra til oppfyllelse av internkontrollen må det finnes samarbeidsarenaer, der ulike aktører med ansvar og oppgaver i akuttmottaket kan utforme felles standarder og rutiner.

Virksomhetens ledelse må sikre at det foreligger rutiner for effektiv kommunikasjon og samhandling mellom de involverte, både mot den prehospitale tjenesten og internt i sykehuset.

Det må være robuste systemer for informasjonsoverføring og ansvarsfordeling knyttet til de enkelte pasientforløpene

12.2 Aktivitetsregistrering

Som påpekt ovenfor (kap 6) er det en vesentlig forutsetning for en forsvarlig drift at ledelsen har oversikt over aktiviteten i akuttmottaket. Dette innebærer at det i planleggingen må tas hensyn til forventet aktivitet gjennom døgnet, samt løpende oversikt over status den enkelte dagen.

12.3 System for seleksjon av pasienter

Ledelsen ved helseforetaket må i samråd med ledelsen i de omliggende kommunene sørge for at det er etablert systemer som bidrar til at pasienter mottas på rett nivå i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være gjeldende for større grupper av pasienter knyttet til indremedisin, generell kirurgi, ortopedi osv. Det kan også være systemer for seleksjon innen de enkelte sykdomsgrupper. Det er avgjørende for en forsvarlig tjeneste at alle ledd i den akuttmedisinske kjede er kjent med og benytter de etablerte seleksjonskriteriene.

12.4 Triage

Det er internasjonalt utviklet flere systemer for vurdering av alvorlighet og hastegrad ved ulike medisinske tilstander. De aller fleste norske sykehus har tatt i bruk ett av 2-3 internasjonalt anerkjente triage-systemer.

Et verktøy for triage bør være enkelt å bruke både i ambulanse og i sykehuset. Det bør være symptombasert og inneholde vitale parametre. Det bør tilpasses lokale forhold med forankring i den aktuelle kliniske avdeling.

Ved å bruke vitale parametre som kan registreres i flere deler av tjenesten, sikrer man at det brukes samme «språk» uavhengig av pasientforløpet.

Det foreligger ikke forskningsbasert kunnskap som tilsier at ett spesielt system gir bedre resultater. Kartleggingen viser at de fleste virksomhetslederne er helt eller delvis enige om at det er viktig med et felles triagesystem i den akuttmedisinske kjeden nasjonalt.

Nasjonalt kompetansesenter for prehospital akuttmedisin (NAKOS) har i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (Nklm) gjennomført en nasjonal kartlegging av bruk av triagesystemer i ambulansetjenesten, legevakt og akuttmottak. Det er også utstakt bruk av triage systemer for prioritering og hastegradsvurdering i ambulansetjenesten (70%) og legevakter (ca 50%).

Undersøkelsene viser at tjenestene har gjennomgående god kunnskap om bruk av triagesystemer hos sine samarbeidspartnere. Det er få tilfeller med gjennomgående systemer for både legevakt, ambulansetjeneste og akuttmottak, men ofte felles systemer for ambulansetjenesten og de akuttmottakene de samarbeider mest med.

12.5 Nasjonalt traumesystem

I de seneste 10-15 år har det vært stor oppmerksomhet mot organisering og kvalitet på traumebehandlingen ved norske sykehus. Alvorlige ulykker er relativt sjeldne, og mange sykehus får liten erfaring og trening i å håndtere alvorlig skadde pasienter. Et traumeutvalg nedsatt av de fire RHF avga en rapport i 2006, som sterkt anbefalte innføringen av et nasjonalt traumesystem²⁶. Rapporten beskriver forventninger og krav til prehospitale tjenester, akuttisykehus, traumesenter og rehabilitering.

Sykehus som skal ta imot alvorlig skadde pasienter, må ha et fast opplegg for aktivering av et fast definert «traumeteam» og utstyr og kompetanse til å utføre diagnostikk og nødkirurgiske behandlinger før eventuell transport til høyere behandlingsnivå.

