

A blurred background image showing four medical professionals walking in a hallway. On the left, a woman in a white lab coat and a man in green scrubs. On the right, a woman in green scrubs and a man in a white lab coat. The image is intentionally out of focus to serve as a backdrop for the text.

VEDLEGG 1

Oversikt over status for tiltakspunktene i delprosjekt 3 og 4 og dokumentasjon på arbeidet

Vedlegg 1 består av en oversikt over tiltakspunktene fra delprosjekt 3 og 4 og dokumentasjon på arbeidet. Vedlegget består av flere del-vedlegg, se under for oversikt og nummer for hvert av tiltakspunktene.

Nr.	Tiltakspunkt	Status		Tilhørighet delprosjekt	Vedlegg nr.	
		Levanger	Namsos		Levanger	Namsos
1	Prosjektet anbefaler at HNT på et overordnet nivå vurderer om spesialitet i AMM er aktuelt og gjennomførbart for foretaket	Det er laget et beslutningsgrunnlag med ulike alternativer for hvordan få til kompetanse i front i Namsos og Levanger. Beslutningsgrunnlaget inneholder også anbefalinger knyttet til spesialitet i AMM, og seksjonsansvarlig overlege i akuttmottaket. Etter anbefalinger fra arbeidsgruppen er det besluttet å øke legekompentansen i front i akuttmottakene. Det jobbes med ulike alternativer for hvordan det skal løses. Se vedlegg for flere detaljer.		3 og 4	1.01 (side 6)	
10	Utrede og foreslå hvordan kunnskap i front også skal styrkes for legetjenestene. Målet er en organisering som muliggjør at pasienter initialt får vurdering av erfaren lege sammen med LIS1					
12	Organisatorisk plassering av Seksjonsansvarlig overlege i akuttmottak bør vurderes, når tiltak økt kompetanse i front er gjennomført					
2	Det må gjøres et systematisk arbeid for å beholde sykepleiere med erfaring og kompetanse i akuttmottaket, og legge til rette for fagarbeid med det mål å opprettholde og styrke kvaliteten på tjenesten	Det er jobbet med fagutvikling med fokus på å beholde og styrke kompetansen i akuttmottakene, hvor blant annet flere av sykepleierne tar videreutdanning i akuttpsykeleie. Se vedlegg for flere detaljer.		3 og 4	1.02 (side 23)	1.03 (side 27)
3	Det må vurderes om bemanningsplaner er i henhold til aktivitet	Det er gjennomført analyser for å se hvordan bemanning samsvarer med antall pasienter i akuttmottakene, og for å sikre riktig bemanning i henhold til behov er det gjort endringer i vaktplaner. Se vedlegg for flere detaljer.		3 og 4	1.04 (side 32)	1.05 (side 36)
4	Anskaffe storskjerm for anonymisert visning av akutt database	I styringsgruppemøtet 01.03.2021 ble tiltakspunkt 4 besluttet tatt ut fra prosjektet, da det ikke var behov.		-----	----	-----

Nr.	Tiltakspunkt	Status		Tilhørighet delprosjekt	Vedlegg nr.	
		Levanger	Namsos		Levanger	Namsos
5	Det må sikres at sykepleiekoordinator ivaretar primæroppgave 24/7	Prosedyre knyttet til koordinators rolle i akuttmottaket er revidert, med fokus på å få til en mer rendyrket koordinatrorolle som kan ivareta sine primæroppgaver 24/7. Se vedlegg for flere detaljer		3 og 4	1.06 (side 39)	1.07 (side 42)
6	Overordnet prosedyre for aktivitetsstyring i HNT ID 7615 må revideres	Under arbeid		3 og 4	----	----
7	Det må utarbeides plan for håndtering av aktivitetsendring (eskaleringsplan)	Under arbeid	I Namsos er det utarbeidet plan for håndtering av aktivitetsendring (eskaleringsplan) i akuttmottaket, som beskriver hva som skal gjøres ved katastrofer og ekstra stor pågang av pasienter til akuttmottaket. Se vedlegg for flere detaljer	3 og 4	----	1.08 (side 45)
8	Det må etableres avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse, som time til poliklinikk	For begge sykehus er fremtidig arealbehov beskrevet, inkl. arealer til økt avklaring av pasienter i akuttmottakene, for å redusere innleggelser og frigjøre kapasitet på sengepostene. Det er også beskrevet ulike typer utstyr som kan tilrettelegge for økt avklaring av pasienter i akuttmottakene. Se vedlegg for flere detaljer		3 og 4	1.09 (s.46)	
9	Det må legges til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket				1.10 (side 67)	1.11 (side 111)
22	Det bør kartlegges muligheter for nødvendig tilpasning i og rundt dagens arealer, evt. beskrive arealbehovet med tanke på ny plassering av akuttmottakene. Det må sikres nødvendig areal for god pasientlogistikk og behandling, samt gode arbeidsforhold for ansatte					

Nr.	Tiltakspunkt	Status		Tilhørighet delprosjekt	Vedlegg nr.	
		Levanger	Namsos		Levanger	Namsos
11	Det bør utarbeides rutinebeskrivelse, definere ansvar og kompetansekrav for leger i vakt	Det er utarbeidet rutinebeskrivelser for leger i vakt innen medisin, kirurgi og ortopedi, hvor ansvar og kompetansekrav er definert.		3 og 4	Til vurdering hos avdelings overlege	Link til prosjektweb
13	HNT må avklare felles forståelse for «øyeblikkelig hjelp» mellom lege, sykepleier, laboratoriemedisin og billeddiagnostikk slik at det prioriteres riktig ved rekvirering og utførelse av undersøkelser	Det er avklart felles forståelse for «øyeblikkelig hjelp» mellom lege, sykepleier, laboratoriemedisin og billeddiagnostikk slik at det prioriteres riktig ved rekvirering og utførelse av undersøkelser. Se vedlegg for flere detaljer		3 og 4	1.12 (side 155)	1.13 (side 164)
14	Det må avklares hvem som har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billeddiagnostikk.	På SL er det laget ny pasientflyt for pasienter som skal fra AM, via avdeling for billediagnostikk og legges inn på sengepost, hvor det er definert hvem som til enhver tid har ansvar for pasientene.	I Namsos vurderes situasjonen god nok som den er, og at det ikke er behov for andre tiltak enn bevisstgjøring og fokus på tydelige avtaler mellom avleverende og mottakende avdeling.	3 og 4	1.14 (side 165)	1.15 (side 175)
15	Det må sørges for at avklarte pasienter fortløpende går fra akuttmottak til sengepost	På SL er det er definert hvor mye som skal være avklart før en pasient forlater akuttmottaket, for å sikre felles forståelse mellom sengepost og AM, og bedre pasientflyt.	Oppleves ikke som en utfordring i Namsos, og tiltakspunktet er derfor kvittert ut av prosjektet.	3 og 4	1.16 (side 178)	1.17 (side 187)

Nr.	Tiltakspunkt	Status		Tilhørighet delprosjekt	Vedlegg nr.	
		Levanger	Namsos		Levanger	Namsos
16	Journalopptak av elektive pasienter skal utføres på sengepost	Ikke relevant for Levanger	Journalopptak av elektive pasienter er flyttet fra akuttmottak til sengepost i Namsos, for å få en bedre pasientflyt med færre kontaktpunkter for pasientene.	3	----	1.18 (side 188)
17	Journalopptak av pasienter som er avklart av spesialist ved poliklinikk eller overflyttet fra annet omsorgsnivå skal som hovedregel utføres på sengepost	Det er laget et nytt pasientforløp med færre kontaktpunkter, for elektive pasienter på poliklinikk, som besluttes innlagt som øyeblikkelig hjelp. Se vedlegg for flere detaljer.	Under arbeid	4	1.19 (side 192)	----
18	Det må gis mulighet for flere alternativer til første PLO-melding. I tillegg til melding om «innlagt pasient» er det behov for å kunne sende melding om «pasient til vurdering»	Utfordringen er tatt med i kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem, da den bør løses på tvers av forvaltningsnivåer		1, 3 og 4	-----	
19	Utrede og foreslå hvordan løsningen for Bed Planning i Helseplattformen kan brukes og bidra i arbeidet med pasientlogistikken internt i sykehusene	Vedtatt flyttet ut i eget prosjekt		3 og 4	-----	
20	Det bør etableres standardiserte pasientforløp for volumgrupper av pasienter som kan avklares uten innleggelse (halv-øyeblikkelig hjelp)	Det er gjennomført analyser av volumgrupper av pasienter i ø-hjelpsforløpet og laget en oversikt over pasientforløp det er ønskelig å forbedre/standardisere. Basert på oversikten har prosjektet startet på 2 forløp som er under testing/implementering. Se vedlegg for flere detaljer		2, 3 og 4	1.20 (side 196)	
21	Det må utarbeides tilbud for pasienter som har behov for prioritert helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som etter konferering med fastlege/legevakt kan styres til dagtid (halv-øyeblikkelig hjelp)					

A blurred photograph of four healthcare professionals walking in a hallway. On the left, a woman in a white lab coat and a man in green scrubs walk together. On the right, another woman in green scrubs and a man in a white lab coat walk together. The image is intentionally blurred to create a sense of motion and activity.

FREMRAGENDE AKUTTMOTTAK- Fase II

Kompetanse i front

Framskrivning tilsier en økning i akuttinnleggelseser i Norge på 43% fra 2017 til 2035*, noe som underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer

- Befolkningens alderssammensetning vil i løpet av de neste ti-årene endres kraftig, med stor vekst i folketallet og antall eldre. Dette innebærer betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester.
- En framskrivning av behovet for helsepersonell, som følge av befolkningsendringene, viser at helseforetakene i Midt-Norge vil ha behov for 25% flere årsverk fram til 2030. Kommunene vil ha tilsvarende eller større behov. Dette vil ikke være bærekraftig, og betyr at vi må behandle flere pasienter med relativt sett færre ansatte. Det krever at arbeidsprosesser og pasientforløp kontinuerlig forbedres, for å sikre tjenester i tråd med beste medisinske praksis, riktig ressursbruk og riktig bruk av kompetanse og teknologi.**
- I fase I av Fremragende akuttmottak ble utfordringene internt i akuttmottakene i Namsos og Levanger kartlagt, hvor økt kompetanse i front er en av anbefalingene for å løse utfordringene og møte fremtidig behov for helsetjenester.

Basert på kartlegging i fase I av Fremragende akuttmottak anbefales det at fase II ser nærmere på:

- 1 Utrede og foreslå hvordan kunnskap i front skal styrkes for legetjenestene. Målet er en organisering som muliggjør at pasienter initialt får vurdering av erfaren lege sammen med LIS1
- 2 Vurdere om spesialitet i AMM (akutt- og mottaksmedisin) er aktuelt og gjennomførbart for foretaket
- 3 Vurdere organisatorisk plassering av seksjonsansvarlig overlege i akuttmottak

*[Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 53)

**[Bakgrunnsnotat Strategi 2030, Helse Midt-Norge](#) (side 5-7)

Arbeidsgruppa, som har bestått av representanter fra begge sykehus, har valgt å se samlet på de 3 anbefalingene fra fase I, da de er tett knyttet sammen

Arbeidsgruppe

Sykehuset Levanger

- Astrid Tromsdal, arbeidsgruppeleder i prosjektet/avdelingsleder avd. for akuttmedisin
- Børge Lillebo, konstituert overlege, medisinsk klinikk
- Grete Sivertsen, delprosjektleder for delprosjekt 4/Avdelingsleder sengeposter inntak kontor og støtte, Klinikk for kirurgi

Sykehuset Namsos

- Steven Kudra, arbeidsgruppeleder i prosjektet/ overlege Anestesiologi
- Odd Kåre Hestmo, delprosjektleder for delprosjekt 3/Avdelingsleder avd. for akuttmedisin og dagkirurgi



Prosess for å komme frem til anbefalinger:

- Anbefalingene bygger videre på arbeidet og bakgrunnsdokumentasjonen fra fase I av prosjektet
- Arbeidsgruppa har fått innspill og diskutert temaene med Lars Erik Laugsand, assisterende klinikk sjef, klinikk for akutt- og mottaksmedisin, St. Olavs hospital og Eirik H. Ofstad, avdelingsoverlege akuttmottaket, ved Nordlandssykehuset Bodø
- 20.09 presenterte Lars Erik Laugsand og Eirik H. Ofstad hvordan de har fått til kompetanse i front, hvilke gevinster de har oppnådd og hvordan de har håndtert bekymringer fra legemiljøene. Presentasjonen ble holdt for foretaksledelsen i HNT, avdelingsoverleger på sykehusene, tillitsvalgte, med flere (se vedlagt opptak) under vedlegg.
- For å få innspill fra de ulike legemiljøene på sykehusene, er kompetanse i front diskutert og presentert i ulike arenaer

Oppsummering av anbefalinger fra arbeidsgruppen:

1. Utrede og foreslå hvordan kunnskap i front skal styrkes for legetjenestene. Målet er en organisering som muliggjør at pasienter initialt får vurdering av erfaren lege sammen med LIS1



For å oppnå ønskede gevinster, har arbeidsgruppen kommet frem til at akuttmottakene bør ha 1 overlege med arbeidsted i akuttmottaket (en «akuttlege»)

2. Vurdere om spesialitet i AMM (akutt- og mottaksmedisin) er aktuelt og gjennomførbart for foretaket



Et langsiktig mål bør være at akuttlegen har spesialitet i akutt- og mottaksmedisin, men annen spesialistkompetanse kan også være relevant

3. Vurdere organisatorisk plassering av seksjonsansvarlig overlege i akuttmottak



Funksjonen som seksjonsansvarlig overlege i akuttmottaket, tas inn i rollen til akuttlegen

Akuttpasienter kommer i stor grad usortert fra 1. linjetjenesten, og akuttlegefunksjonen innebærer å sørge for at pasientene får riktig behandling, til riktig tid og sted, med riktig prioritering

Generelle pasientutfordringer i et akuttmottak

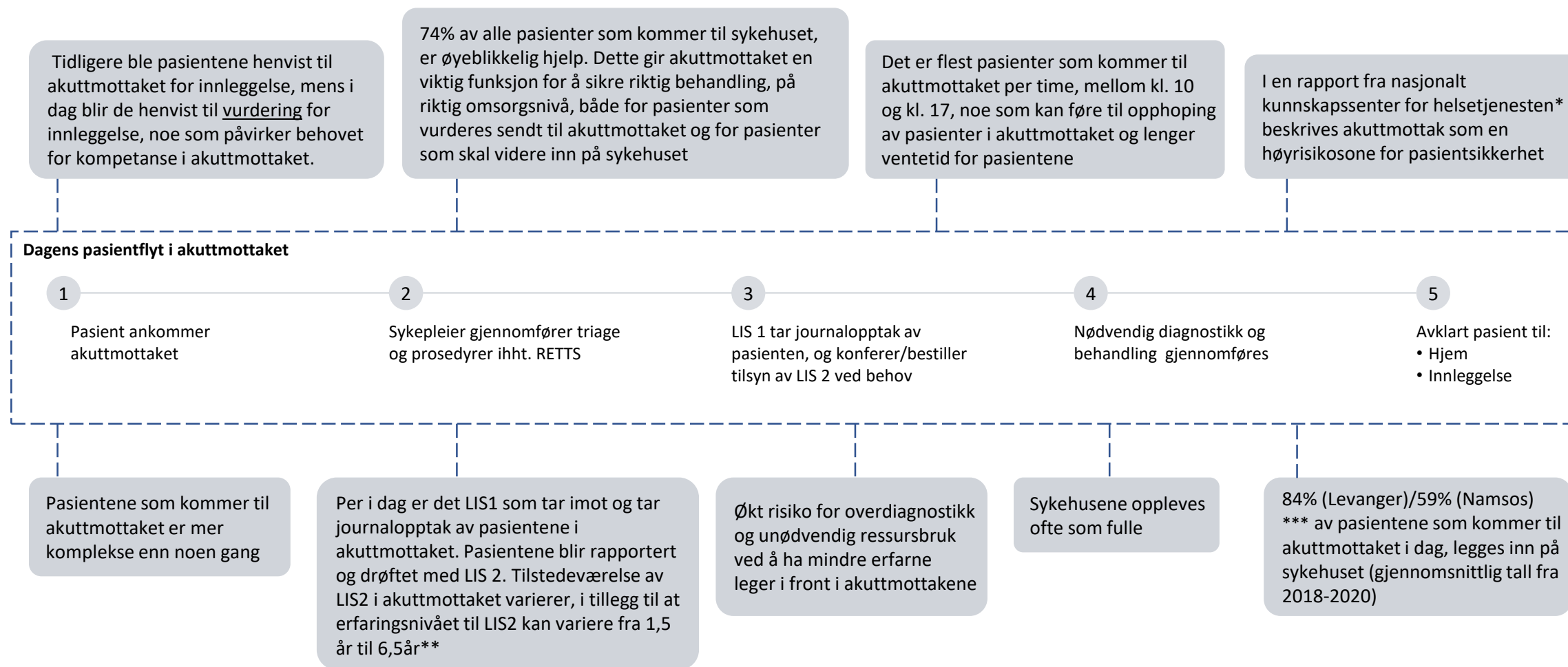
- I Stor variasjon i tilstrømning
- II Usorterte pasienter (grad av alvorlighet)
- III Uklare problemstillinger
- IV Uklare diagnoser

Akuttlegefunksjon: Sortere pasienter på riktig hylle

- A Riktig tid
- B Riktig sted
- C Riktig prioritet
- D Riktig ressursbruk

Innholdet på denne siden er hentet fra presentasjonen «Endringsprosessen i Akutten, AMMs betydning for St. Olavs hospital» som ligger vedlagt og ble holdt av Lars Erik Laugsand

74% av alle pasienter som legges inn på sykehusene i Levanger og Namsos, er øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottaket en viktig funksjon for å sikre riktig behandling på riktig omsorgsnivå



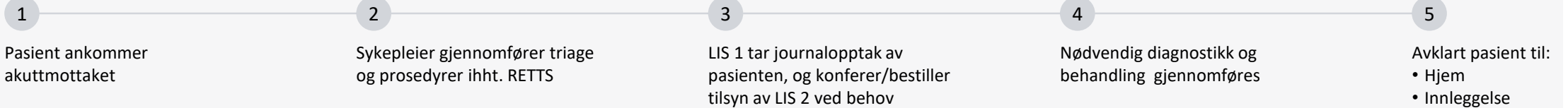
* [Microsoft Word - 151120_læringsnotat_mottak_endelig \(helsedirektoratet.no\)](#)

**Medisinsk avdeling ved Sykehuset Levanger har under koronapandemien hatt en konstituert overlege i 50% stilling i akuttmottaket

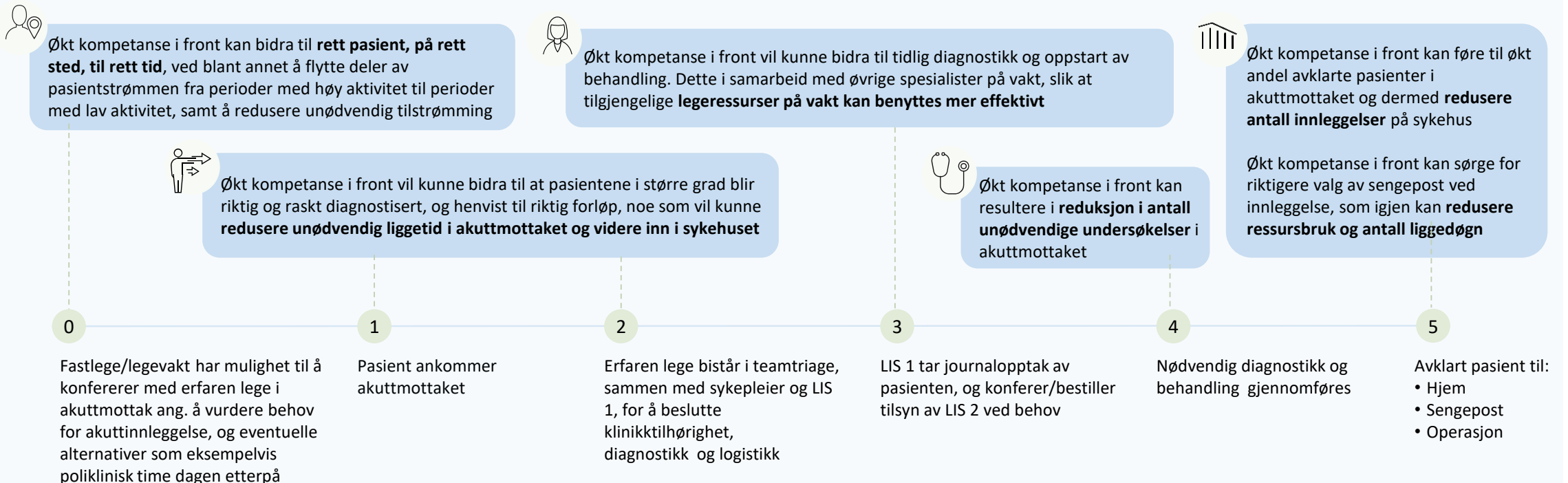
***Grunnet ulik organisering av hvor mye øyeblikkelig hjelp som kommer til poliklinikk eller akuttmottak på sykehusene, vil det ikke være hensiktsmessig å sammenligne sykehusene

Hovedformålet med kompetanse i front er å øke pasientsikkerheten, kvalitet, effektivitet og pasienttilfredshet i akuttmottakene

HVORDAN PASIENTFORLØPET SER UT FØR KOMPETANSE I FRONT



HVORDAN PASIENTFORLØPET KAN SE UT ETTER KOMPETANSE I FRONT ER IMPLEMENTERT



Økt kompetanse i front i akuttmottakene har mange fordeler

Ved å ha en overlege med arbeidssted i akuttmottak vil det kunne føre til:

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Økt pasientsikkerhet og kvalitet på behandling • Redusert unødvendig ventetid i akuttmottaket • Bedre oppfølging/kompetanseheving hos LIS1 • Økt kompetanse i front hos sykepleierne • Større faglig trygghet for de ansatte, både sykepleiere, turnusleger og studenter • At akuttmottakene blir en faglig mer attraktiv lærings- og arbeidsarena • Tettere samarbeid mellom fagområder som kirurgi, medisin og ortopedi | <ul style="list-style-type: none"> • Bedre utnyttelse av LIS1 da de med støtte fra erfaren lege også kan bidra til å avklare pasienter som tilhører andre fagområder • Økt pasienttilfredshet • Tettere samarbeid med primærhelsetjenesten, da legen vil kunne bidra i samarbeidsfora med legevakt/fastleger for å forbedre pasientforløp og tilrettelegge for økt avklaring tidligere i forløpet • At oppgaver som medisinskfaglig ledelse, samhandling, pasientsikkerhet og kvalitet, tillegges en person som ser sykehusets akuttmottak som en fellesarena på tvers av spesialiteter, og sikrer at mottaksprosedyrene samstemmer med pasientforløpene videre innover i sykehusets øvrige avdelinger | <ul style="list-style-type: none"> • Økt avklaring i akuttmottaket, da en erfaren lege vil kunne ha fagansvar for en evt. observasjonspost, og bidra til å skrive pasientene ut raskere, med poliklinisk oppfølging, som erstatning for tradisjonelle liggedøgn på vanlige sengeposter • Reduksjon i unødvendige innleggelser, som gir rom for mer komplekse pasienter og mer elektiv aktivitet på sengepostene |
|---|--|---|

Kompetanse i front i akuttmottakene er avgjørende for å lykkes med en del av de andre tiltakspunktene i prosjektet

Tiltakspunkt i Fremragende akuttmottak	Årsak til hvorfor kompetanse i front er avgjørende for å lykkes
Det må etableres avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse	En erfaren lege vil kunne ha fagansvar for en evt. avklaringsenhet, og bidra til å skrive pasientene ut raskere, med poliklinisk oppfølging, som erstatning for tradisjonelle liggedøgn på vanlige sengeposter. Uten en tilstedeværende erfaren lege med beslutningsdyktighet, vil ikke en avklaringsenhet kunne realisere alle de tiltenkte gevinstene
<p>Det bør etableres standardiserte pasientforløp for volumgrupper av pasienter som kan avklares uten innleggelse (halv-øyeblikkelig hjelp)</p> <p>Det må utarbeides tilbud for pasienter som har behov for prioritert helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som etter konferering med fastlege/legevakt kan styres til dagtid (halv-øyeblikkelig hjelp), som time til poliklinikk dagen etterpå</p>	En erfaren lege med beslutningsdyktighet og arbeidssted i akuttmottaket, er en nøkkelressurs i arbeidet med å forbedre forløp sammen med primærhelsetjenesten, og har en nøkkelrolle i selve forløpene
Det bør vurderes etablering av felles møtepunkt på tvers av fagmiljø for fastleger, legevakt og sykehusleger	For å få god effekt av møtepunkt på tvers av fagmiljø for fastleger, legevakt og sykehusleger, i forbindelse med øyeblikkelig hjelp, er det viktig å ha kontinuitet i deltakelsen fra akuttmottaket og en lege med arbeidsted og tilhørighet til akuttmottaket
Forsterke og eller utvikle nye arbeidsformer som sikrer optimal pasientlogistikk , med økt fokus på løsninger som avklarer pasientene tidlig i pasientforløpet, som alternativ til innleggelse i sykehus	En erfaren lege med arbeidsted i akuttmottaket, vil være en suksessfaktor for å få til økt avklaring av pasienter tidlig i pasientforløpet og optimal pasientlogistikk gjennom forløpet
Det bør etableres samhandlingstelefon for konferanse mellom spesialisthelsetjenesten og legevakt/fastlege	En samhandlingstelefon vil kunne benyttes til å konferere med erfaren lege om innleggelse, samt for å vurdere poliklinikktime dagen etterpå

Kompetanse i front kan også bidra positivt til andre tiltakspunkt i prosjektet

Tiltakspunkt I Fremragende akuttmottak	Årsak til hvorfor kompetanse i front kan bidra positivt
Det må legges til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket	Økt kompetanse på legesiden I akuttmottaket, vil være viktig for å kunne utføre mer diagnostikk og avklaring I akuttmottaket
Det må gjøres et systematisk arbeid for å beholde sykepleiere med erfaring og kompetanse i akuttmottaket, og legge til rette for fagarbeid med det mål å opprettholde og styrke kvaliteten på tjenesten	Økt kompetanse i front på legesiden vil kunne bidra til økt kompetanse i front også på sykepleiersiden. Økt kompetanse i front vil også bidra til økt trygghet, samt bidra til at akuttmottakene blir en faglig mer attraktiv lærings- og arbeidsarena
Det må vurderes om bemanningsplaner er i henhold til aktivitet	En erfaren lege med arbeidssted i akuttmottak vil kunne bidra til: <ul style="list-style-type: none"> • Bedre utnyttelse av LIS1 da de med støtte fra erfaren lege også kan bidra til å avklare pasienter som tilhører andre fagområder • Tidlig diagnostikk og oppstart av behandling i samarbeid med øvrige spesialister på vakt, slik at tilgjengelige legeressurser på vakt kan benyttes mer effektivt.
Sørge for at avklarte pasienter fortløpende går fra akuttmottak til sengepost	En erfaren lege vil kunne avklare om en pasient skal legges inn raskere, samt bidra til at den flyttes raskere til sengepost
Utrede og foreslå hvordan kunnskap i front skal styrkes for de prehospitaltjenestene . Målet er at økt kompetanse sammen med blant annet pasientnære analyser skal bidra til å understøtte beslutningsgrunnlaget for videre pasientforløp, hvor ambulanse, fastlege/legevakt og sykehus samarbeider. Pasientnære analyser prehospitalt bidrar til at man tidligere i pasientforløpet kan avklare videre behov og pasientflyt i akuttmottaket.	En erfaren lege med arbeidsted i akuttmottaket vil være en nøkkelressurs i samarbeidet med ambulansetjenesten, AMK og primærhelsetjenesten, for å sørge for rett pasient, til rett tid og sted

Andre sykehus som har innført kompetanse i front har oppnådd positive effekter (1/2)

- Gjennom innhenting av kunnskap fra andre foretak i fase I av Fremragende akuttmottak, fremheves økt legekompetanse i front, som det avgjørende tiltaket, hvor erfaren lege har ansvaret for initial vurdering av pasient
- I fase II av Fremragende akuttmottak har prosjektet hatt tett dialog med Lars Erik Laugsand, Assisterende klinikkssjef, klinikk for akutt- og mottaksmedisin, St. Olavs Hospital, ang. deres erfaringer knyttet til kompetanse i front
- Prosjektet har i tillegg diskutert og fått presentert hvilke erfaringer Nordlandssykehuset Bodø har med innføring av kompetanse i front, for å også sikre perspektivene fra mindre sykehus

Kompetanse i front har vært en av forutsetningene for resultatene St. Olav har oppnådd de siste årene i akuttmottaket:

- Andelen pasienter som blir snudd i akuttmottaket har økt fra 11%- 35%* fra 2012 – 2021
- 20-25 senger på sengepostene er frigjort
- Ingen alvorlige pasienthendelser
- Synkende andel innlagte fra akuten
- Nedgang i oppholdstid for poliklinisk behandlede. Eksempel: fra 4t og 40minutter oppholdstid, til 2t og 20minutter for pasienter med spørsmål om DVT

*Kommer til å nå målet på 35% i løpet av året

Andre sykehus som har innført kompetanse i front har oppnådd positive effekter (2/2)

Eirik Hugaas Ofstad , avdelingsoverlege i akuttmottaket, ved Nordlandssykehuset Bodø oppgir følgende som de viktigste effektene av kompetanse i front:

- Økt pasientsikkerhet
- Økt trygghet for andre ansatte på jobb
- En kjekkere arbeidshverdag
- Mindre stressende arbeidshverdag

En LIS1 i Bodø beskrev effektene av akuttlegeordningen på følgende måte*:



Den største endringen jeg la merke til var økt beredskap som gjorde at tidsbruken og arbeidsflyten i mottaket var mye bedre. Dette var spesielt merkbart da mange pasienter kom innen kort tidsrom. Det er spesielt en dato i juni, da det plutselig eksploderte ut på ettermiddagen med prehospitalt rødt triagerte pasienter x mange, hvor det lyktes å få pasientene avklart og videre innen nokså rimelig tid. Dette står i skarp kontrast til to liknende episoder i april/mai, hvor tidsbruken var lenger og jeg opplevde situasjonen som direkte kaotisk med alt for lang tid til både første tilsyn, tiltak og avklaring i mottak tross heroisk innsats av alle.

*Akuttlege i akuttmottak - se vedlegg

Prosjektgruppa har vurdert 3 alternativer for hvordan Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger kan oppnå økt kompetanse i front i akuttmottakene

- 1 Overlege med arbeidsted i akuttmottaket
- 2 Rotasjonsordning med LIS2/3
- 3 Overlege knyttet til de ulike fagområdene, lokalisert i akuttmottaket når de har vakt*

**Vurdert som ikke gjennomførbart ift. andre arbeidsoppgaver*

1 Erfaren lege med arbeidsted i akuttmottaket (1/2)

For å få til kompetanse i front på best mulig måte, og oppnå ønskede gevinster, har arbeidsgruppen kommet frem til at det bør være en overlege med arbeidsted i akuttmottaket, på begge sykehus. Nærmere beskrivelse av ansvarsområder, kompetanse og organisering viser under:



Kompetanse og erfaringsnivå

- Fra studiebesøk i fase I av Fremragende akuttmottak, beskrives det at spesialist i akutt- og mottaksmedisin anses som den spesialiteten som er best egnet til å lede et akuttmottak. Noen av akuttmottakene har overleger i medisinsk spesialitet med daglig arbeidsted i akuttmottaket, og anser overlegekompetansen som det mest avgjørende
- For HNT anbefaler arbeidsgruppa at langsiktig mål bør være en overlege med spesialitet i akutt- og mottaksmedisin, men annen medisinsk kompetanse kan også være relevant. Det viktigste er at det er en dyktig, erfaren lege med interesse for akuttmottak



Antall leger og tid på døgnet

- Basert på størrelse på sykehus anbefaler arbeidsgruppa å starte med 1 overlege på begge sykehus og inkludere dagens rolle som seksjonsansvarlig overlege i akuttmottakene. I første omgang anbefaler arbeidsgruppa at legen har arbeidstid på dagtid i akuttmottaket fra kl. 08.00 -16.00, men ettersom det er flest pasienter per time i akuttmottaket mellom 10.00 og 17.00, anbefales det å ta en ny vurdering av behov, etter at løsningen har vært i drift en stund. For oversikt over pasienttilstrømming, se analyser i vedlegg



Organisering og ledelse

- Dagens rolle som seksjonsansvarlig overlege i akuttmottaket, tas inn i denne nye rollen
- Legen bør høre til et fagmiljø og basert på dagens organisering, vil medisinsk klinikk være mest aktuelt
- Andre alternativer som er vurdert er
 - Kirurgisk klinikk da akuttmottaket er organisert der
 - Gjennomgående med St. Olav
- For å sørge for riktig beslutningsstruktur, anbefales det å opprette et driftsråd knyttet til akuttmottaket



Ansvarsområder

- *Se neste side*

1

Erfaren lege med arbeidsted i akuttmottaket (2/2)



Ansvarsområder

1. Kvalitetssikre primærvurdering og hastegrad (triage), samt problemstilling og aktuelt fagområde

- Inngår i «Team i front» med sykepleiere og annet helsepersonell for å sikre målrettet rask klinisk vurdering
- Innhenter relevant kompetanse/ spesialitet spesielt ved uavklarte problemstillinger

2. Kontinuerlig oversikt og styring av logistikk for hele pasientpopulasjonen i akuttmottaket sammen med koordinator i akuttmottaket

- Kommunikasjonspunkt i akuttmottaket for vakthavende leger og ansvarlig for å beslutte avdelingstilhørighet for pasienten når denne er uavklart
- Korte ned tid til pasientens første kontakt med erfaren lege i akuttmottaket

3. Kirurgiske/medisinske team

- Bistår i teamarbeidet ved behov eller håndterer samtidighetskonflikter.
- Briefe, vurderer og debriefer medisinske mottaksteam.

4. Beslutningsrolle ved beleggutfordringer/ høy aktivitet i akuttmottak

- Vurderer sammen med sykepleierkoordinator hvorvidt pasientsikkerheten er utfordret og om det bør iverksettes ytterligere tiltak i henhold til plan
- Vurderer hvilke pasienter som kan relokaliseres og undersøkes videre utenfor akuttmottaket

5. Gi beslutningsstøtte til LIS1 og LIS2 leger

6. Utøve klinisk supervisjon av LIS2-leger, LIS1-leger, medisinstudenter og hospitanter i akuttmottaket

7. Samhandling med primærhelsetjenesten og prehospitale tjenester

- Hovedkontaktpunkt for primærhelsetjenesten og prehospitale tjenester ved spørsmål om øyeblikkelig hjelp, ved usikkerhet vedrørende indikasjon for innleggelse og dersom pasienten kan vurderes for poliklinisk time ved akuttpoliklinikken de nærmeste dagene

8. Overordnet ansvar for pasienthåndtering ved en eventuell observasjons/avklaringsenhet for å sikre optimalisert pasientforløp og pasientflyt på hverdager

2

Rotasjonsordning med LIS2/3

Som alternativ til overlege med arbeidssted i akuttmottaket, har prosjektgruppa diskutert løsningen under, som innebærer å styrke tilgjengeligheten/kontinuiteten av erfarne leger i akuttmottaket. Dette alternativet vil ikke kunne oppnå alle de skisserte gevinstene, men vil likevel kunne bidra positivt. For kirurgiske og ortopediske LIS 2/3 vil det være utfordrende å få til grunnet utdanningsløpet ift. mengde operasjoner. Det er også et stort spenn i erfaringsnivå på LIS 2/3 i tillegg til at akuttmottaket med denne ordningen, ikke vil få den samme kontinuiteten i rollen. I Namsos har akuttmottaket prøvd å styrke kompetansen med LIS 3 tidligere, men det har vært utfordrende å få til.



Rotasjonsfrekvens

- 3 måneder rotasjon



Arbeidstid

- 08:00-16:00



Kompetanse

- Medisiner fra medisinsk klinikk
- Ortoped og kirurg tilgjengelig (AVM) i 1 ukes rotasjon



Ansvarsområder

- Delta aktivt i triage og ressursstyring i samarbeid med sykepleierkoordinator og iht. eskaleringsplan
- Veilede LIS1 (både kirurgi, ortopedi og medisin)

Akuttlege/overlege i akuttmottaket medfører en økt kostnad men vil gi en netto positiv økonomisk effekt

Økt kompetanse i front vil ha flere gevinster som vil påvirke samlet gevinstpotensial positivt:

- Bidra til økt avklaring av pasienter tidligere i pasientforløpet gjennom veiledning og godt samarbeid med primærhelsetjenesten om helhetlige pasientforløp med fokus på innbyggernes beste
- Økt avklaring av pasienter i akuttmottaket, noe som vil redusere innleggelser på sengepost og gi rom for mer elektiv aktivitet/ redusere innleie og overtidskostnader
- Reduksjon i unødvendig diagnostikk
- Oppstart av nødvendig behandling tidligere som kan redusere antall liggedøgn for pasienter som legges inn
- Bidra til å sikre valg av riktig sengepost ved innleggelse, som kan redusere liggedøgn og ressursbruk på «feil» sengepost

Prosjektet vil ikke estimere gevinstpotensial for hvert tiltakspunkt, men estimere samlet gevinstpotensial for alle tiltak i prosjektet.

Vi har derfor ikke beregnet totalt gevinstpotensial for tiltaket, men har satt opp et forenklet regnestykke, hvor vi isolert har beregnet hvor mange pasienter en «akuttlege» må avklare ekstra per dag, for å dekke inn kostnaden

Variabel	Beregningsgrunnlag	Estimert årlig beløp
Økning i antall avklarte pasienter i akuttmottaket	Vi har tatt utgangspunkt i at 1 pasient avklares ekstra per dag per sykehus (potensialet er større). Vi forutsetter at disse pasientene kun har 1 liggedøgn hver. Analyseavdelingen har bidratt med kostnad per liggedøgn. For å oppnå gevinstene, må sengene bli belagt av flere elektive pasienter, eller gevinsten må tas ut i reduksjon av overtid/innleie. Per i dag har HNT aktivitet over beregnet behov og da vil det være en gevinst i å redusere til beregnet behov. (2 pasienter * 5 (dager per uke med overlege i front)* 52 uker*16.000,- (kostnad per liggedøgn))	Ca 8,3 mill. kroner
Årlig kostnad kompetanse i front, for totalt 1 årsverk per sykehus	Rollen som medisinskfaglig rådgiver i akuttmottaket på hvert sykehus, er foreslått å ta inn i «akuttlege» rollen, noe som kan redusere ekstra kostnad noe. Dette er ikke hensyntatt i regnestykket	Ca 2.2 mill. kroner

Arbeidsgruppa foreslår at Helse Nord- Trøndelag innfører kompetanse i front i akuttmottakene, ved å opprette en stilling for en overlege på hvert sykehus, med arbeidssted i akuttmottaket, som inkluderer dagens rolle som seksjonsansvarlig overlege i akuttmottakene

Tiltakspunkt 2 Levanger: Systematisk arbeide for å beholde sykepleiere med erfaring og kompetanse i akuttmottaket, og legge til rette for fagarbeid med det mål å opprettholde og styrke kvaliteten på tjenesten

Arbeidsgrupeleder, Levanger: Christina F. Sundby



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring

- Akuttmottaket er ei spesialavdeling med høye krav til kompetanse hos sykepleierne som står i front
- Akuttmottaket har generelt et høyt antall søkere til ledige stillinger som lyses ut, og rekrutterer godt til videreutdanning
- Akuttmottaket opplever utfordringer knyttet til at personalet ikke fortsetter i akuttmottaket etter endt videreutdanning. Det er derfor ønskelig å jobbe for å beholde og styrke kompetanse til eget personell og sikre at akuttmottaket er en attraktiv arbeidsplass, også etter endt videreutdanning

Det er utført en manuell telling over personell som har sluttet, som var fast ansatt over en lengre periode i akuttmottaket, og/eller personell som har tatt videreutdanning, de siste 20 årene. Av 50 stykker, så har:

- 30 tatt videreutdanning
 - 8 av disse har blitt i akuttmottaket, hvorav 3 stykker har tatt videreutdanning innen akuttsykepleie. Ingen fikk tilbud om 100% stilling etter endt utdanning
 - 2 er ikke ferdige med utdanningen
 - 16 er på andre avdelinger i HNT
 - 4 sluttet i HNT, hvorav 2 med videreutdanning innen akuttsykepleie
- 20 stykker sluttet, av ulike grunner som turnus, pendling, å få bruke sin spesialutdanning, samt ønske om andre utfordringer

Hovedutfordring

Akuttmottaket rekrutterer godt til videreutdanning, men personalet fortsetter ikke i akuttmottaket etter endt videreutdanning

Årsaker

- 1 • Dårlige utdanningsmuligheter for sykepleiere som ønsker videreutdanning innen akuttsykepleie, og flere tar derfor videreutdanning innen andre områder som intensiv
- 2 • Ikke regelmessige kull/statsstøtte til videreutdanning i akuttsykepleie
- 3 • Sykepleierne som har tatt videreutdanning i akuttsykepleie har ikke fått tilbud om full stilling etter endt utdanning
- 3 • Flere av sykepleierne som videreutdanner seg, slutter i akuttmottaket etter endt utdanning av ulike årsaker som blant annet fag og turnus

Årsak	Fremtidig ønsket situasjon	Tiltak og implementeringsplan
<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> Dårlige utdanningsmuligheter for sykepleiere som ønsker videreutdanning innen akuttpsykepleie, og flere tar derfor videreutdanning innen andre områder som eksempelvis intensiv Ikke regelmessige kull/statsstøtte til videreutdanning i akuttpsykepleie 	<ul style="list-style-type: none"> Flere sykepleiere i akuttmottaket med spesialisering i akuttpsykepleie. Ønske om å få på plass en statlig bevilget videreutdanning i akuttpsykepleie 	<ul style="list-style-type: none"> I høst startet 3 sykepleiere fra akuttmottaket i Levanger på videreutdanning innen akuttpsykepleie ved OsloMet. Akuttmottaket skal fortsette å jobbe for å få med sykepleiere fra akuttmottaket til den videreutdanningen i akuttpsykepleie som til en hver tid måtte finnes.
<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> Sykepleierne som har tatt videreutdanning i akuttpsykepleie har ikke fått tilbud om full stilling etter endt utdanning 	<ul style="list-style-type: none"> Tilbud om full stilling til alle som tar videreutdanning innen akuttpsykepleie. 	<ul style="list-style-type: none"> Tilby full stilling til alle som tar videreutdanning innen akuttpsykepleie. Dette vil kreve økte ressurser i akuttmottaket
<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> Flere av sykepleierne som videreutdanner seg, slutter i akuttmottaket etter endt utdanning av ulike årsaker som blant annet fag og turnus 	<ul style="list-style-type: none"> Sykepleiere som tar videreutdanning ønsker å bli i akuttmottaket Akuttmottaket blir mer attraktivt å fortsette å jobbe i, slik at personell ikke søker seg bort 	<ul style="list-style-type: none"> Arbeidsgruppa har fått flere gode innspill til hvordan tilrettelegge for fagutvikling for å beholde fagkompetanse i avdelingen, og har testet ut mange av tiltakene gjennom høsten. Akuttmottaket vil fortsette med dette arbeidet fremover, og er i gang med å utarbeide en plan for å gjøre akuttmottaket mer attraktivt for sykepleiere som tar videreutdanning. Se neste side for innspill og hvilke tiltak det er jobbet med i høst

Innspill til hvordan tilrettelegge for fagutvikling for å beholde fagkompetanse i akuttmottaket

- Morgenundervisning, ansvar fordeles mellom ansatte
- Casegjennomgang
- Temauker
- Videosnutter
- Fagdager
- Praktiske øvelser
- Utsjekk av teoretiske og praktiske ferdigheter
- Rullering mot / hospitering i andre avdelinger
- Fokus på fag og deling av kunnskap
- Fordele ansvarsområder for ulike prosedyrer blant de ansatte for økt motivasjon til læring og videreformidling av kunnskap
- Sette av nok tid i turnus til å jobbe med fag og deling av kunnskap

Ønsket resultat

- Sykepleiere som tar videreutdanning ønsker å bli i akuttmottaket
- Akuttmottaket blir mer attraktivt å fortsette å jobbe i, slik at personell ikke søker seg bort
- Økt kunnskapsnivå og deling av kunnskap
- Økt trivsel ved å få utvidet ansvar

Tiltakspunkt 2 Namsos: Systematisk arbeide for å beholde sykepleiere med erfaring og kompetanse i akuttmottaket, og legge til rette for fagarbeid med det mål å opprettholde og styrke kvaliteten på tjenesten.