Når det er relativt sjelden aktuelt å benytte et traumeteam, blir det særlig viktig å gjennomføre regelmessig opplæring og trening. BEST-prosjektet (Bedre og Systematisk Traumebehandling) har vist seg vellykket for et slikt treningsopplegg.

Traumerapporten skal revideres i løpet av 2014.

12.6 Scoringssystem for alvorlig syke barn

Innføring av standardiserte scoringssystemer for syke barn (Pediatric Early Warning System) har bidratt til en mer systematisk vurdering og planlegging for mottak av barn til akutt innleggelse. Dette vil i mange situasjoner forhindre opplevelsen av at «barnet ble plutselig dårlig».

12.7 Håndtering av ekstra belastning i akuttmottaket

Ved planlegging av virksomheten skal prosessene tilpasses forventet aktivitet gjennom døgnet. Det skal også finnes systemer som sikrer at de regulære oppgavene knyttet til planlagte innleggelser og henvendelser med lav eller middels hastegrad ivaretas ved overskridelse av normal pasienttilgang (se kap 6).

12.8 Bemanning og kompetanse

Foretaket må ha en fast plan for å sikre at akuttmottaket har en tilstrekkelig bemanning og at de som har sin tjeneste i mottaket har den nødvendige kompetanse (se kap 9). Med et bredt spekter av oppgaver og en ujevn belastning på personalet er det spesielt viktig at arbeidet foregår teambasert og at deltagerne kjenner hverandres oppgaver.

En avklart lederstruktur og organisatorisk forankring bidrar til å plassere ansvaret for at det etableres et faglig miljø gjennom internundervisning, ferdighetstrening, jevnlig øvelser og vedlikehold av kompetanse. Øvelsene må også inkludere storskala-/katastrofeøvelser.

²⁶ Traumesystem i Norge. Rapport fra interregional arbeidsgruppe 18. desember 2006

12.9 Modeller for akutt sykehus

I debatter omkring lokalsykehusenes akuttjenester benyttes begreper som «fullverdig akutt sykehus», «fullverdige akuttjenester» o.a. Iblant kan dette benyttes om sykehus som tilbyr et minimum av tjenester. Samtidig dreies diskusjonen ofte mot det aktuelle tilbud innen kirurgisk beredskap, herunder inndeling i ortopedisk kirurgi og bløtdelskirurgi.

Helsedirektoratet viser til departementets utredning om lokalsykehusene og understreker at akutttilbudet ved det enkelte sykehus må utformes med utgangspunkt i lokale forhold hvor krav til kvalitet og forsvarlig drift ivaretas. Vi støtter departementets holdning til at begrepene ovenfor ikke bidrar til klargjøring av debattene.

12.9.1 *Ledelse i akutt mottak*

Uavhengig av sykehusets størrelse og funksjoner bør det tilstrebes at en spesialist med tilpasset kompetanse har det medisinskfaglige ansvaret i mottaket. Det må være klare stillingsbeskrivelser, slik at den medisinskfaglig ansvarlige i akutt mottaket har de nødvendige fullmakter til å utforme rutiner og prosedyrer. Leder av akutt mottaket må ha fullmakt til å organisere arbeidet på tvers av berørte spesialavdelinger.

Det må i tillegg være klargjort at en erfaren lege har det medisinskfaglige ansvaret hver enkelt dag. Dette ansvaret innebærer klinisk ledelse, dvs ansvar for prioritering, logistikk og håndtering av den enkelte pasient.

12.9.2 *Kompetanse i front*

Den norske sykehusstrukturen tilsier at tilknytningen av spesialister i akutt mottaket må bli uensartet. Dette er ikke til hinder for at det enkelte sykehus kan innrette seg slik at leger med rett kompetanse kan være tilgjengelig for akutt mottaket på kort varsel. Begrepet «kompetanse i front» har festet seg som en følge av de svakheter som er avdekket ved driften av akutt mottakene. Helsedirektoratet vil i den forbindelse understreke:

- Kompetanse i front skal sikre at alle pasienter som ankommer akutt mottaket blir vurdert av en erfaren lege.
- Kompetanse i front må ikke være til hinder for at leger under praksisperioder i akutt mottak (turnusleger og LIS) skal ha tett pasientkontakt og bruke aktiviteten i akutt mottaket som en viktig læringsarena. Dette illustreres ved at enkelte aktører i debatten om akutt mottakene ønsker å benytte uttrykket «Kompetanse *med* i front»

12.9.3 *Vakthavende overlege med særlig ansvar for akutt mottak*

Statistikken viser at den største tilstrømningen av pasienter er i perioden kl 12 – 20, og den klart største delen av pasientene presenterer seg med indremedisinske problemstillinger. På denne bakgrunn er det gjort forsøk med å ha vakthavende

overlege ved generell indremedisin til stede i akuttmottaket i den travleste del av døgnet.

En slik tilknytning fra overlegene i indremedisin har resultert i bedre pasientflyt i innleggelsessituasjonen. Det har vært verdifullt for vurdering av den enkelte pasienten, og er positivt vurdert av annet personell. Det gir LIS-leger og turnusleger et bedre læringsutbytte og bidrar til at den kliniske vurderingen også blir bedre i perioder hvor bakvakten ikke er kontinuerlig til stede.

12.9.4 En gruppe spesialister med hovedarbeid i akuttmottak

Det gjøres forsøk med tilsetning av f.eks. 4 spesialister fra relevante fagområder med tilknytning til akuttmottaket. Disse skal utgjøre den faste gruppen av leger med spesialkompetanse for akuttmedisinske oppgaver, og ivareta den kliniske ledelse av arbeidet. De kan etter modellen ha sin administrative tilknytning til andre aktuelle avdelinger i sykehuset.

12.9.5 Akuttmottak med heldøgns bemanning av spesialister

Med utgangspunkt i erfaringer fra utenlandske sykehus av en viss størrelse er det etablert modeller med en gruppe spesialister med ansettelse og fast arbeidsplass i akuttmottaket. De skal arbeide i første linje gjennom hele døgnet og sikre pasienten tidlig kontakt med en legespesialist. En slik organisering bidrar til veiledning for leger under utdanning og en bedre fagutvikling for personalet for øvrig.

Modellen vil etter Helsedirektoratets vurdering være tilpasset de største akuttpsykehusene. Den peker også frem mot en egen spesialitet for leger tilpasset arbeid i akuttmottakene. Det vises til den pågående diskusjonen om en slik spesialitet eller kompetanseområde i Norge.

Det er likevel påpekt etter forsøk både i Norge og i Danmark at en slik organisering kan være vanskelig å opprettholde. Avstanden mellom de fast ansatte legene i akuttmottaket og spesialistene ved avdelingene som skal overta pasientene, kan skape uklarhet om ansvarsoverføring. Det er derfor svært viktig at det foreligger klare avtaler om ansvarsgrenser mellom enhetene.

Det må også planlegges hvordan spesialistene i akuttmottaket kan gjøre tjeneste ved andre relevante avdelinger i sykehuset.

12.10 Erfaring fra Danmark

Det pågår en større gjennomgang av organiseringen av akuttmottak i Danmark. Sammenligning med norske forhold er ikke umiddelbart relevant, da de danske akuttpsykehusene er betydelig større enn forholdene i Norge. Det er registrert 21 akuttmottak for 6 mill innbyggere.

Man har i Danmark valgt ulike modeller, til dels etter samme mønster som skissert ovenfor. Erfaringene så langt tilsier at man ikke er forenet om en standard modell.

Gjennomgående synes det å være en betenkelighet at spesialistene ikke ser noen naturlig karrierevei med å arbeide i akuttmottaket. Arbeidet for å etablere akuttmedisin som en egen spesialitet for leger (på linje med Sverige) er tenkt å styrke fagets posisjon og anerkjennelse, samt bidra til en bedre rekruttering og mindre frafall.