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring:

Akuttmottaket har historisk sett blitt brukt som et springbrett til andre videreutdanninger som Anestesi og Intensiv. Av den grunn blir det mye utskifting av personell. Det er et ønske om å beholde kompetansen i avdelingen, både i form av erfarne sykepleiere og personell som ønsker videreutdanning. Akuttmottaket mister også mye kompetanse til AMK, gjennom en samarbeidsavtale hvor akuttmottaket har ansvar for å bemanne 2 av operatørplassene 24/7. Det er ofte de mest erfarne sykepleierne fra akuttmottaket som innehar de funksjonene og som må dekke opp for eventuelt fravær

Hovedutfordring

Akuttmottaket har historisk sett blitt brukt som et springbrett til andre videreutdanninger som Anestesi og Intensiv. Av den grunn blir det mye utskifting av personell. Akuttmottaket mister også mye kompetanse til AMK, gjennom en samarbeidsavtale hvor akuttmottaket har ansvar for å bemanne 2 av operatørplassene 24/7

Årsaker

1

Dårlig utdanningsmuligheter for sykepleiere som ønsker videreutdanning innen akuttsykepleie

2

Akuttmottaket er et naturlig springbrett til videreutdanning, spesielt innen intensiv og anestesi, noe som fører til at flere slutter etter endt utdanning

3

Mange av de erfarne sykepleierne «forsvinner» til AMK, noe som påvirker kompetansen som akuttmottaket sitter igjen med

Årsak	Fremtidig ønsket situasjon	Tiltak og implementeringsplan
<p>1 Dårlig utdanningsmuligheter for sykepleiere som ønsker videreutdanning innen akutttsykepleie</p>	<p>Flere av sykepleierne i akuttmottaket har spesialisering i akutttsykepleie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sende flere sykepleiere til videreutdanning innen akutttsykepleie <ul style="list-style-type: none"> • Det er ønskelig at akutttsykepleie utdanningen skal starte opp igjen i Trondheim. Per i dag er det to stykker fra akuttmottaket Namsos som går utdanningen gjennom OsloMet. Dette kan vise seg og være en god erstatning for utdanningen i Trondheim om denne ikke starter opp igjen.
<p>2 Akuttmottaket er et naturlig springbrett til videreutdanning, spesielt innen intensiv og anestesi, noe som fører til at flere slutter etter endt utdanning</p> <p>Det brukes mye tid og ressurser på å lære opp nytt personell, som akuttmottaket potensielt kan miste til andre spesialiseringer etter en gitt tid, noe om fører til at akuttmottaket må bruke mer tid og ressurser på å lære opp nytt personell igjen.</p>	<p>Rullering mellom to avdelinger for de som ønsker det, for å heve kompetansen på de ulike avdelingene, og for å beholde personer i akuttmottaket, som ellers hadde vurdert å søke seg til andre avdelinger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeide med andre avdelinger for å prøve en rulleringsordning for de som ønsker å jobbe i akuttmottaket, men per i dag kun jobber på intensiv, ova og kanskje anestesi. Eller for de som jobber i akuttmottaket, som ønsker å øke kompetansen sin ved å jobbe på andre avdelinger i perioder. <ul style="list-style-type: none"> • En slik rullering vil først bli mulig etter at avtalen med AMK har blitt vurdert/revidert.
<p>3 Mange av de erfarne sykepleierne «forsvinner» til AMK, noe som påvirker kompetansen som akuttmottaket sitter igjen med</p>	<p>Beholde erfarne sykepleiere i akuttmottaket ved at AMK bemanner de 2 operatørplassene selv</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avtalen mellom akuttmottaket og AMK er under revidering. I den forbindelse er det etablert en arbeidsgruppe som skal gjennomføre SWOT eller ROS analyse og se på hvordan dette kan løses

Spørreundersøkelse for rulleringsordning

Spørreundersøkelse ift rullering mellom avdelinger er utført. Av de 97 sykepleierne som har mottatt undersøkelsen, har 43 personer svart. 19 har startet på undersøkelsen, men ikke fullført. 35 har ikke svart.

Personell i/på akuttmottak, intensiv og medisinsk overvåkning ble spurt om:

1. Kan du tenke deg å rullere mellom å jobbe i to ulike avdelinger for en periode? F.eks. Ova/Akuttmottak, Ova/Intensiv, Intensiv/Akuttmottak.
Resultat: 44,2 prosent ønsker en rullering mellom avdelingene, 32,6 sier kanskje hvis forholdene ligger til rette og 23,3 prosent ønsker ikke dette.
2. Punkt 2 blir de bedt om å begrunne sitt svar. Utdrag fra disse svarene:
 - Økt forståelse for hvordan vi jobber på de ulike avdelingene
 - Økt og bredere kompetanse blant sykepleierne
 - God anledning til faglig utvikling
 - Godt med forandring i arbeidshverdagen
3. Hvordan tror du interessen er for en slik ordning på din avdeling? **Resultat:** 7% svarer stor, 53,5% moderat, 16,3% liten og 27,9% vet ikke
4. Tror du din avdeling kan dra nytte av en slik ordning, og at en slik ordning er hensiktsmessig? **Resultat:** 83,7 svarer ja, 2,3% svarer nei og 14% svarer vet ikke
5. På spm om hvor lange rulleringsperioder de ser for seg ved en slik ordning, svarer: 34,9% rullering hver 3. mnd, 37,2% hver 6. mnd og 37,2% annen type rullering.

Ønsket resultat

- En mer stabil arbeidsstokk og økt kompetanse i akuttmottaket
- At en god andel sykepleiere i akuttmottaket er akuttsykepleiere
- Lettere planlegging av drift i akuttmottaket

Tiltakspunkt 3 Levanger: Vurdere om bemanningsplaner er i henhold til aktivitet

Arbeidsgruppeleder, Levanger: Christina Fjesme Sundby



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring

I akuttmottaket i Levanger er det prøvd å bemanne ut i fra pasientmengde, men det har vært ønskelig å se nærmere på om tiltakene er iverksatt til riktig tid på døgnet. Per i dag leies det inn personell ved akutte behov.

Akuttmottaket opplever utfordringer knyttet til crowding/opphopning av pasienter, periodevis lang liggetid i akuttmottaket, korridorpasienter, og lang tid fra pasient kommer, til avklaring fra lege.

Tiltak og implementering

- Det er gjennomført analyser fra akuttdatabasen, for å se hvordan bemanning varierer med pasienttilstrømming, og totalt antall pasienter samtidig i akuttmottaket (se neste side og [her](#))
- For sykepleierne er det gjort noen endringer i bemanning (se neste side)
- Det er ønskelig å få på plass et system hvor det er enkelt å ta ut oppdatert statistikk for å se om bemanning treffer pasientmengde. Dersom Helseplattformen ikke dekker dette behovet, kan det vurderes å bruke analysene utført i prosjektet, ved å bygge om slik at de oppdateres automatisk. Smart crowding; et system som skal testes ut for aktivitetsstyring, vil også kunne bidra med tilgang på «live» tall knyttet til pasientmengde
- Basert på tilgang til analyser, vil akuttmottaket fortløpende vurdere om bemanning er ihht. pasientmengde, gjennom døgn/ukedager. I fremtiden må det tas høyde for at behovet vil endre seg. Da mtp. kompetanse i front, bedre tilrettelagte lokaler, og bedre planlegging med fastleger/legevakt, slik at mye av tilstrømmingen av pasienter kan fordeles bedre utover døgnet.

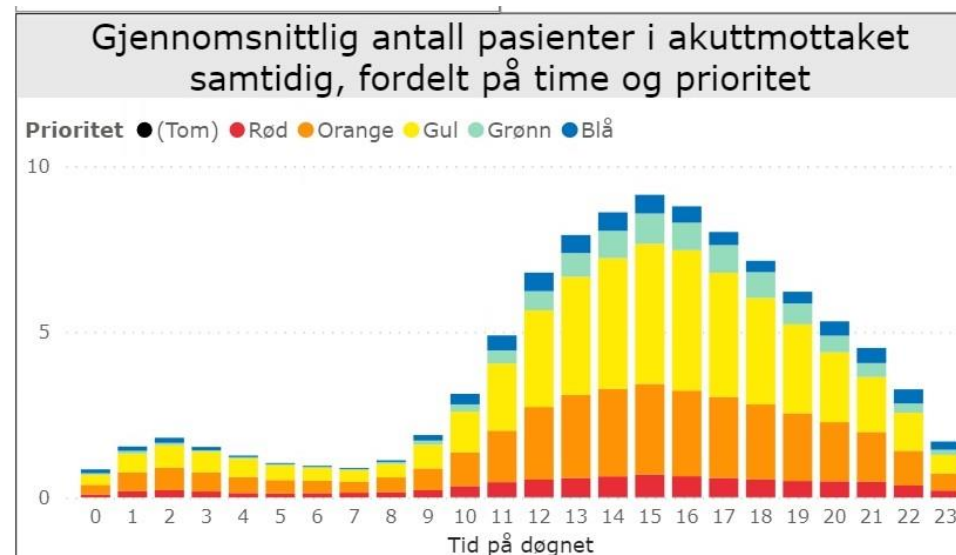
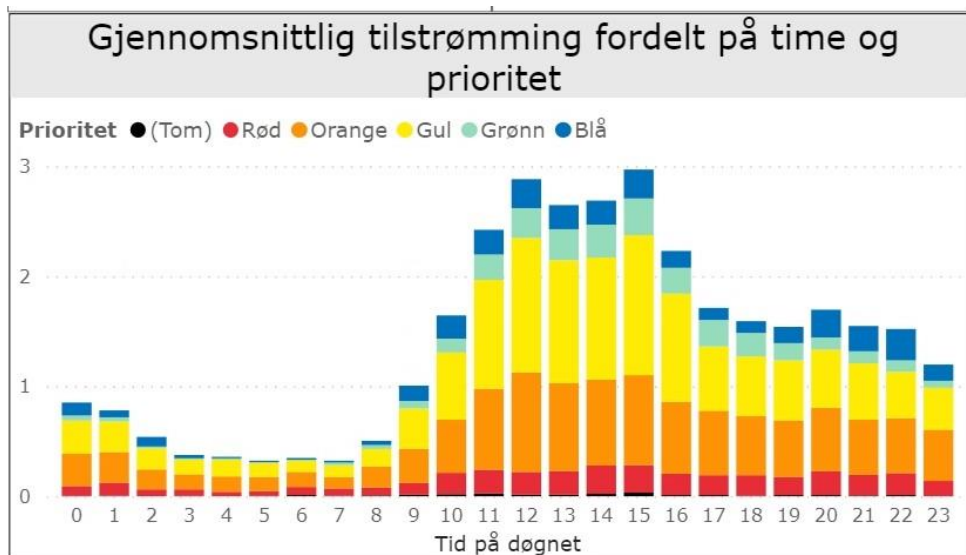
Ønsket resultat

Bemanning tilpasset aktivitet gjennom døgn/ukedager for å sørge for:

- Rett bemanning med rett kompetanse til riktig tid. (For å forebygge crowding i den tiden det kommer flest pasienter)
- Økt pasientsikkerhet
- Mindre slitasje på personell
- Færre korridorpasienter

Analyser av akuttdatabasen er gjennomført, for å se hvordan bemanning varierer med pasienttilstrømming, og totalt antall pasienter samtidig i akuttmottaket

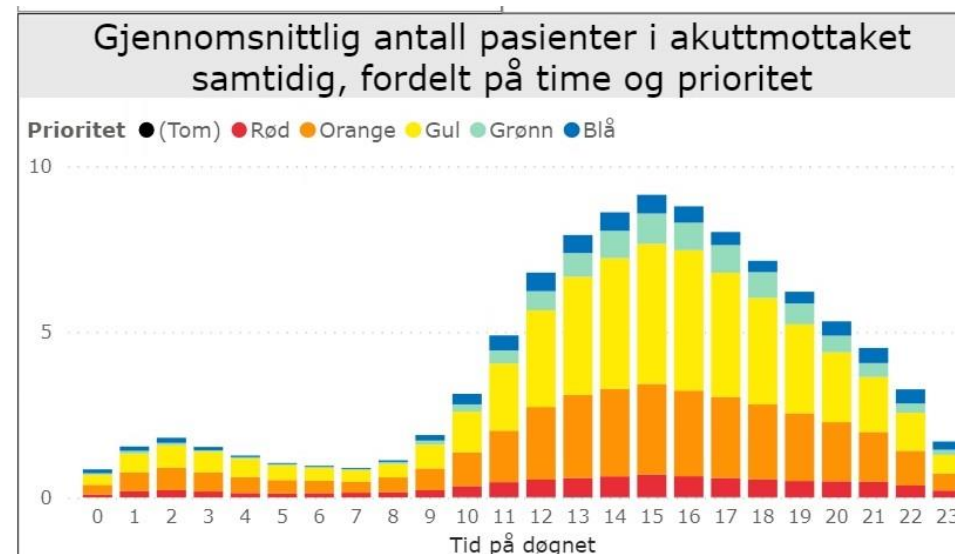
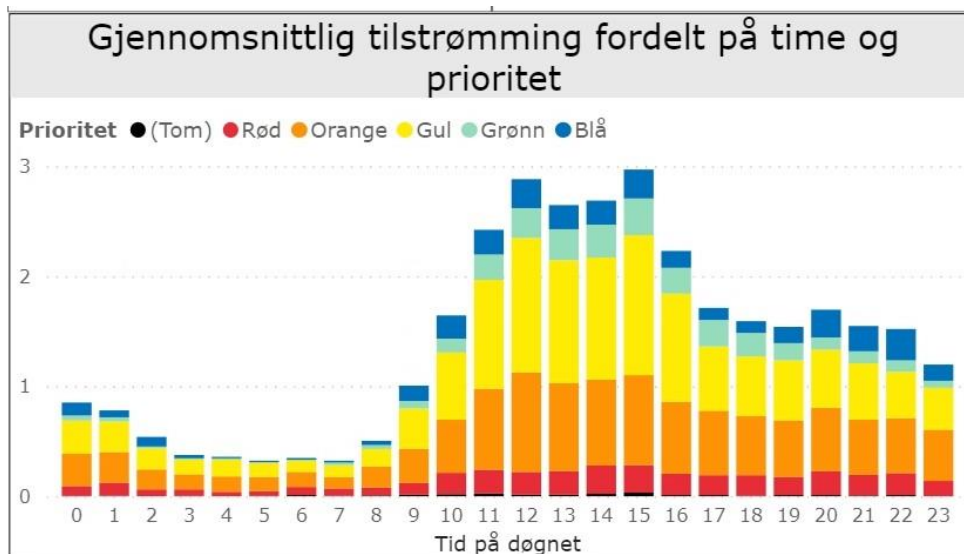
Utdrag fra analysene fra akuttdatabasen, filtrert på 2021:



- **Sykepleiere:** Analysene viser at pasienttilstrømmingen er størst mellom 11-17. For sykepleierne er det gjort følgende endringer i bemanning:
 - Mellomvakt alle dager (12-1930 ukedag, 11-19 helg) (Vi har jo hatt denne en stund, men jeg mener det er viktig å belyse at vi jobber mye ukurant for å være til stede når pasientene faktisk kommer!)
 - Det er satt inn en ekstra seinvakt på mandager og tirsdager grunnet høyere pasientmengde de dagene
 - Det er startet opp en ny vakt man-fre. 09.30-17.00 som gir en ekstra sykepleier i den perioden pasienttilstrømmingen er høyest
 - Basert på smittesituasjonen er det gjort noen midlertidige endringer, som skal evalueres til sommeren. En av endringene er en ny vaktkode fra kl. 16-24 mandag til torsdag. Den andre endringen er at det er satt inn bakvakt på natt i helg
- Det jobbes med å videreutdanne flere sykepleiere i akuttmottaket til akuttsykepleiere, noe som også kan bidra til å bedre behandlingstilbudet til pasientene.

Analyser av akuttdatabasen er gjennomført, for å se hvordan bemanning varierer med pasienttilstrømming, og totalt antall pasienter samtidig i akuttmottaket

Utdrag fra analysene fra akuttdatabasen, filtrert på 2021:



- Leger:** Akuttmottaket har i hovedsak LIS 1 som førstebeveger på legesiden, noe som nok kan være en medvirkende årsak til crowding da de må konferere med LIS 2/3 for å avklare utrednings- og behandlingsplan for pasientene. LIS 2 har igjen mange andre arbeidsoppgaver, noe som begrenser hvor tilgjengelig de er for LIS 1. Per i dag er det 1 LIS 1 **tilgjengelig** på både kirurgi og medisin hele døgnet, med 1 LIS 1 i mellomvakt på perioder av dagen. Samme gjelder for LIS 2 på medisin, mens det på både kirurgen og ortopedien skal være 1 LIS 2/3 tilgjengelig hele døgnet (ortopedien har i tillegg de siste årene hatt en definert LIS 2/3 som skal være tilgjengelig for akuttmottak på vaktlista si, men pga mye fravær for øvrig har denne ofte måtte gå inn annet arbeid). Grunnet tiltaket med økt kompetanse i front, og andre tiltak som kan påvirke bemanningsbehovet, som eksempelvis arbeidet med helhetlige pasientforløp, sammen med kommunene, vil det ikke bli gjort noen andre tiltak på legesiden per nå. Bemanningsbehovet vil følges opp løpende.

Tiltakspunkt 3 Namsos: Vurdere om bemanningsplaner er i henhold til aktivitet

Arbeidsgruppeleder, Namsos: Birger Skotnes



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring

I akuttmottaket i Namsos er det prøvd å bemanne ut ifra pasientmengde, men det har vært ønskelig å se nærmere på om tiltakene er iverksatt til riktig tid på døgnet. Per i dag leies det inn personell ved akutte behov. Akuttmottaket opplever utfordringer knyttet til crowding/opphopning av pasienter, lang liggetid i akuttmottaket, korridorpasienter, og lang tid fra pasient kommer, til avklaring fra lege.

Implementering og oppfølging

- Det er gjennomført analyser fra akuttdatabasen, for å se hvordan bemanning varierer med både pasienttilstrømming, og totalt antall pasienter samtidig i akuttmottaket (se neste side og [her](#))
- Det er skrevet en forsvarlighetsvurdering angående bemanning
- Det er startet opp med en ny vaktkode for sykepleiere fra kl. 18-02 mandag til torsdag, i et forsøk på å få bedre dekning med personell på kveld/natt. Behovet er basert på at det er en del overliggere fra kveldsvakt til nattevakt og det kan derfor bli svært travelt for nattevaktene
- Akuttmottaket har fått på plass et system hvor man kan varsle sine kolleger om behov for hjelp i avdelingen. (Bliksund)
- Det er ønskelig å få på plass et system hvor det er enkelt å ta ut oppdatert statistikk for å se om bemanning treffer pasientmengde. Dersom Helseplattformen ikke dekker dette behovet, kan det vurderes å bruke analysene utført i prosjektet, ved å bygge om slik at de oppdateres automatisk
- Basert på tilgang til analyser, vil akuttmottaket fortløpende vurdere om bemanning er ihht. pasientmengde, gjennom døgn/ukedager. I fremtiden må det tas høyde for at behovet vil endre seg. Da mtp kompetanse i front, bedre tilrettelagte lokaler, og bedre planlegging med fastleger/legevakt, slik at mye av tilstrømmingen av pasienter kan fordeles bedre utover døgnet.

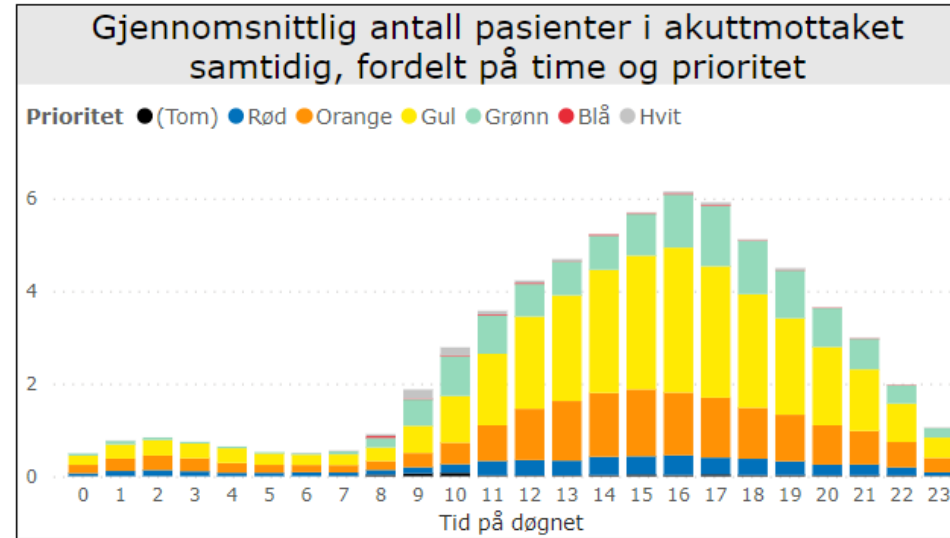
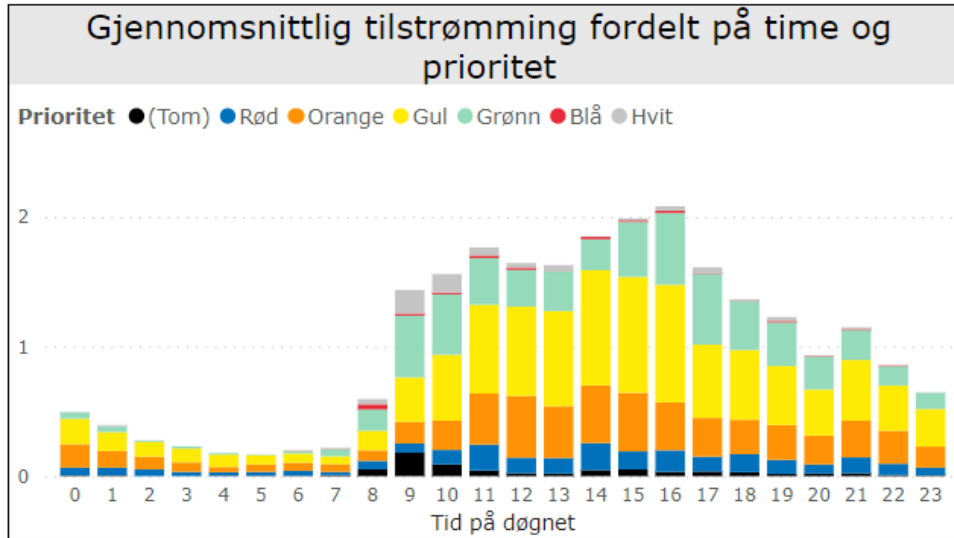
Ønsket resultat

Bemanning tilpasset aktivitet gjennom døgn/ukedager for å sørge for:

- Rett bemanning med rett kompetanse til riktig tid. (For å forebygge crowding i den tiden det kommer flest pasienter)
- Økt pasientsikkerhet
- Mindre slitasje på personell
- Færre korridorpasienter

Analyser av akuttdatabasen er gjennomført, for å se hvordan bemanning varierer med pasienttilstrømming, og totalt antall pasienter samtidig i akuttmottaket

Utdrag fra analysene fra akuttdatabasen, filtrert på 2021:



Sykepleiere: Analysene viser at pasienttilstrømmingen er størst mellom 09-21. Som en prøveordning er det startet opp med en ny vaktkode for sykepleiere fra kl 18-02 mandag til torsdag, i et forsøk på å få bedre dekning med personell på kveld/natt. Behovet er basert på at det er en del overliggere fra kveldsvakt til nattevakt og det kan derfor bli svært travelt for nattevaktene

Leger: Da akuttmottaket kun har LIS 1 tilstede til enhver tid, blir dette en stor grunn til crowding, da de som regel må konferere med LIS 3 for å avklare pasientene. LIS 2 er ofte opptatt med andre arbeidsoppgaver. Per i dag er det 2 LIS 1 på kirurgisk frem til kl 17, og 2 LIS 1 på medisin fram til kl 19. Etter kl 17 og 19 opplever akuttmottaket økende crowding av pasienter. Grunnet tiltaket med økt kompetanse i front, og andre tiltak som kan påvirke bemanningsbehovet, som eksempelvis arbeidet med helhetlige pasientforløp, sammen med kommunene, vil det ikke bli gjort noen andre tiltak på legesiden per nå. Bemanningsbehovet vil følges opp løpende.

Tiltakspunkt 5 Levanger: Sikre at sykepleiekoordinator ivaretar primæroppgave 24/7

Arbeidsgrupeleder, Levanger: Christina F. Sundby



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring

Sykepleiekoordinator er essensiell for at pasienter som ankommer akuttmottaket får riktig hjelp til prioritert tid, gjennom å ha oversikt over pasienttilstrømming, tilgjengelige rom og tilgjengelige ressurser. Sykepleiekoordinator er ansvarlig for varsling og fordeling av ressurser, og er bindeleddet mellom ambulansetjenesten, mottakssykepleier, legeressurs, farmasøyt, laboratoriemedisin, røntgen og sengeposter/spesialavdelinger, inhospitalt.

Pr i dag har koordinator en del oppgaver som sender dem rundt i akuttmottaket, og periodevis også til andre avdelinger, noe som påvirker muligheten for å ha oversikt og kontroll, samt tilgjengelighet for alle parter som har behov for kontakt. Det er et særlig behov for koordinator når det blir travelt og stort påtrykk. Da trekkes gjerne koordinator bort fra sin arbeidsstasjon for å bistå med mer pasientrettede oppgaver. På natt og dagvakt helg har i tillegg koordinator delt funksjon med kommunikasjonsentralen.

Arbeidsbeskrivelse til sykepleiekoordinator i akuttmottaket har ikke vært revidert på flere år.

Tiltak og implementeringsplan

- Det er innhentet funksjonsbeskrivelse fra andre akuttmottak i HMN, i tillegg til at funksjonsbeskrivelser som prosjektet innhentet i fase I, er brukt som inspirasjon
- Det er innhentet Innspill fra samarbeidende parter, til hvordan koordinator bør jobbe, for at de skal få best mulig nytte av koordinator (se neste side)
- Arbeidsgruppa har revidert prosedyre knyttet til koordinators rolle i akuttmottaket, basert på blant annet innspill fra samarbeidende avdelinger. Se [Revidert prosedyre Koordinator akuttmottak](#) her (ID 89757)
- Dokumenter som beskriver rutiner for varsling, samhandling og dokumentasjon legges som dokumenter relatert til prosedyren.
- Ny prosedyre ble sendt ut på høring, og innspill som ble mottatt er med i oppdatert prosedyre
- Akuttmottaket har trent på ny prosedyre
- Varslingsprosedyren til samarbeidspartnere skal lamineres slik at den er lett tilgjengelig for koordinator
- NB! Selv om koordinatorprosedyren nå er oppdatert, vil det mest sannsynlig være behov for å oppdatere den igjen, basert på flere andre endringer som kommer fremover, enten gjennom prosjektet, eller helseplattformen. Når endringene som kommer gjennom prosjektet og Helseplattformen er endelige, vil akuttmottaket se på koordinatorprosedyren igjen. Dette blant annet for å se på tilgang til personell, som kan avlaste koordinator med enkelte service oppgaver, som sekretær og renhold.

Innspill fra samarbeidende parter, til hvordan koordinator bør jobbe, for at de skal få best mulig nytte av koordinator

- **ABD** ønsker mer **presis varsling** når pasientene skal videre til undersøkelser der – helst 10 minutt i forkant der dette er mulig
- **Lab** ønsker at **koordinator** som har ett overblikk over ventende pasienter er den som varsler, slik at prøvetaking samles der dette er mulig
- **Farmasøyt** ønsker at koordinator husker å ta dem med i planleggingen; at de får navnelapper på pasienter som er ankommet, **varsles** når det passer å gå inn til pasient, samt at det sjekkes at medikamentavstemming er klar før pasient sendes ut av akuttmottaket der dette er mulig
- **Pre-hospital: Koordinator er på de tider funksjonen er delt noe vanskelig å få tak i.** Det kan være lang ventetid for å få svar på innmelding, eller koordinator er opptatt på sentralen når de kommer med pasient inn i akuttmottaket. Spørsmålssetter grunnbemanning i disse tidene.

Ønsket resultat

- Sykepleiekoordinator kan ivareta sine primæroppgaver 24/7
- Rollen til sykepleiekoordinator reflekteres i forventningene til samarbeidspartnere
- Rett hjelp til rett tid ved å sikre at pasientene ivaretas etter gitte retningslinjer til fastsatte tider, herunder å disponere tilgjengelig personell, varsle nødvendige ressurser for å sikre pasientutredning/behandling

Tiltakspunkt 5 Namsos: Sikre at sykepleiekoordinator ivaretar primæroppgave 24/7

Arbeidsgruppeleder, Namsos: Birger Skotnes



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring

Erfaringer fra andre sykehus viser at en rendyrket koordinator gir bedre flyt i akuttmottaket. Koordinatoren skal ha full oversikt og kontroll på avdelingen for å sikre rett ressurs til rett tid. Per i dag har sykepleiekoordinator mange ekstraoppgaver som gjør at h*n dras mye bort fra koordinator jobben, og kan miste helhetsbildet i avdelingen, noe som kan føre til mindre flyt og mer crowding i akuttmottaket.

Årsaker

- Lav bemanning til tider og stort trykk i avdelingen, slik at koordinator må bistå med å ta imot og triagere pasienter, noe som kan føre til at koordinator dras bort fra koordinatorjobben og mister helhetsbildet
- Mangel på nok erfarne sykepleiere som kan inneha koordinatorrollen, da akuttmottaket mister mye av kompetansen gjennom å «serve» 2 plasser hos AMK, hvor det er behov for personell med mye erfaring
- Koordinator har i dag flere ekstraoppgaver som kan føre til at koordinator dras bort fra koordinatorjobben og mister helhetsbildet. (se neste side for oversikt)

Tiltak og implementeringsplan

- Ses på gjennom tiltakspunkt 3 hvor det skal vurderes om bemanningsplaner er i henhold til aktivitet
- Per dags dato er det ikke mulig å ha sykepleierkoordinator 24/7, før prosessen med å revidere avtalen mellom Akuttmottak/AMK er ferdigstilt (dette er under arbeid)
- Arbeidsgruppa har gått gjennom de ulike oppgavene koordinator har i dag, for å vurdere hvilke som kan flyttes for å sikre at koordinator har mulighet til å ivareta primæroppgaver 24/7
- Det er kartlagt hvor mye tid koordinatorene bruker i gjennomsnitt på de ulike ekstraoppgavene
- Noen av ekstraoppgavene er flyttet
- Fremover kan man se på muligheten for mer samarbeid med portørene som kan gjøre mange av hente/bringe jobbene som akuttmottaket gjør i dag. Evt. til og med rydding av rom og lignende. Portørene stiller seg positive til å få flere jobber i akuttmottaket
- Koordinatorprosedyren er revidert

Eksempler på ekstraoppgaver koordinator gjør i dag

- Sjekking av avdeling (rom, utstyr) hver morgen, og klargjøring av rom etter pasienter har forlatt rommet
- Henter medisiner til polikliniske pasienter og kontakter farmasøyt når det blir tomt for noe i akuttskapet
- Ringer inn personell til gastroskopi på kveld/helg
- Skaderegistrere pasienter som er på ortopedisk poliklinikk i mottak
- Covid-tester ansatte etter avtale med seksjonsleder
- Ansvar for smerteskrin
- Frakter Covid-tester til laboratoriet
- Registrere i morsbok/bestille kapell
- Bistår andre avdelinger med veneflon og bestiller blodprøver
- Portørjobber (følge pasient, henting av ulike ting)
- Skrive inn pasienter eller skrive ut lapper for avdelingene
- EKG taking for psyk eller Fedme pol.
- Covid-testing når Lab ikke har anledning eller frakte covid-tester
- Henting av utstyr på kirurgisk poliklinikk
- Fungerer som kommunikasjonsentral for Sykehuset Namsos på natt

Ønsket resultat

- Nok erfarne sykepleiere på hvert vaktskift slik at man kan ha en rendyrket koordinator som har full oversikt og kontroll på avdelingen.
- En rendyrket koordinator vil gi mulighet for en mer helhetlig oversikt over pasientene ved at koordinator tar alle innmeldinger fra ambulansene selv, og samtidig kan varsle lege evt. mottakende avdeling om situasjonen.
- Rendyrket koordinator for å sikre bedre pasientflyt og pasientsikkerhet.
- Riktig arbeidsoppgaver for Koordinator, og ikke mye unødvendig ekstraarbeid.

Tiltakspunkt 7 Namsos: Utarbeide plan for håndtering av aktivitetsendring (eskaleringsplan)

Arbeidsgruppeleder, Namsos: Birger Skotnes

1. Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring:

- Akuttmottaket opplever utfordringer knyttet til flaskehals og opphopning/crowding av pasienter i perioder
- Det mangler tydelige føringer for hva som skal gjøres ved aktivitetsendring der det forventes et stort antall pasienter inn til sykehuset samtidig.
- Dagens prosedyre for aktivitetsstyring i akuttmottaket har ikke vært oppdatert siden 2010
- Pasienter som har avtale om direktekontakt med sykehuset, blir ofte liggende lenge i akuttmottaket. Dette fører til unødvendige påkjennelser for pasientene.

2. Tiltak og implementering:

- Prosedyre på aktivitetsstyring er ferdigskrevet og sendt til høring. Det som kom frem under høringsrunden har blitt endret i prosedyren, og alle avdelingsledere og fagsjef har kommet med innspill. Prosedyren er godkjent og ligger [her](#)
- Eskaleringsplan for akuttmottaket, er inkludert i prosedyren. Eskaleringsplanen beskriver hva som skal gjøres ved katastrofer og ekstra stor pågang av pasienter til akuttmottaket
- Det er også gjort endringer for pasienter med avtale om direkte kontakt med sykehuset, slik at de skal slippe å bruke unødvendig lang tid i akuttmottaket

3. Gevinstpotensiale/resultater

- Klare føringer på logistikk i akuttmottaket kan bidra til at pasienter ikke blir liggende unødig lenge i akuttmottaket.
- En prosedyre på aktivitetsstyring kan føre til:
 - Økt trygghet hos personalet i akuttmottaket
 - Økt pasientsikkerhet
 - Bedre samarbeid med avdelingene på sykehuset
 - Bedre effektivitet gjennom mindre crowding og bedre pasientlogistikk
 - Bedre effektivitet også ved massetilstrømning av pasienter som i verste fall kan overbelaste akuttmottaket (eskaleringsplan).

FREMTRAGENDE AKUTTMOTTAK- FASE II

Tiltakspunkt 8, 9 og 22

Beskrivelse av areal- og utstyrbehov
Kortversjon på tvers av sykehuset Levanger og sykehuset Namsos

Framskriving tilsier en økning i akuttinnleggelser i Norge på 43% fra 2017 til 2035*

- Befolkningens alderssammensetning vil i løpet av de neste ti-årene endres kraftig, med stor vekst i folketallet og antall eldre. Dette innebærer betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester.
- En framskriving av behovet for helsepersonell, som følge av befolkningsendringene, viser at helseforetakene i Midt-Norge vil ha behov for 25% flere årsverk fram til 2030. Kommunene vil ha tilsvarende eller større behov.

* [Konseptprogram akuttinntak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 53)

** [Bakgrunnsnotat Strategi 2030, Helse Midt-Norge](#) (side 5-7)



I konseptprogrammet for planlegging av akuttmottak, fra sykehusbygg, pekes det på følgende utviklingstrekk mot 2030

- Mer avansert diagnostikk og behandling prehospitalt (utstyr, kompetanse og kommunikasjon).
- Spissing av aktivitetene i akuttmottak til sortering/avklaring/oppstart av behandling slik at en økende pasientstrøm kan ivaretas uten unødig ventetid.
- Mer diagnostikk (inkludert bildediagnostikk), avklaring og behandling i akuttmottak/observasjonspost (24 timer), gjør at pasientene unngår unødvendige flerdøgns innleggelse.
- Leger med spesialisering i akutt og mottaksmedisin med bred klinisk erfaring i front ved de fleste akuttmottak.
- Styrket samhandling med kommunale ambulante team og ambulante team fra sykehuset for å redusere behovet for akutt sykehusbehandling.




















Arealbehov

Dagens akuttmottak er lite egnet til framtidens akuttmottak

Levanger:

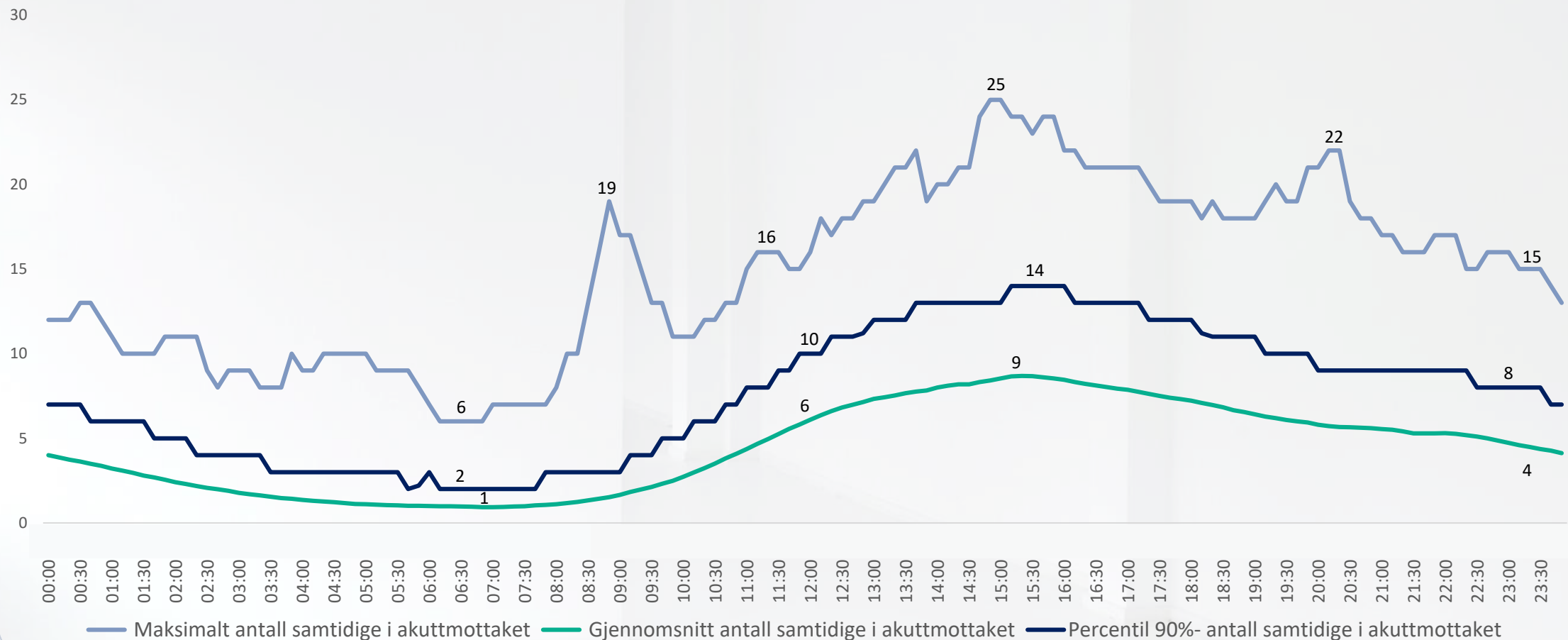
-  **Mangel på areal til triage** skaper mye forflytninger av pasienter inn og ut av mottaksrom på grunn av prioritering av sykere pasienter.
-  Per i dag er det ikke nok plass i akuttmottakene til å **avklare pasienter**, noe som kan resultere i at flere pasienter blir lagt inn på sykehuset for videre avklaring.
-  Grunnet **mangel på smitterom** i dag, brukes 2 av undersøkelsesrommene som smitterom. Disse rommene ligger langt fra inngangene, og pasientene må derfor gå gjennom store deler av akuttmottaket for å komme hit.
-  Ansattes pauserom gir **ikke mulighet for skjerming og ro**.
-  **Kontorene** som er tilgjengelige i dag er trange. Legekontoret har ikke tilgang på dagslys. Et arbeidsrom med 3 arbeidsplasser, brukes som kombinert kontor/pårørenderom i dag, grunnet mangel på pårørenderom.
-  Pasienter og pårørende har **ikke venterom** i dag, og sitter derfor å venter i korridoren. I korridoren er det trangt, mye trafikk med pasienter og ansatte, og pasientene er ikke synlige for koordinator.
-  Det er behov for **egen inngang for gående** øyeblikkelig hjelp, da flere av disse kommer via samme inngang som ambulanse og hardt skadde i dag.
-  Det er behov for **areal til ultralyd** som en utvidelse av ABD og avklaring av pasienter.

Namsos:

-  **Mangel på areal til triage** skaper mye forflytninger av pasienter inn og ut av mottaksrom på grunn av prioritering av sykere pasienter.
-  Per i dag er det ikke nok plass i akuttmottakene til å **avklare pasienter**, noe som kan resultere i at flere pasienter blir lagt inn på sykehuset for videre avklaring.
-  Dagens **smitterom har felles toalett**, som begrenser bruken og rommene har ikke egen inngang fra uteområdet.
-  Det er **ingen muligheter for rolige pauser** for personalet, da pauserommet er på vaktrommet.
-  Legene har svært **dårlige arbeidsrom** uten naturlig lys og lite ventilasjon. Det er få kontorplasser for ansatte og mangler pårørenderom.
-  Ved katastrofe/masseskade er dagens areal en flaskehals og pasienter kan bli stående ute i kulden i **påvente av sortering**.
-  Vaktrommet oppleves som lite og brukes også som undervisningsrom, grunnet **mangel på møte/undervisningsrom**.