13 Administrative og økonomiske konsekvenser

13.1 Sykehusstruktur og funksjonsfordeling

Den foreliggende veilederen skal bidra til å heve kvaliteten for virksomheten ved somatiske akuttmottak av ulik størrelse. Sykehusstruktur og funksjonsfordeling endres over tid i en kontinuerlig prosess, og standarder for behandling vil påvirke den lokale organiseringen.

Helsedirektoratet noterer at befolkningsgrunnlaget rundt et akuttsykehus vil være en vesentlig faktor for beslutning om hvilke pasientgrupper som skal behandles ved sykehuset. Avveiiinger med hensyn til befolkningsstørrelser vil i stor grad være forbundet med geografiske forhold. Den norske lokalsykehusrapporten (2007) angir vesentlig lavere anbefalte befolkningsgrunnlag enn det pågående arbeidet i Danmark. Arbeidet med en nasjonal helse- og sykehusplan vil ta opp slike grunnleggende forutsetninger for sykehusplanlegging og danne grunnlag for videre lokale og regionale prosesser.

13.2 Økonomiske konsekvenser

I utgangspunkt er det vanskelig å anslå økonomiske konsekvenser av endret lokal organisering av en tjeneste. Den grunnleggende forutsetningen er at akuttmottaket skal ta imot og vurdere det samme antall pasienter uavhengig av organisasjonsform. En forflytning av ressursbruk fra behandling av innlagte pasienter til at større del av utredning og oppstart av behandling kan foregå i akuttmottak har betydning for intern ressursfordeling, men ikke nødvendigvis for den samlede innsatsen.

Et kortere og mer intensivt sykehusopphold kan tenkes å gi økonomisk innsparing for helseforetaket og muligens et større aktivitetskrav på kommunal helsetjeneste. Vi kjenner ikke til at det er gjort studier som kan belyse dette.

13.2.1 *Samhandling med kommunal tjeneste*

Samarbeidsavtaler med kommunal legevaktjeneste vil påvirke tilgang av pasienter, spesielt knyttet til mindre alvorlige tilstander og skader som kan behandles poliklinisk.

Samhandlingsreformen og etablering av kommunale akutte døgnplasser er forventet å kunne redusere sykehusopphold eller oppholdstid i sykehus. Tilgjengelig spesialistkompetanse i akuttmottak vil kunne bidra til at enkelte pasienter overføres til KAD i samråd med vakthavende lege i kommunen. Det er foreløpig begrensede studier som kan dokumentere hvorvidt reformen har en slik effekt.

13.2.2 Bruk av observasjonssenger

Utbygging av observasjonspost i tilknytning til akuttmottak har vist seg å medføre kortere sykehusopphold for enkelte pasienter. Det rapporteres at ca 70% av pasientene som behandles i observasjonspost, kan overføres hjem eller til kommunal omsorg i løpet av 1-2 døgn. Det rapporteres også at ressursinnsatsen knyttet til disse pasientene er mer konsentrert enn ved tradisjonelle avdelingsopphold. Vi kjenner ikke til om det er gjort økonomiske beregninger som kan underbygge vurderinger av økonomisk karakter.

13.2.3 Større tilgjengelighet av spesialister i akuttmottak

En forutsetning for et mer effektivt pasientforløp i akuttmottaket er at leger med høy kompetanse er lettere tilgjengelig for faglig bistand i mottaket. Dette kan skje ved at aktuelle spesialister er fysisk til stede i mottaket særlig på de travleste tidene av døgnet, eller at det er etablert systemer med rask responstid ved tilkalling av spesialister. Slike ordninger medfører at andre deler av driften må ta hensyn til påregnet aktivitet i mottaket. Hensynet til dette kan medføre redusert aktivitet ved poliklinikk eller endret planlegging for elektiv kirurgi. Samtidig viser undersøkelser f.eks. ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik, at noe av den tiden indremedisinske overleger benytter i mottaket, reduserer den tid de eventuelt ville ha brukt senere på døgnet når pasientene var tatt imot på sengeavdeling.