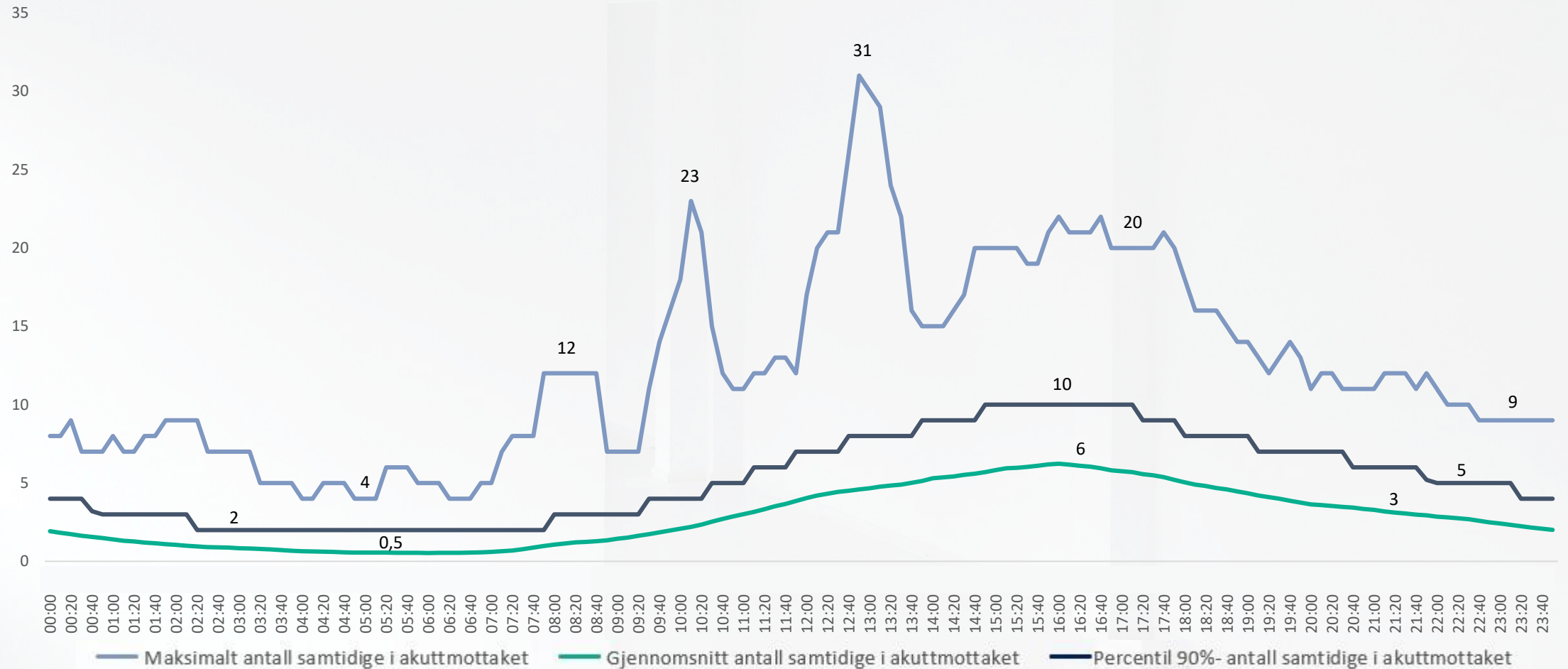
Gjennomsnittlig er det 9 pasienter samtidig i akuttmottaket i Levanger, mellom kl. 15:00 og 16:00

Oversikt over antall pasienter i akuttmottaket samtidig i Levanger (tall for 2018, 2019 og 2020):



Gjennomsnittlig er det 6 pasienter samtidig i akuttmottaket i Namsos, mellom kl. 15:00 og 16:00

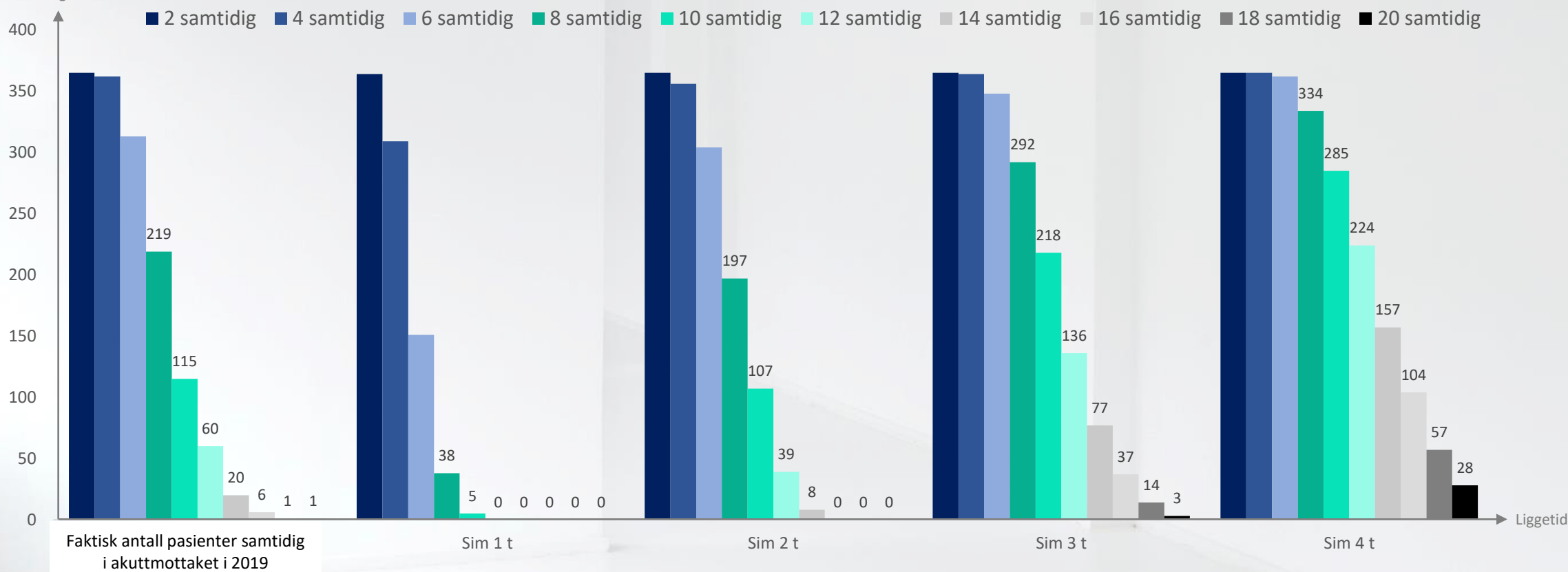
Oversikt over antall pasienter* i akuttmottaket samtidig i Namsos (tall for 2018, 2019 og 2020):



Ca. hver tredje dag i 2019 var det gjennomsnittlig 10 pasienter eller flere samtidig akuttmottaket i Levanger

I 2021 var median liggetid i akuttmottaket på 138 minutter, og med mer avklaring i akuttmottaket vil liggetiden øke for pasienter som skal avklares uten innleggelse. Nedenfor viser en simulering av hvor mange dager i året det vil være x pasienter samtidig i akuttmottaket, basert på ulik lengde på liggetid. Med 8 mottaksrom, og 8 rom på avklaringsenheten vil akuttmottaket ha plass til 16 pasienter samtidig. NB! Framskrivning er ikke tatt med i denne simuleringen.

Antall unike dager med x pasienter samtidig



Arealbehovet er basert på pasienttilstrømming og ikke befolkningsgrunnlag, grunnet ulik organisering av akuttmottakene

- Befolkningsgrunnlag i HNT er fordelt med ca. 28% i Namsos og 72% i Levanger.
- Grunnet ulik organisering av akuttmottakene i Namsos og Levanger, har prosjektet basert arealbehov på pasienttilstrømming og ikke befolkningsgrunnlag.
 - I Namsos kommer blant annet alle polikliniske ø-hjelpspasienter innenfor **medisin**, til akuttmottaket hele døgnet, mens i Levanger kommer flere av disse pasientene til ø-hjelps poliklinikk som er åpen til 15.00.
 - **Kirurgisk poliklinikk** håndterer ø-hjelpspasienter på begge sykehus, men har ulik åpningstid. I Levanger er det stengt på natten, og med redusert åpningstid i helg. I Namsos er det kun åpent på dagtid. Pasientene blir henvist til akuttmottaket når poliklinikkene er stengt. Befolkningsgrunnlag tar heller ikke høyde for pasientstrømmer til eks. St. Olav.

	HNT		Levanger		Namsos	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Tilstrømming i 2021 til akuttmottak	20.578	100%	12.300	60%	8.278	40%
Estimert behov pasientplasser	31	100%	18	58%	13	42%

*Veileder for framskriving, Sykehusbygg

Arealbehovet som er beskrevet inkluderer ikke økning i antall mottaksrom, men arealer til triage og avklaring av pasienter, for å kunne jobbe annerledes i fremtiden

- Arealbehovet som er beskrevet er basert på akuttmottakenes **utfordringer, analyser av aktivitet**, utfordringer beskrevet i rapporten «**funksjonell egnethet, HNT**» fra sykehusbygg, samt «**Konseptprogram akuttmottak**»* fra sykehusbygg inkl. framskrivningstill.
- Da det er mange faktorer som påvirker fremtidig arealbehov, er det utfordrende å vurdere nøyaktig hva arealbehovet vil være. Det anbefales derfor å ta høyde for **fleksibilitet**, slik at det er mulig å utvide/reducere areal basert på behov i fremtiden, og da spesielt knyttet til triageområde og avklaringsenhet. Se under for oppsummert arealbehov ift. antall pasientplasser per sykehus.

	Levanger	Namsos	Totalt antall rom HNT
Mottaksrom	8 (samme som i dag)	5 (samme som i dag)	13
Smitterom	2	2 (samme som i dag)	4
Avklaringsenhet	8 enerom med senger*	1 sal/enhet med 6 plasser (3 senger og 3 stoler)*	9 (8 enerom og 1 enhet med 6 plasser)
Totalt antall pasientplasser	18	13	31

I tillegg er det skissert et behov på totalt 8 triageplasser i HNT, hvorav 4 plasser (2 bårer og 2 stoler) per sykehus.

*I Levanger er det tenkt at pasienter som trenger seng, legges på avklaringsenhet med seng (enerom), mens de som ikke har behov for seng kan vente på venterommet mens de avklares. Per i dag har ikke akuttmottaket i Levanger venterom til pasientene. I Namsos er det planlagt avklaringsenhet med 3 stoler + 3 senger.

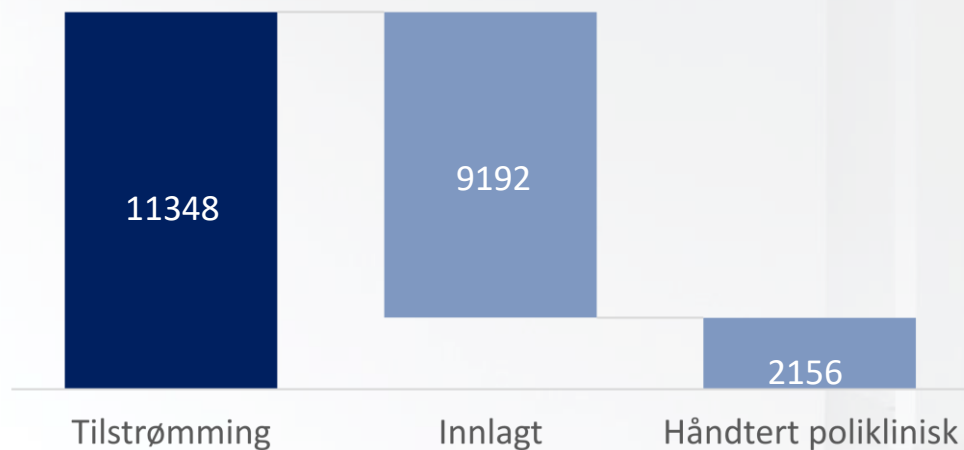


Avklaringsenhet

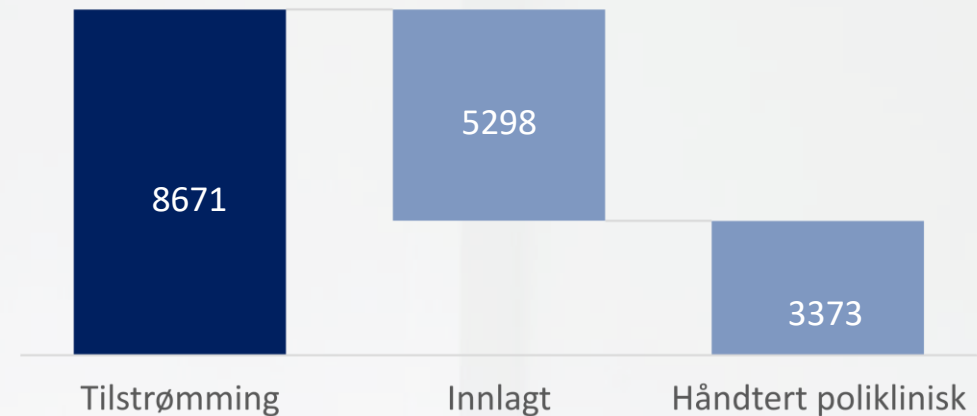
I 2021 var 74% av alle pasienter som ble lagt inn på sykehusene i HNT, øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottaket en viktig funksjon for å sikre riktig behandling på riktig omsorgsnivå

Per i dag er det ikke plass i akuttmottakene til å avklare pasienter som må observeres eller vente på undersøkelser, for avklaring om innleggelse

I 2020 ble **81%** av pasientene som kom til akuttmottaket, lagt inn på sykehuset **Levanger**, noe som tilsvarer **9192** av **11348** pasienter:



I 2020 ble **61%** av pasientene* som kom til akuttmottaket, lagt inn på sykehuset **Namsos**, noe som tilsvarer **5298** av **8671** pasienter:

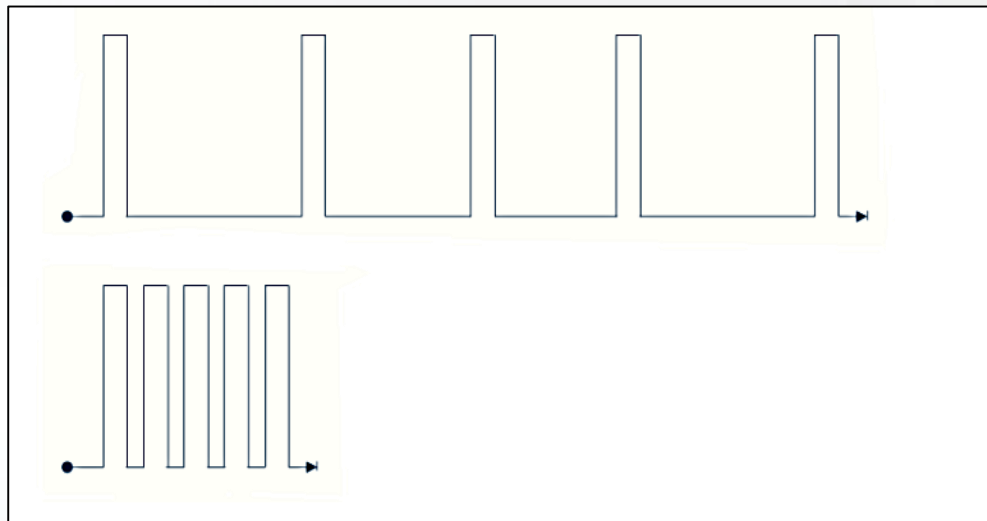


I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 påpekes det at stadig mer utredning og behandling skjer i akuttmottaket og i tilknytning til en observasjonsenhet

Målsettingen med en avklaringsenhet er at mange av pasientene som mottas som øyeblikkelig hjelp skal raskt kunne vurderes, diagnostiseres, behandles og skrives ut uten innleggelse på ordinær sengepost

Avklaringsenheten skal sikre optimalisert arbeidsflyt og ressursutnyttelse som understøtter redusert ventetid og raskere pasientforløp, samt økt kvalitet i pasientbehandlingen med påfølgende lavere risiko for feil. I avklaringsenheten gis det ingen behandlingstilbud som ikke også kan utføres på sengepost, men forløpshastigheten i avklaringsenheten er typisk vesentlig høyere.

En avklaringsenhet skal samlet gi den effekten som er inkludert i følgende figur:



Figur fra «OU SNR Kortidsspost – Sluttrapport» Figur 13, S. 32

Hastigheten i hver aktivitet er uforandret, men aktivitetene i nederste del av figuren utføres med langt større kontinuitet, med mindre opphold mellom og med større simultanitet. Det er altså tiden hvor det ikke skjer noe verdiskapende for pasienten, som reduseres, og den reduseres mye.

Det er flere pasientgrupper som er godt egnet for en avklaringsenhet, men også noen pasientgrupper som er lite egnet for en avklaringsenhet

Pasientgrupper som er godt egnet

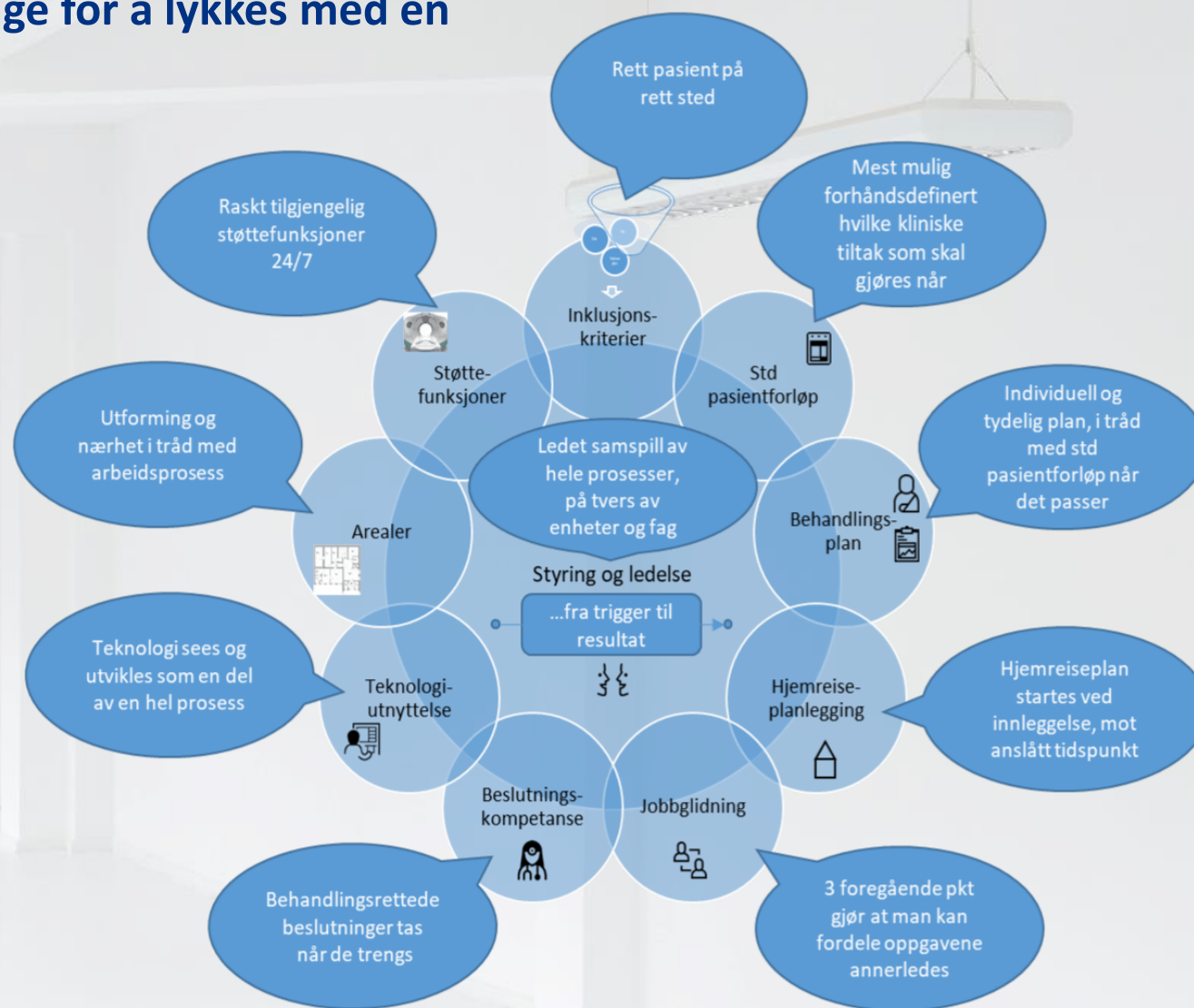
- Lett/moderat intoksikasjon/rus
- Synkope uten objektive kliniske funn i mottak
- DVT/mistanke om DVT
- Brystsmerter hos ellers stabile pasienter
- Magesmerter hos ellers stabile pasienter
- Nyresteinsanfall/Gallesteinsanfall
- Hjernerystelse
- Svimmelhet hvor sentral årsak er mindre sannsynlig
- Hypoglykemi som responderer på glukosetilførsel

Pasientgrupper som er lite egnet for en avklaringsenhet

- Sepsis
- Hjerteinfarkt
- Respirasjonssvikt
- Sirkulasjonssvikt
- Delir
- Hjerneslag
- Alvorlige syre/base-forstyrrelser
- Alvorlige elektrolyttforstyrrelser

Det er en rekke nøkkelfaktorer som er viktige for å lykkes med en avklaringsenhet

De typisk kjente barrierene er **tilgang på leger, egnede lokaler og tilgjengelighet til støttefunksjoner**. Tydelig målsetning, innhold og organisering er avgjørende for å lykkes. Dersom korttidspost blir forstått som en ny venteseone kan situasjonen til og med forverres. Det er en forutsetning for å lykkes at en har tilgang på nødvendig spesialistfaglig beslutningskompetanse. Hensikten er at beslutningene blir tatt når behovet er tilstede, uten unødvendig venting.





Utstyr

For å legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket er det også behov for tilstrekkelig utstyr

Under er en oversikt over eksempler på utstyr som mangler i dag, og kan være relevant i dag og i fremtiden



Utstyr for økt bruk av videokonsultasjon

I Strategi 2030 for HNT, siktes det på at 20% av konsultasjoner skal være digitale. Videokonsultasjon kan være en fordel i distrikter, eller der pasienter/leger er langt unna sykehus. Videobasert kommunikasjon kan bidra til å løse ulike typer akuttmedisinske hendelser i de tilfeller hvor det er behov for behandlingsråd, eller diskusjoner relatert til transport og/eller logistikk. Dette kan igjen bidra til redusert tilstrømming til sykehuset.



Sensorovervåkning på alle pasienter som er uavklart

Sensortechnologi kan bidra til tryggere overvåking av pasienter, og økt pasientsikkerhet uten at det utløser behov for økt bemanning.



Tilgang på ultralydapparat i akuttmottaket

Tilgang til ultralyd kan bidra til økt avklaring av pasienter i akuttmottaket.

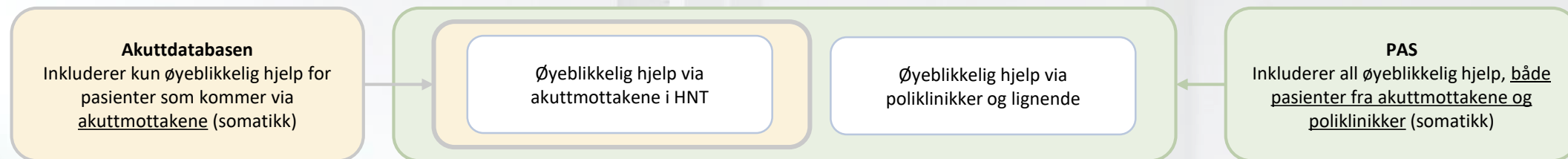


Vedlegg

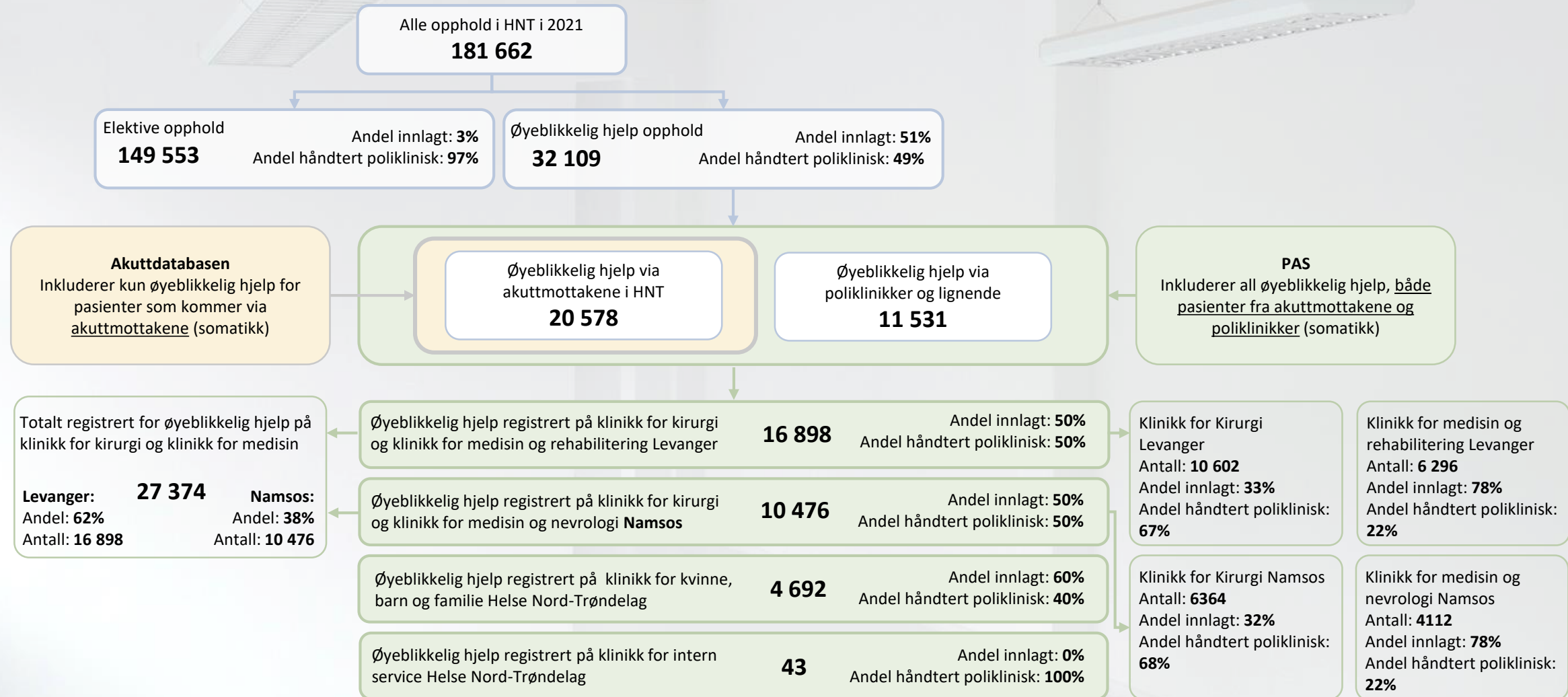
I presentasjonen er det benyttet tall/analysegrunnlag fra Akuttdatabasen og PAS

- PAS inkluderer registreringer av all øyeblikkelig hjelp på sykehusene, uavhengig av hvilke avdeling de kommer til. Svakheterne med analysegrunnlaget fra PAS er at grunnlaget er lite detaljert, da det meste av informasjon knyttet til ø-hjelpspasienter, blir registrert i akuttdatabasen. Prosjektet har derfor benyttet akuttdatabasen til mer detaljerte analyser og PAS til å vise det overordnede bildet
- Grunnet ulik organisering av akuttmottakene i Namsos og Levanger vil ikke tall fra akuttdatabasen være sammenlignbare mellom de 2 akuttmottakene. Akuttmottaket i Namsos har en høyere andel polikliniske ø-hjelpspasienter, enn Levanger, grunnet ulik organisering av hvilke ø-hjelps pasienter som kommer hvor (poliklinikk eller akuttmottak). Eksempelvis kommer alle medisinske ø-hjelpspasienter til akuttmottaket i Namsos, mens i Levanger kommer mange av de medisinske polikliniske ø-hjelpspasientene til medisinsk poliklinikk, store deler av døgnet
- I akuttmottaket ved Sykehuset Namsos kom elektive pasienter tidligere til akuttmottaket for journalopptak. Disse pasientene er ikke tatt med i analysene som er utført med tall fra akuttdatabasen
- Datasettene som er benyttet inkluderer kun pasienter innen somatikk

Oversikt over hvilke datakilder som inkluderer hvilke data:



Under viser en oversikt over alle opphold på sykehusene i Namsos og Levanger i 2021, og fordelingen mellom elektiv og akutt, samt andel som håndteres poliklinisk og legges inn



Sammenligning av pasientplasser i andre akuttmottak

Sykehus	Populas.	Populasjon x Namsos	Populasjon x Levanger	Populasjon x avklaringsplasser	Oppholdstid	Crowding?	Pasientplasser	Mottaksrom	Traumeplasser	Smitte-rom	Triage	Observasjon/avklaring	Annet	Merknad
Ahus	516.000	12,9	5,4		3,9	Ja	65	16	3		7	10	29	Obsplasser i praksis mottaksrom (pga få rom), gir totalt 26 mottaksplasser.
Haukeland	447.000	11,2	4,7		3,1	Nei	95	17	9		8		61	Ny organisering har gitt nesten ingen pasienter på venterom.
Stavanger (skal bygges)	362.000	9,1	3,8		4,0		62	33	4		10	15		Flere tiltak i 2019 har redusert crowding og liggetid. Triage stengt 8-15.
St. Olavs	314.000	7,9	3,3	0,17	3,2	Ja	53	10	3		10	10	20	
Kalnes	289.000	7,2	3,0		4,4	Ja	43	13	2			22	6	Akuttsal (rød/oransje) for 6(-8) pasienter fungerer godt.
Tønsberg (nå)	235.000	5,9	2,5		3,1	Ja	26	10	3			13		
Tønsberg (skal bygges)	235.000	5,9	2,5				47	8	4	2		5	28	
Drammen (skal bygges)	168.000	4,2	1,8				64	31	3			30		Spesialrom for barn, psykisk helse, øye, ønh er inkludert i tallene.
Bodø	149.000	3,7	1,6	0,18	3,3	Ja	28	6	2		8	12		Felles triage/ventesone. Brukes også i påvente av avklaring.
Hjelset (skal bygges)	110.000	2,8	1,2	0,3	2,0		31	4	2	1	4		20	Korttidspost med 20 plasser (hvor noen også kalles observasjonsplasser)
Førde	107.000	2,7	1,1	0,1	2,4	Ja	11	5	2	1		3		Planlegger +6 observasjonsplasser. Obs-plassene brukes også som triage.
Levanger	95.000	2,4	1,0	0,24	2,3	Ja	9	5	2	2				
Namsos	40 000	1,0	0,3		2.1	Ja	7	3	2	2				
Kirkenes	27.000	0,7			3,5	Ja	4	3		1				Observasjonsplasser planlagt. Ansatt flere Lis2 for bedre flyt.

FREMRAGENDE AKUTTMOTTAK- Fase II

Tiltakspunkt 8, 9 og 22
Beskrivelse av areal- og utstyrbehov
Sykehuset Levanger

Arbeidsgruppeleder: Christina F. Sundby

Innhold

- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Det er gjennomført flere landsomfattende tilsyn ved akuttmottak i sykehus de siste 20 årene

- Tilsynsrapportene viser at det er mye de samme problemstillingene som fortsatt går igjen i akuttmottakene.
- I Læringsnotat fra Kunnskapscenteret i 2015 oppsummerer de med at *samme* type avvik skjer 6 år etter tilsyn (2009).
- **Funn som er relevant for planlegging av nye akuttmottak:**
 - Uoversiktlige arealer, gjør det vanskelig å følge med pasientene
 - Mangel på mottaksrom og pasienter som ligger på 'korridor'
 - Risiko for brudd på krav om vern av pasientopplysninger og pasientens integritet
 - Manglende samsvar mellom lokaler og arbeidsflyt
 - Ikke god nok tilgang på informasjon i sanntid og på alle punkter i et mottak
- Helsetilsynet har ved flere anledninger påpekt at organisering og ledelse av akuttmottak er mangelfull.



Framskriving tilsier en økning i akuttinnleggelser i Norge på 43% fra 2017 til 2035*

- Befolkningens alderssammensetning vil i løpet av de neste ti-årene endres kraftig, med stor vekst i folketallet og antall eldre. Dette innebærer betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester.
- En framskrivning av behovet for helsepersonell, som følge av befolkningsendringene, viser at helseforetakene i Midt-Norge vil ha behov for 25% flere årsverk fram til 2030. Kommunene vil ha tilsvarende eller større behov.

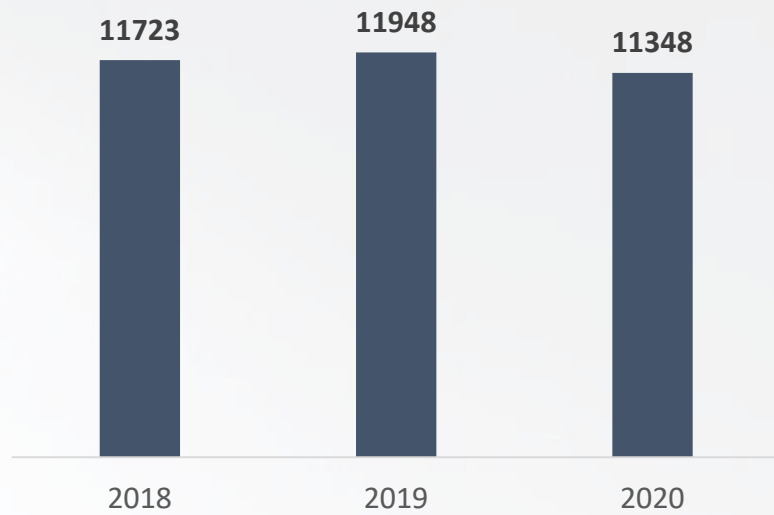
*[Konseptprogram akuttinntak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 53)

**[Bakgrunnsnotat Strategi 2030, Helse Midt-Norge](#) (side 5-7)

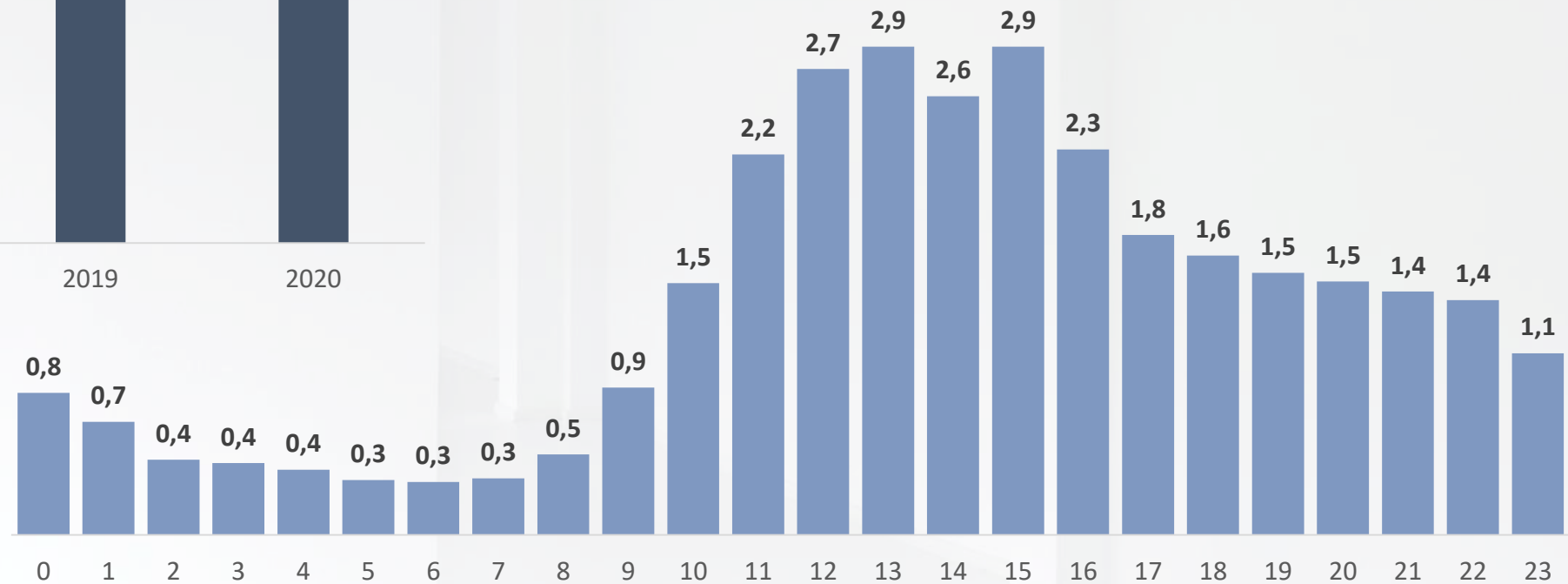


Årlig kommer det mellom 11-12.000 pasienter til akuttmottaket i Levanger

Utvikling i tilstrømming per år:



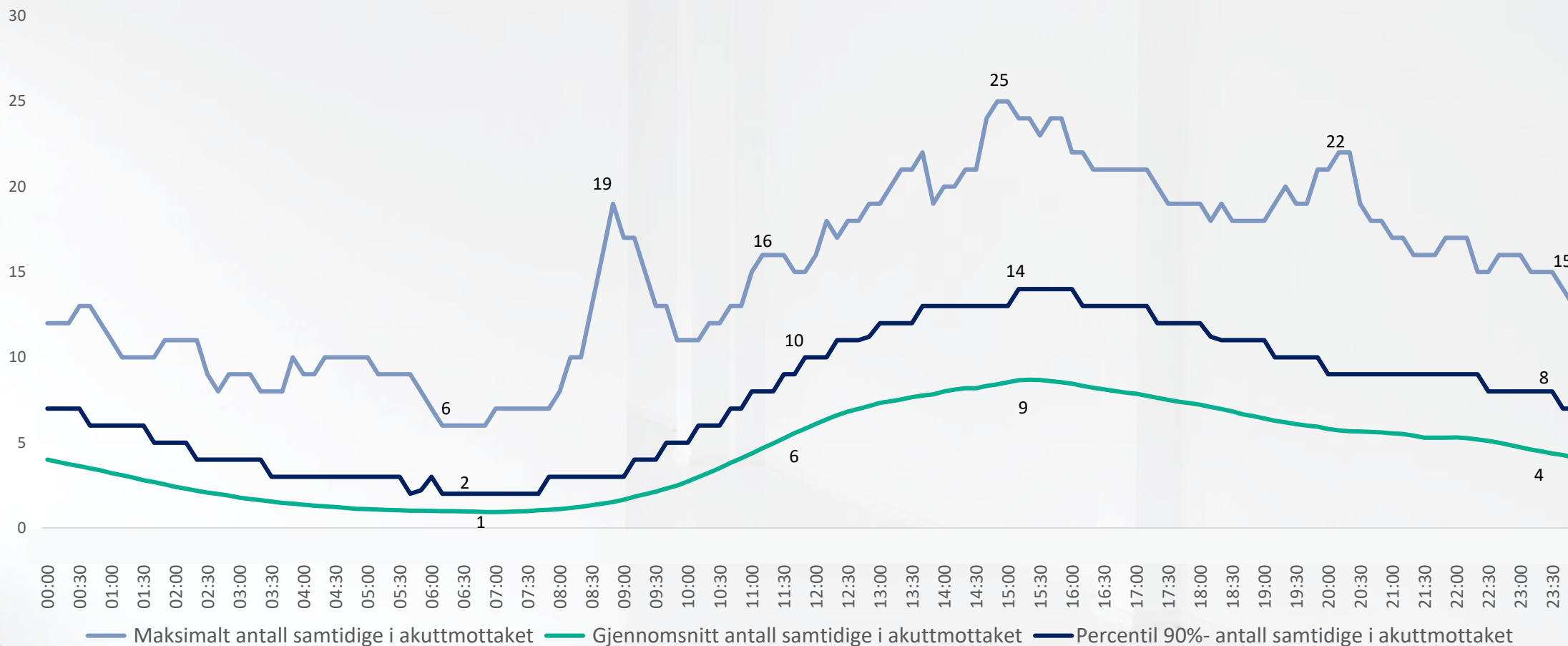
Gjennomsnittlig tilstrømming gjennom døgnet for årene 2018, 2019 og 2020:



*NB! Antall pasienter i akuttmottaket i Levanger påvirkes av åpningstider på kirurgisk og medisinsk poliklinikk

Gjennomsnittlig er det 9 pasienter samtidig i akuttmottaket i Levanger, mellom kl. 15:00 og 16:00

Oversikt over antall pasienter i akuttmottaket samtidig i Levanger (tall for 2018, 2019 og 2020):



I konseptprogrammet for planlegging av akuttmottak, fra sykehusbygg, pekes det på følgende utviklingstrekk mot 2030

- Mer avansert diagnostikk og behandling prehospitalt (utstyr, kompetanse og kommunikasjon).
- Sterkere sentralisering av de tilstander som krever spisskompetanse.
- Sterkere sentralisering av akuttkirurgi og kvinne/barn-medisin.
- Desentralisering av det enkle og mest vanlige.
- Spissing av aktivitetene i akuttmottak til sortering/avklaring/oppstart av behandling slik at en økende pasientstrøm kan ivaretas uten unødig ventetid.
- Mer diagnostikk (inkludert bildediagnostikk), avklaring og behandling i akuttmottak/observasjonspost (24 timer), gjør at pasientene unngår unødvendige flerdøgns innleggelse.
- Mer bruk av «point-of-care» utstyr i akuttmottak, dvs. Utstyr for pasientnære analyser for raskere tilgang til prøvesvar. Eksempler er utstyr til diagnostikk som ultralyd diagnostikk og lab- og mikrobiologiske prøver m.m.
- Flere «fast track» for rask diagnostikk og behandling, dvs. Forløp som går helt eller delvis utenom akuttmottaket. Dette er ofte pasienter som er ferdig diagnostisert før ankomst til sykehus.
- Leger med spesialisering i akutt og mottaksmedisin med bred klinisk erfaring i front ved de fleste akuttmottak.
- Spesialiserte mottaksteam for geriatri/multimorbide pasienter, spesielt ved større sykehus. Som eksempel har Sykehuset Østfold Kalnes innført mottaksteam for geriatri/multimorbide pasienter som prøveprosjekt (2019). Mottaksteam for geriatri er mer og mer vanlig i f.eks. Storbritannia og Canada.
- Styrket samhandling med kommunale ambulante team og ambulante team fra sykehuset for å redusere behovet for akutt sykehusbehandling.