13.2.4 Endrede vaktplaner

Ved å registrere aktiviteten i akuttmottaket over tid, kan det legges bedre til rette for en differensiert bemanning tilpasset forventet aktivitet. I tillegg må det tas høyde for aktivitetstopper ut over det forventede. For å få en tilpasset bemanning, kan det ved enkelte sykehus bli nødvendig å endre tjenesteplaner eller vaktplaner. Helsedirektoratet har ikke gjort noe forsøk på å beregne konsekvens av dette. Det må foretas av det enkelte sykehus / helseforetak.

Vedlegg

Oppsummering av nasjonal spørreundersøkelse om akuttmottak, november 2013

Spørsmål	Regionalt helseforetak	Nord RHF	Midt RHF	Vest RHF	Sør Øst RHF	Hele landet
	Antall akuttmottak	10 av 11	7	8	16 av 18	41 av 43
1. Hvordan er akuttmottaket plassert i sykehusets organisasjonskart? Divisjon/klinikk	Akutt/prehospital/Anestesi	8	1	1	13	23
	Medisinsk	1	0	7	2	10
	Kirurgisk		6		1	7
	Ikke besvart	1				1
2. Hvem er daglig leder i akuttmottaket, Administrativt	Sykepleier	10	7	8	15	40
	Lege				1	1
3. Hvem er daglig leder i akuttmottaket, Helsefaglig	Sykepleier	2	1	3	1	7
	Anestesilege	7	7	2	13	29
	Kirurg	1		1	2	4
	Indremedisiner		1	2		3
	Ikke besvart	2			5	7
4. Er ansvar og fullmakter beskrevet for virksomheten – dagtid og vaktid	Ja	6	7	7	16	36
	Nei	2		1		3
	Vet ikke/ikke besvart	2				2
5. Er det etablert noen samarbeidsarenaer mellom akuttmottak og kliniske avdelinger?	Ja	5	7	4	14	30
	Nei	4		4	2	10
	Vet ikke/ikke besvart	1				1
6. Er det etablert noen samhandlingsarena med kommunal legevakt?	Ja	7	6	6	13	32
	Nei	2	1	2	3	8
	Vet ikke/ikke besvart	1				1

Spørsmål	Regionalt helseforetak	Nord RHF	Midt RHF	Vest RHF	Sør Øst RHF	Hele landet
	Antall akuttmottak	10 av 11	7	8	16 av 18	41 av 43
7. Foreligger det noe standard observasjonsskjema for pasienter som ligger i akuttmottak eventuelt flere skjema for ulike avdelinger?	Ja	9	7	8	16	40
	Nei	1				1
	Vet ikke/ikke besvart					
8. Blir det registrert oppholdstid i akuttmottaket	Ja	10	7	5	16	38
	Nei			3		3
	Vet ikke/ikke besvart					
9. Er det definert noen maks oppholdstid for pasienter i akuttmottak?	Ja	1	3	3	6	13
	Nei	9	3	4	10	26
	Vet ikke/ikke besvart		1	1		2
10. Foreligger det konkrete retningslinjer for tiltak ved unormal belastning og felles oppfatning av hva som er unormalt?	Ja	3	5	3	10	21
	Nei	7	2	2	6	17
	Vet ikke/ikke besvart			3		3

Gjennom denne spørreundersøkelse har vi identifisert 43 somatiske akuttmottak og 41 akuttmottak har respondert på undersøkelsen. Ett akuttmottak i Helse Nord RHF og to i Helse Sør-Øst RHF har ikke besvar undersøkelsen.

Spørsmål 3. Helsefaglig leder.

Noen akuttmottak opplyser at både sykepleier og lege er helsefaglig leder. Til det samme spørsmålet opplyser også noen akuttmottak at det er anestesilege og seksjonsleger fra ulike fagavdeling som er ledere.