Innhold

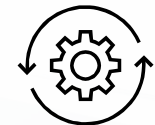
- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

5 forhold som påvirker behov for endringer i akuttmottaket ved Sykehuset Levanger

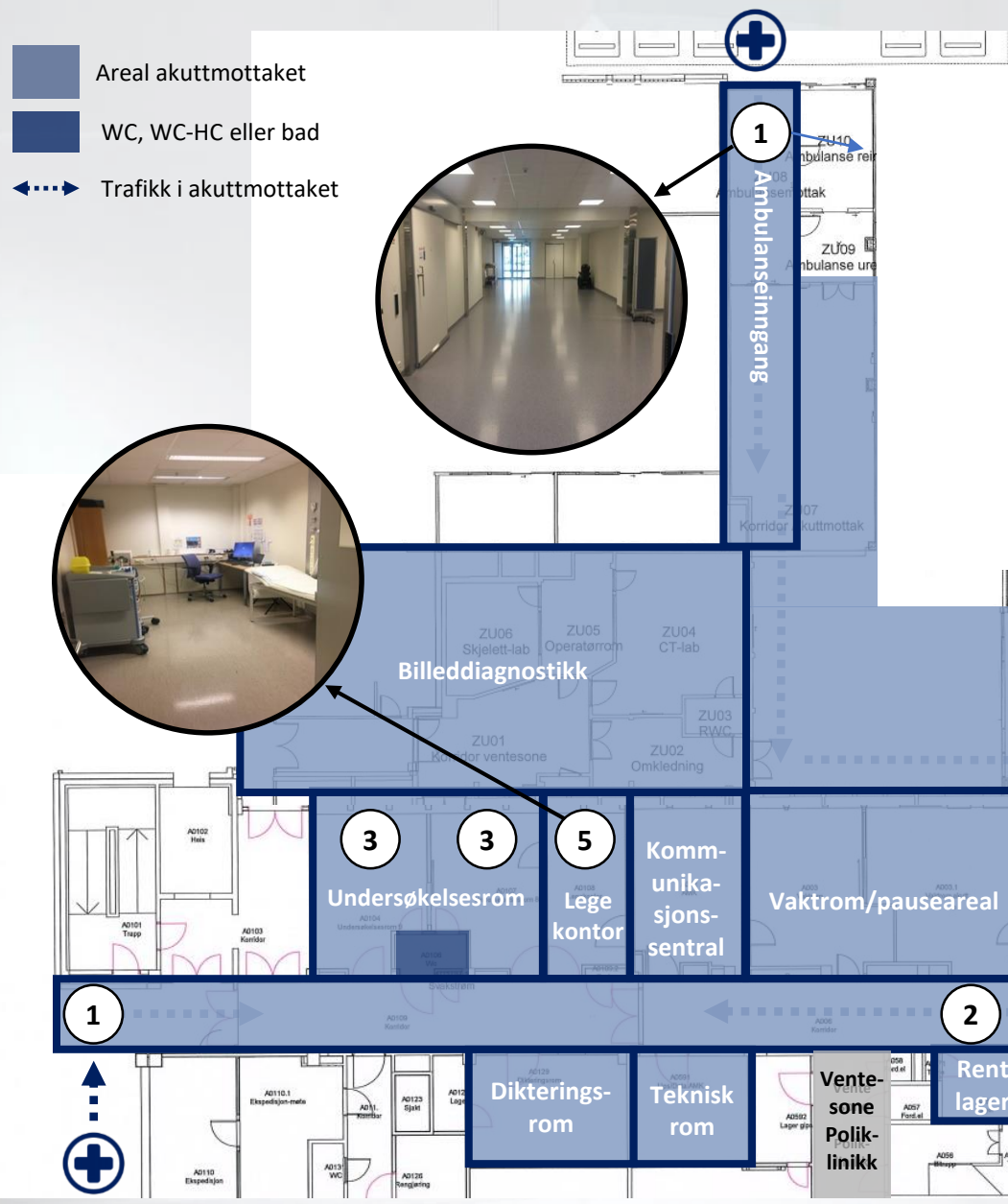
- 1 Bygging av CT og skjelettlab i bakgården tar bort dagslys og luft. Tilgang til lys og luft var i utgangpunktet utfordrende i forhold til arbeidsmiljø, og nå er dette blitt verre, og det er nødvendig med ombygging.
- 2 Økt pasienttilstrømning i fremtiden krever en større omlegging av driften i sykehuset. Pasientene må i større grad komme til vurdering i spesialisthelsetjenesten med påfølgende forsvarlig oppfølging uten innleggelse. Akuttmottaket vil ha en sentral rolle i dette, og riktig kompetanse og areal vil derfor være vesentlig.
- 3 Omleggingen krever flere leger i front med høyere kompetanse. Liggetiden for pasienter som skal avklares i akuttmottaket vil øke. Det må legges til rette for økt tilstedeværelse av leger både med pasientrom, kontorer og undervisningsrom.
- 4 Prosjekt Fremragende Akuttmottak har avdekket behov for areal til observasjon/avklaring, areal til triage, eget venterom for sittende og bedre tilrettelegging for smittepasienter.
- 5 Pandemien har i høyeste grad også avdekket behov for smitterom. Det må etableres flere innganger til akuttmottaket slik at det er mulig å skille båretransport, gående og smitemistanke.

Dagens akuttmottak er lite egnet til framtidens akuttmottak

- Arealknapphet og funksjonalitet utfordrer kapasitet og pasientflyt i akuttmottaket.
- Det som fremheves som mest presserende på kort sikt er nødvendig areal for triage, avklaring, isolat, venterom for pasienter og pårørende, og kontor og arbeidsstasjoner for ansatte.
- Det er uheldig at gående og traume/bårepasienter har samme adkomst.
- Avdeling for billeddiagnostikk har behov for ultralydlab og oppholdsrom med arbeidsstasjon, for radiolog og radiograf tilknyttet akuttmottaket.
- Det er viktig at ansatte har god oversikt over pasienter, noe som er krevende i dagens arealer.

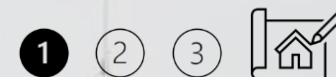


Oversikt over dagens akuttmottak



- 1. Inngang:** Mange gående bruker i dag samme inngang som ambulanse og smittepasienter, og vil derfor komme tett på hardt skadde pasienter og pasienter med smitte. Pasienter som kommer via hovedinngangen er lite synlige for koordinator.
- 2. Venterom:** Pasienter og pårørende har ikke venterom i dag, og sitter derfor å venter i korridoren. I korridoren er det trangt, mye trafikk med pasienter og ansatte, og pasientene er ikke synlige for koordinator.
- 3. Triage:** Mangel på areal til triage skaper mye forflytninger av pasienter inn og ut av mottaksrom på grunn av prioritering av sykere pasienter.
- 4. Smitterom:** Grunnet mangel på smitterom i dag, brukes 2 av undersøkelsesrommene som smitterom. Disse rommene ligger langt fra inngangene, og pasientene må derfor gå gjennom store deler av akuttmottaket for å komme hit.
- 5. Kontorer/arbeidsplass/pårørenderom:** Kontorene som er tilgjengelige i dag er trange. Legekontolet har ikke tilgang på dagslys. Et arbeidsrom med 3 arbeidsplasser, brukes som kombinert kontor/pårørenderom i dag, grunnet mangel på pårørenderom.

Sammendrag av arealbehov og prioritering (Side 1 av 3)



Arealbehov	Behov utover dagens situasjon	Arealbehov: antall rom	Arealbehov: m ² per rom (fra konseptprogrammet)	Totalt arealbehov	Prioriteringsnivå
Egen inngang for gående ø-hjelp	Ja	<ul style="list-style-type: none"> N/A 	<ul style="list-style-type: none"> Eiendom legger inn 		1
Smitterom/Isolat	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 2 isolat Vurder om 1 skal være luftsmitte 	<ul style="list-style-type: none"> Isolat for kontaktsmitte: ca.16m² Isolat for luftsmitte: ca.18m² (økes for f.eks barn og intensiv) Sluse luftsmitte : 8m² Sluse kontaktsmitte: 5m² 	42-47m ²	1
Triageområde med samtalerom i umiddelbar nærhet	Ja	<ul style="list-style-type: none"> Behov for 2 bårer og 2 behandlingsstoler (4 plasser) Behov for 1 samtalerom i tilknytning til triageområde. 	<ul style="list-style-type: none"> 13,5-16m² (beregnet på 1 pasient) Minimum 10m² per pasient Som rom tilsvarende mottaksrom. Stort nok til tilgang på alle sider av sengen 12m² anbefales for samtalerom 	Min. 52m ²	1
Venterom	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 10-15 tilgjengelige stoler 	<ul style="list-style-type: none"> Dimensjoneres ut fra størrelse på akuttmottak/antall akuttpasienter. Det er viktig å huske på pårørende. 	Eiendom legger inn	1
Avklaringsenhet/ Observasjonsplasser	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 8 enerom 	<ul style="list-style-type: none"> Observasjonsplass: 9-16m² eller 10m² per plass i sal/flersengsrom. Enerom tilsvarende mottaksrom: 16m² per rom 	128m ²	1
Pauserom inkl. tekjøkken	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 1 rom 	<ul style="list-style-type: none"> Minimum 20m² (15m², og 5m² for tekjøkken) 10-32m², dimensjonert ut fra antall ansatte i samtidighet over en 2 timers periode + plass til ansatte fra andre avd. 	20-32m ²	1
Ultralyd til utvidelse av ABD og avklaring av pasienter	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 1 	<ul style="list-style-type: none"> Ca.30m² til UL lag 3 granskningplasser (ca.25m²) 	30m ²	2

Sammendrag av arealbehov og prioritering (Side 2 av 3)



Arealbehov	Behov utover dagens situasjon	Arealbehov: antall rom	Arealbehov: m ² per rom (fra konseptprogrammet)	Totalt arealbehov	Prioriteringsnivå
Kontorer og arbeidsstasjoner	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 4 kontorer, hvorav; 1 kontor til leder, 1 til lege og 1 kontor med opp til 4 arbeidsplasser 	<ul style="list-style-type: none"> Kontor for 1 person/alenekontor krever 9m² Utover dette beregnes en arealstandard på 6m² per plass Kontor med kontormaskiner behøver 2,7-6,5m² 	51m ²	2
Bad (Stor Dusj/WC)	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 1 	<ul style="list-style-type: none"> Bad: 15 m² Bad luftsmitte/kontaktsmitte: 6m² 	21m ²	2
Pårørenderom	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 1 	<ul style="list-style-type: none"> Oppholdsrom for pasienter og pårørende har en standard på 20m² (6-16 personer i maks 16 timer) 	20m ²	2
WC og WCHC	Nei	<ul style="list-style-type: none"> 4 pasient WC, hvorav 1 WC-HC 1 personal WC 	<ul style="list-style-type: none"> 2m² per WC 5m² per WCHC 	13m ²	3
Undervisningsrom / møterom	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 1 rom (sitteplass og bord til 15-20 personer) 	<ul style="list-style-type: none"> Møterom: 20 m² Stort møterom: 40m² 	20-40m ²	3
Rom for videobasert kommunikasjon	Ja	<ul style="list-style-type: none"> Kan tilrettelegge for dette i de kontorene som er tilgjengelige 	<ul style="list-style-type: none"> Ca. 12m² som et kontor med møtebord 	0	3
Ekspedisjon	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 1 	<ul style="list-style-type: none"> 10-20m² (avhengig av antall arbeidsplasser) 	10-20m ²	3

Sammendrag av arealbehov og prioritering (Side 3 av 3)



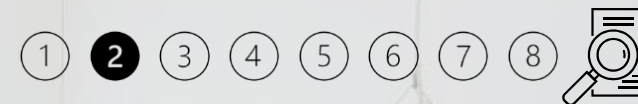
Arealbehov	Behov utover dagens situasjon	Arealbehov: antall rom	Arealbehov: m ² per rom (fra konseptprogrammet)	Totalt arealbehov	Prioriteringsnivå
Mottaksrom	Nei, men avhenger av organisering av triage eller avklaringsenhet	<ul style="list-style-type: none"> • 8 (det samme som i dag) 	<ul style="list-style-type: none"> • 16m² per rom 	<ul style="list-style-type: none"> • 128m² 	3
Kommunikasjons-sentral	Ja	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • Må ha minimum 2 operatørplasser til bruk ved større hendelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontor for 1 person/alenekontor krever 9m² • Utover dette beregnes en arealstandard på 6m² per plass 	<ul style="list-style-type: none"> • 15m² 	3
Lager*	Ja, men prosess er igangsatt	<ul style="list-style-type: none"> • 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Rent lager: 12m² • Lager tøy: 2m² • Lager utstyr: 20m² 	<ul style="list-style-type: none"> • 42m² 	--
Dikteringsrom	Ja, men prosess er igangsatt	<ul style="list-style-type: none"> • 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontor for 1 person/alenekontor krever 9m² • Utover dette beregnes en arealstandard på 6m² per plass 	--	--
Medisinrom*	Nei	<ul style="list-style-type: none"> • 1 	<ul style="list-style-type: none"> • 12m² 	<ul style="list-style-type: none"> • 12m² 	--
Ambulanseinngang	Nei	<ul style="list-style-type: none"> • 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulanseinngang 15m² 	<ul style="list-style-type: none"> • 15m² 	--

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 1 av 8)



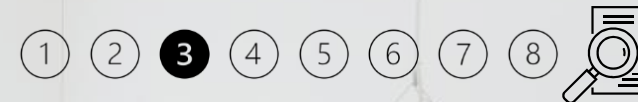
Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Egen inngang for gående ø-hjelp	<ul style="list-style-type: none"> Egen inngang for gående som kommer til akuttmottaket for vurdering øyeblikkelig hjelp. Det bør være porttelefon og kamera ved inngangen, slik at akuttmottaket har god kontroll på hvem som kommer før de er «inne» på sykehuset. 	<ul style="list-style-type: none"> Nei 	<ul style="list-style-type: none"> Gående skal komme via hovedinngangen til sykehuset i dag, men det gjelder pr nå ikke alle, så det fungerer ikke optimalt å ha samme smale inngang. I dag kommer da gående rett i ambulansesonen. Dette er ikke greit, verken for de som kommer gående, eller for pasienter som kommer i ambulanse, eksponert på alle mulige måter. Det har vært flere episoder hvor smittepasienter (som nå skal komme via akuttmottaket) blir sittende på gulvet i mellomgangen fordi de ikke kommer i bil/drosje. I kaldt/dårlig vær kan ikke pasienter vente utendørs til noen henter dem. Ambulansen blir nødt til å gå forbi smittepasienter i en smal gang. 	<ul style="list-style-type: none"> Inngang for gående er i følge konseptprogrammet anbefalt å være nær en ekspedisjon eller arbeidsstasjon med venteareal, slik at pasienten kan henvende seg når de kommer. Akuttmottak skal være tilgjengelig fra bakkeplan med lett tilgjengelighet for gående og ambulansen. Det anbefales egne innganger til akuttmottaket for pasienter med ulik hastegrad. Det fremheves også at pasienter som kommer i bilambulanse eller med politi krever egen inngang som er skjermet for innsyn. Dette gjelder spesielt psykiatriske pasienter. I tillegg skal det være lett tilgjengelig med god skilting fra hovedvei, lett tilgjengelig på nattetid og lett tilgjengelig for rullestolbrukere.
Smitterom/ Isolat	<ul style="list-style-type: none"> Smitterom i umiddelbar nærhet til inngang til akuttmottaket, evt. egen inngang. Dersom pasientene ikke blir lagt inn, har ikke pasientene oppholdt seg langt inne i sykehuskroppen, og dermed er kontaminering av areal og personell minimal. Smitterom/isolat må ha eget bad/WC (se punkt om Bad og WC) 	<ul style="list-style-type: none"> Nei Store mottaksrom brukes som smitterom i dag 	<ul style="list-style-type: none"> Det er nettopp gjennomgått en pandemi (som fortsatt er tilstede) og ser nå hvor viktig det er med gode smitterom, som er i umiddelbar nærhet til utgang. Grunnet mangel på smitterom i dag, brukes 2 av undersøkelsesrommene som smitterom. Disse rommene ligger langt fra inngangene, og pasientene må derfor gå gjennom store deler av akuttmottaket for å komme hit. 	<ul style="list-style-type: none"> Hvis mulig er det anbefalt en inngang rett utenfra og inn til isolat. Evt. Nær inngang. Konseptprogrammet anbefaler at akuttmottak bør planlegges slik at pasienter med kjent mistenkt smitte kan tas inn egen inngang til egnet isolat, eller enkelt isoleres fra andre. I tillegg skal smitterom være tilknyttet sluse og WC/Dusj med dekontaminator. Anbefaling fra smittevern mht. dimensjonering:

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 2 av 8)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Triage-område med samtalerom i umiddelbar nærhet	<ul style="list-style-type: none"> Område for triagering av pasienter med samtalerom i tilknytning/umiddelbar nærhet, samt nærhet til toalett. Arealet bør lokaliseres slik at det er mulighet for å utvide/ekspandere ved behov. Ref. framskrivning av pasienttilstrømning Alle pasienter som kommer gående skal bli tatt inn til triage, få en hastegrad og ut fra den enten satt på venterom eller lagt inn på undersøkelsesrom i akuttmottaket. 	<ul style="list-style-type: none"> Nei, per i dag blir pasientene triagert på behandlingsrom. 	<ul style="list-style-type: none"> Mangel på areal til triage skaper mye forflytninger av pasienter inn og ut av mottaksrom på grunn av prioritering av sykere pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> Forskning viser at det har betydning for kvaliteten av vurderingen at triage foregår systematisk og ensartet, dvs. på samme måte hver gang og i samme rom/område og med samme tilgang til utstyr. Det anbefales at rommet ligger nært akuttmottakets inngang av logistikkhensyn. Det er fremhevet i konseptprogrammet at dette arealet skal kunne benyttes i en beredskapssituasjon med tilhørende krav til oversikt og utstyr. Sal for triagering med tilhørende samtalerom ivaretar taushetsplikten.
Ambulanse-inngang	<ul style="list-style-type: none"> Inngang for pasienter som kommer via ambulanse 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> Dagens størrelse og plassering av ambulanseinngang fungerer greit 	
Venterom	<ul style="list-style-type: none"> Det må utformes slik at taushetsplikt, nødvendig skjerming, observasjon og sikkerhet ivaretas Nær en ekspedisjon eller arbeidsstasjon. Tilgang på mat og drikke 	<ul style="list-style-type: none"> Nei 	<ul style="list-style-type: none"> Pasienter venter i korridor i dag, og er ikke godt synlige fra vaktrom eller ekspedisjon. 	<ul style="list-style-type: none"> Venterom skal ha nærhet til ekspedisjon, arbeidsstasjon eller annet sted der pasienter kan henvende seg når de ankommer. Utformingen av arealet anbefales slik at personalet har god oversikt. Det skal legges til rette for barn som pårørende (eksempelvis som inndeling i soner, skjermet område eller lekerom)

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 3 av 8)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Avklarings-enhet/ observasjons- plasser*	<ul style="list-style-type: none"> • Arealer tilrettelagt for å kunne avklare flere pasienter i akuttmottaket. I tilknytning til avklaringsenheten bør det være samtalerom, toalett med plass til å kjøre inn bære/seng, kjøkkenkrok med vann/avløp, min. 2 (gode) arbeidsstasjoner, 1 wow. Enheten bør også ligge nært medikamentrom el. Medikamentskap på enheten. • Det ønskes enerom 	<ul style="list-style-type: none"> • Nei, men har hatt dette tidligere 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke plass i akuttmottaket til å avklare pasienter som må observeres eller vente på undersøkelser, for avklaring om innleggelse • Dersom akuttmottaket skal bidra til å avklare flere pasienter, for å unngå innleggelser, er det behov for nok areal 	<ul style="list-style-type: none"> • Argumenter for ensengsrom er større mulighet til å ivareta taushetsplikt, hindre smittespredning, bedre pasientsikkerhet gjennom reduksjon av støy og forstyrrelser som kan påvirke pasientbehandling negativt, større fleksibilitet i plassering av pasienter på rom (uavhengig av kjønn og sykdom), samt pasienttilfredshet.
Pauserom inkl. tekjøkken	<ul style="list-style-type: none"> • Hvile for personalet • Pauserom i et akuttmottak benyttes ikke bare av de som jobber i akuttmottaket, men også alle andre som har et oppdrag eller en funksjon over kort eller lang tid. Blant annet ansatte fra andre avdelinger. • Rommet benyttes 24/7 som spiserom, pauserom og hvilerom. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen muligheter for rolige pauser for personalet, da pauserommet ligger mellom kommunikasjonsentral og vaktrom, med mye støy og gjennomgang 	<ul style="list-style-type: none"> • Konseptprogrammet anbefaler at rommet plasseres sentralt, men ikke for nær traume-/akuttrom. Pasienter og pårørende skal skjermes for latter og støy, og ansatte skal få ha en sosial sone hvor de kan avregere.

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 4 av 8)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Arealer til ultralyd	<ul style="list-style-type: none"> • Arealer til ultralyd til utvidelse av ABD og avklaring av pasienter. ABD har også behov for et pauserom ifm. Med arealene i underetasjen 	<ul style="list-style-type: none"> • Nei 	<ul style="list-style-type: none"> • Rask tilgang til bildediagnostikk og laboratorietjenester er helt avgjørende for rask diagnostisering av pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> • I følge konseptprogrammet er et av utviklingstrekkene mot 2030 bruk av «point of care» utstyr i akuttmottak. Dvs. utstyr for pasientnære analyser for raskere tilgang til prøvesvar. Eksempler er utstyr til diagnostikk som ultralyd diagnostikk og lab- og mikrobiologiske prøver m.m. • Dersom akuttmottaket ikke har egen bildediagnostisk enhet, bør modaliteter som CT og konvensjonell røntgen være lokalisert geografisk nær akuttmottaket. Det er spesielt et behov for nærhet mellom CT og traumerom. Rask diagnostikk av f.eks. hjerneslag og skader kan være livreddende. Det må også være tilgang til et avansert ultralydapparat i akuttområdet.
Kontorer og arbeidsstasjoner	<ul style="list-style-type: none"> • Egne kontorer til: seksjonsleder, traumekoordinator, fagutviklere, AMM/lege i tilknytning til akuttmottak. Kontor for andre ansatte kan vurderes, evt dele med fagutviklere • Tverrfaglige arbeidsplasser til dokumentasjon av pasientdata, faglig oppdatering og daglige gjøremål • Dikteringsrom 	<ul style="list-style-type: none"> • I liten grad 	<ul style="list-style-type: none"> • Lite plass for administrativt arbeid, for få arbeidsplasser. • Dikteringsrom uten dagslys 	

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 5 av 8)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Pårørende - rom	<ul style="list-style-type: none"> Eget rom hvor man kan samle pårørende til hardt skadde/evt døende hvor de kan være flere og er skjermet for resten av pårørende/pasientgruppen Spesielt aktuelt i forbindelse med mottak av akutt kritisk syke eller skadde pasienter, hvor pårørende ikke kan være med inn på traumerom. Under slike omstendigheter kan pårørende ha behov for skjerming fra andre som venter. Tilgang på drikke 	<ul style="list-style-type: none"> Har 1 rom i dag, som sambrukes til kontorplasser og pårønderom 	<ul style="list-style-type: none"> Pr i dag sambrukes et kontor, men etter at kontorplassbehovet har økt og de nå har 3 arbeidsplasser på dette kontoret, er det ikke spesielt trivelig og det har blitt trangt 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet anbefaler tilgang på pårønderom som ikke er alminnelig venteareal, der pårørende er skjermet fra andre som venter.
Rom for videobasert kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> Videobasert kommunikasjon kan bidra til å løse ulike typer akuttmedisinske hendelser i de tilfeller hvor det er behov for behandlingsråd, eller diskusjoner relatert til transport og/eller logistikk. Dette kan igjen bidra til redusert tilstrømming til sykehuset Kan være til hjelp for kommunikasjonsutfordringer og møtebegrensninger knyttet til covid-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Nei 	<ul style="list-style-type: none"> Økt bruk og behov for videokommunikasjon i framtiden, som kan bidra til å avklare pasienter nærmere hjemmet 	<ul style="list-style-type: none"> Dette rommet anbefales plassert innenfor akuttmottaket, eller i umiddelbar nærhet. I Danmark har flere kommuner opprettet akutt-team som rykker ut til pasient som med veiledning per telefon eller video med spesialist, bidrar til at pasienten kan behandles i hjemmet. Dette reduserer antallet innleggelser, og pasienten får «spesialistbehandling» i hjemmet. Konseptprogrammet foreslår at videorom eventuelt kan løses på samtalerom, møterom, mottaksrom o.l.

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 6 av 8)



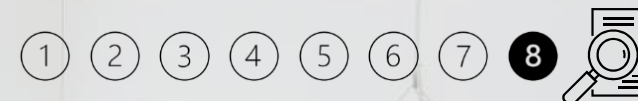
Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Ekspedisjon	<ul style="list-style-type: none"> Mulighet for kommunikasjon med sittende og stående pasienter Mottak av gående pasienter, pårørende og andre. Registrering av pasient og kommunikasjon med ambulansepersonell som avleverer pasient. Koordinering av virksomheten kan foregå her, samt kommunikasjon internt og eksternt 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> Akuttstuene og mottaksrom (UB rom) er ikke godt synlig fra ekspedisjon/vaktrom. Eksisterende utforming tilrettelegger ikke for god oversikt over pasienter og det er ikke gode siktlinjer mellom ansatte. 	<ul style="list-style-type: none"> Det anbefales at ved flere arbeidsstasjoner bør én være nær båreinngang mtp. kommunikasjon med ambulanse. Det bør også være noen skjermede arbeidsplasser og noen for henvendelser/kommunikasjon. Pasienter skal kunne kommunisere med personalet uten fare for at uvedkommende får tilgang på taushetsbelagt informasjon. Det skal ligge sentralt i akuttmottaket, samt være i nærhet til mottaksrom og triage. Det fremheves at det er viktig at det er oversiktlig (over venteareal og innganger).
Kommunikasjonssentral	<ul style="list-style-type: none"> Knutepunkt for kommunikasjon med prehospitaltjenester (lege, ambulanse, AMK, legevakter, andre sykehus etc) Varsler pasienter videre, både til sengepost, leger og eventuelle medlemmer i team der det er behov for det. 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikasjonssentralen er trang og vil miste luft og dagslys (pga. bygging av skjelettlab). 	

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 7 av 8)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Lager	<ul style="list-style-type: none"> Lagring av forbruksmateriell, tøy, sterilt gods, avfall, medisinsk teknisk utstyr m.m. Eget lager for ambulansetjenesten og eget lager nær pasientene 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulanselageret er trangt Mangel på plass til lagring av forbruksvarer og utstyr 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet foreslår at lagerforsyning også kan løses gjennom gjennomstikkskap til mottaksrom som gir mulighet for påfyll uten å forstyrre pasientbehandling. Konseptprogrammet har anbefalinger når det kommer til lager og nærhetsbehov. Blodskap bør plasseres i eller i nærheten av traumerom/akuttrom. Varmeskap for tepper og væsker bør være tilgjengelige for flest mulig, og plasseres ofte nær traumerom/akuttrom. Det anbefales også at ambulansetjenesten har eget lager nær båreinngang. Som hovedregel anbefales det at lagerets lokasjon bør være basert på pasientsikkerhet og færrest mulig skritt, samt avhengig av forbruksmønster og grad av hast.
Akuttstue/ traume- plasser	<ul style="list-style-type: none"> Mottak av kritisk syke og skadde, diagnostikk og livreddende behandling, ev. vil akuttoperasjon utføres her. Rommet benyttes oftest når det er utløst et mottaksteam, eks. traume (kirurgisk team), medisinsk team (hjertestans), barneteam etc. Rommet benyttes også ofte til intern undervisning og trening på mottak av pasient, prosedyrer og samhandling i team 	<ul style="list-style-type: none"> Ja, men prosess for å bygge nye akuttstuer igangsatt 	<ul style="list-style-type: none"> Det er i dag 2 akuttstuer, begge på 19,2 m². Rommene er for små, men kan lett omgjøres til ett stort rom ved behov. Det er behov for ny akuttstue. 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet anbefaler at traumerom bør ligge nær akuttinngang og i umiddelbar nærhet til bildediagnostikk (CT) og konvensjonell røntgen. Området bør skjermes for innsyn for andre pasienter og pårørende, og en bør unngå gjennomgangstrafikk. Det er også viktig med nærhet til blodgass og blodskap, samt at det bør være enkelt å komme i kontakt med resten avdelingen for rask assistanse Noen mindre sykehus med få akuttpasienter velger å legge traumemottak i intensiv eller lenger inn i akuttområdet, nær bildediagnostikk (Kirkenes, Nye Narvik sykehus) Arealet må detaljplanlegges med gjennomtenkt plassering av alt i rommet, inkludert hvor helsepersonell skal stå og utføre sitt arbeid. Denne bør omfatte alle involverte fagpersonell, som anestesilege og -sykepleier, kirurg, radiograf og radiolog, personell fra akuttmottaket m. flere. Det anbefales at det innredes med takhengt røntgen (frigjør plass for mobile enheter)

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 7 av 8)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Undervisningsrom / møterom	<ul style="list-style-type: none"> Undervisnings- og møterom for ansatte. Til bruk ved større hendelser, både for ansatte og pasienter/pårørende. 	<ul style="list-style-type: none"> Nei 	<ul style="list-style-type: none"> Felles undervisningsrom med storskjerm som kan benyttes av sykepleiere og eventuelle leger som får stillingsstørrelse i akuttmottaket 	<ul style="list-style-type: none"> Alle sykehus er pålagt å drive med undervisning, opplæring, utdanning og forskning. Det må derfor være tilgang på møterom og gruppe/undervisningsrom for denne oppgaven. Slike rom kan ligge utenfor akuttmottaket Det bør være tilgang til møterom i eller i umiddelbar nærhet til akuttmottaket. Dersom ansatte slipper å forlate området, kan de raskt rykke ut og bistå ved behov for flere ressurser. Møterom er standardrom, se Standardromkatalogen.
Bad (Stor Dusj/WC)	<ul style="list-style-type: none"> For spyling av/rengjøring av tilsølt pasient. Egne bad for luftsmitte og kontaktsmitte 	<ul style="list-style-type: none"> Nei 	<ul style="list-style-type: none"> Den ene dusjen som finnes er forbeholdt smittepasienter, den er heller ikke egnet for bårer/sitte. 	
WC og WCHC		<ul style="list-style-type: none"> 1 WCHC 3 WC til pasienter og 1 til personal 	<ul style="list-style-type: none"> For få toaletter for pasienter og ansatte Bør være i nærheten mottaksrom, venteplasser og pauserom 	
Mottaksrom	<ul style="list-style-type: none"> Undersøkelse/Vurdering, diagnostikk og behandling Inkludert fasiliteter for psykiatriske pasienter som er utagerende/voldelige 	<ul style="list-style-type: none"> Totalt 8 mottaksrom, i tillegg kan det brukes 3 rom fra kir.pol. 	<ul style="list-style-type: none"> Antall mottaksrom er for få ifht. aktivitet. Mottaksrom brukes som behandlingsrom. Utenom akuttstuene er mottaksrommene mellom 15 og 30 m². Flere mottaksrom har ikke tiknytning til WC. Ikke fasiliteter for psykiatriske pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet anbefaler at minst ett mottaksrom bør utformes som et kontaktsmitteisolat, og ett med robuste materialer med tanke på utagerende pasienter og pasienter med særlige behov. Det anbefales at mottaksrom er i nærhet til andre mottaksrom for rask bistand, nærhet til WC og medisinrom.

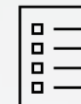
Innhold

- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Et av tiltakspunktene fra fase I av Fremragende akuttmottak er at det skal etableres en avklaringsenhet (tiltakspunkt 8)

- På de neste sidene vil prosjektet gå mer inn på behovet for en avklaringsenhet, hva det er, og hvilken verdi den vil kunne gi pasientene, helsepersonellet og sykehuset som helhet.
- Begrepet avklaringsenhet benyttes av flere sykehus. Innhold ligner en observasjonsenhet, men det kan være lagt større vekt på mer aktiv diagnostikk*. Kortidsenhet eller kortidspost er også et begrep som brukes.
- Som vedlegg til sluttrapporten fra fase I av prosjektet, er en prosjektrapport fra Helse Møre og Romsdal lagt ved, hvor de har utredet hvordan en kortidspost best kan etableres. Mye av dette er også relevant for HNT, og prosjektet har derfor valgt å bruke noe av innholdet her. Rapporten finnes som vedlegg til [sluttrapporten](#) til Fremragende akuttmottak Fase I.

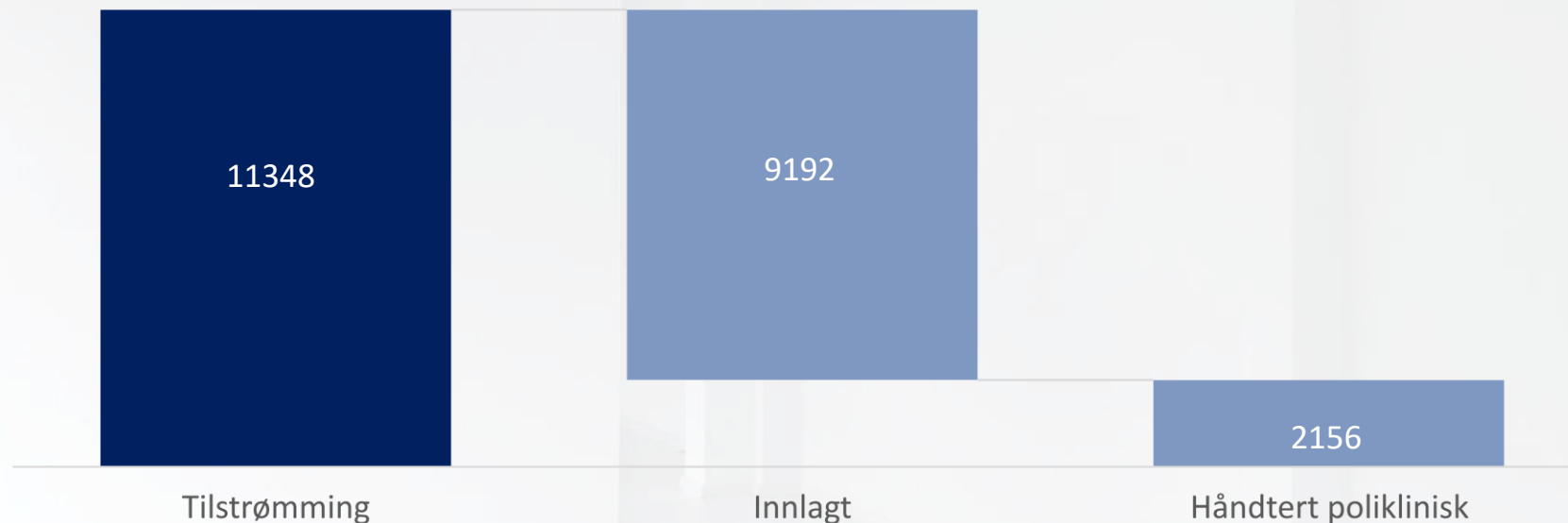
*[Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 10)



I 2021 var 74% av alle pasienter som ble lagt inn på sykehusene i HNT, øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottaket en viktig funksjon for å sikre riktig behandling på riktig omsorgsnivå

Per i dag er det ikke plass i akuttmottaket i Levanger til å avklare pasienter som må observeres eller vente på undersøkelser, for avklaring om innleggelse

I 2020 ble 81% av pasientene som kom til akuttmottaket, lagt inn på sykehuset, noe som tilsvarer 9192 av 11348 pasienter:

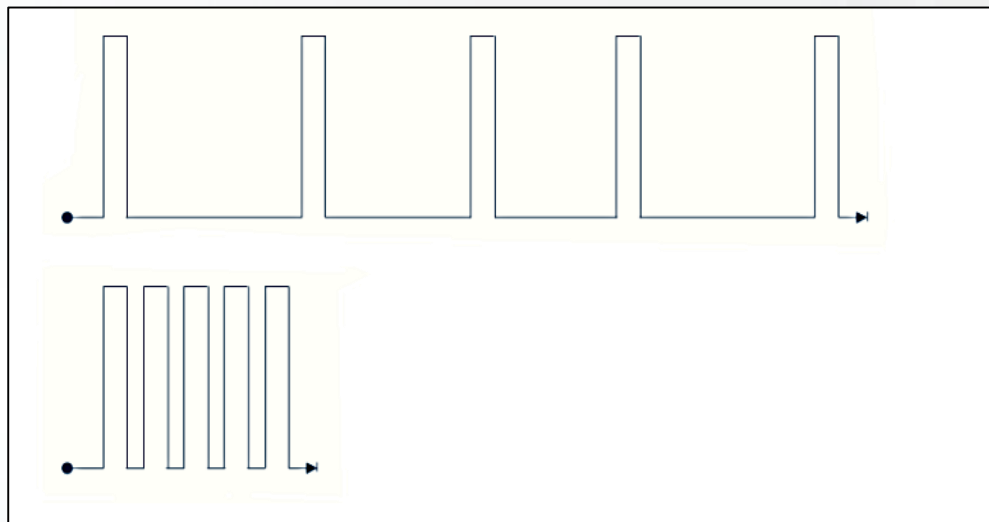


I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 påpekes det at stadig mer utredning og behandling skjer i akuttmottaket og i tilknytning til en observasjonsenhet

Målsettingen med en avklaringsenhet er at mange av pasientene som mottas som øyeblikkelig hjelp skal raskt kunne vurderes, diagnostiseres, behandles og skrives ut uten innleggelse på ordinær sengepost

Avklaringsenheten skal sikre optimalisert arbeidsflyt og ressursutnyttelse som understøtter redusert ventetid og raskere pasientforløp, samt økt kvalitet i pasientbehandlingen med påfølgende lavere risiko for feil. I avklaringsenheten gis det ingen behandlingstilbud som ikke også kan utføres på sengepost, men forløpshastigheten i avklaringsenheten er typisk vesentlig høyere.

En avklaringsenhet skal samlet gi den effekten som er inkludert i følgende figur:



Figur fra «OU SNR Kortidsspost – Sluttrapport» Figur 13, S. 32

Hastigheten i hver aktivitet er uforandret, men aktivitetene i nederste del av figuren utføres med langt større kontinuitet, med mindre opphold mellom og med større samtidighet. Det er altså tiden hvor det ikke skjer noe verdiskapende for pasienten, som reduseres, og den reduseres mye.

Avklaringsenheten er i likhet med akuttmottaket, alltid åpen



Åpningstid

- Behandlingen må foregå med stor grad av døgnekontinuitet og med tilhørende liten grad av venting på videre diagnostikk. Dette innebærer at beslutningsdyktig kompetanse er tilgjengelig for raske avklaringer utover dagbasert arbeidstid i tilstrekkelig grad. Standardiserte pasientforløp med tilhørende definert og optimalisert arbeidsfordeling mellom de involverte rollene er en viktig faktor i dette.



Organisering:

- Ansvar for å følge opp og skrive ut pasienter på avklaringsenhet vil være vaktteamet på de deler av døgnet hvor de alene er tilstede, eller overlege i akuttmottak påfølgende morgen. Dette forutsetter overlege tilstede i akuttmottaket hver dag (100% stilling).



Bemanning/kompetanse:

- Sambruk av bemanning med akuttmottaket.
- Det vil være behov for økt sykepleiebemanning (en ekstra person gjennom døgnet).



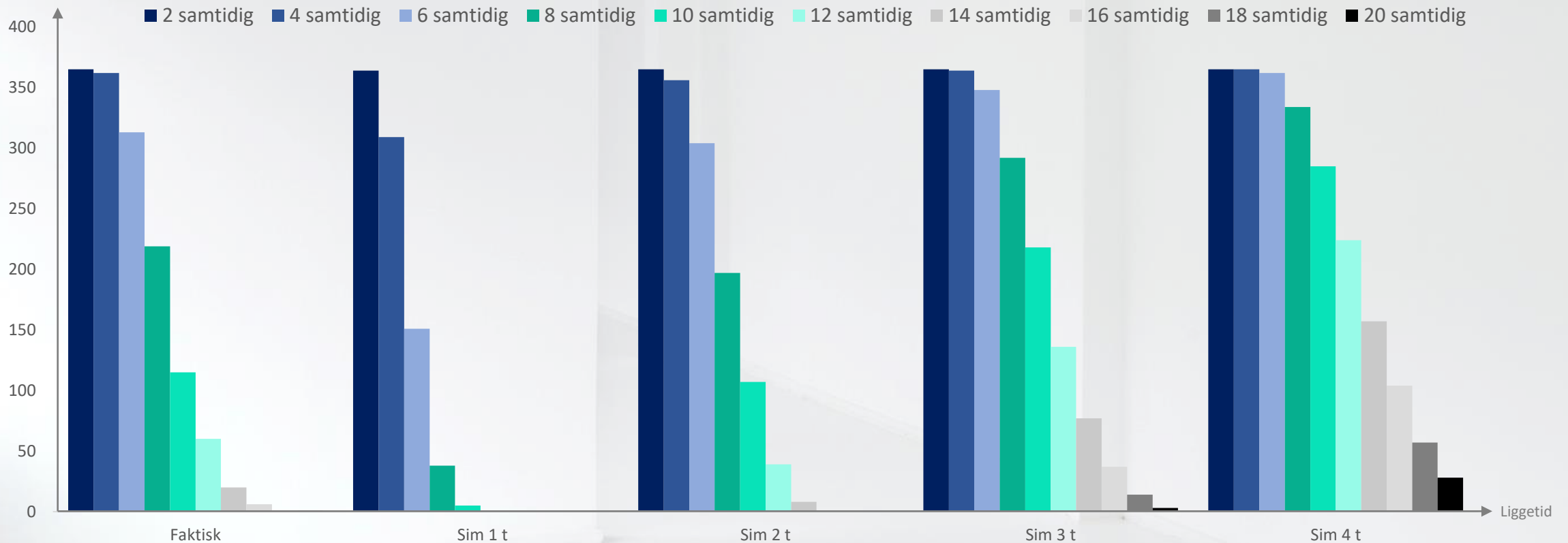
Utforming av areal:

- 8 enkeltrom i tilknytning til akuttmottaket.
- Fordeler ved enkeltrom: enklere å overholde taushetsplikt og smittevern, fleksibilitet i sambruk av arealer, og kan bidra til økt pasientsikkerhet. Det vil også være flere pasientgrupper som avklaringsenheten kan være aktuell for, dersom det er enerom

Antall enerom (8) på avklaringsenheten er foreslått ut fra følgende graf:

I 2021 var median liggetid i akuttmottaket på 138 minutter, og med mer avklaring i akuttmottaket vil liggetiden øke for pasienter som skal avklares uten innleggelse. Nedenfor viser en simulering av hvor mange dager i året det vil være x pasienter samtidig i akuttmottaket, basert på ulik lengde på liggetid. Med 8 mottaksrom, og 8 rom på avklaringsenheten vil akuttmottaket ha plass til 16 pasienter samtidig. NB! Framskrivning er ikke tatt med i denne simuleringen.

Antall unike dager
med x pasienter
samtidig



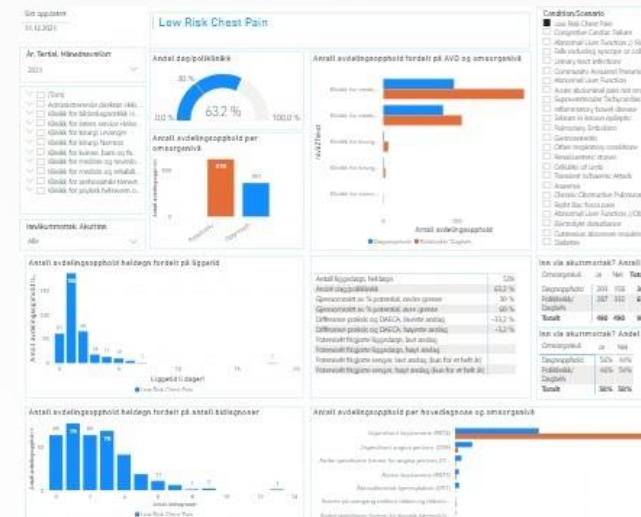
Inklusjonskriteriene for avklaringsenheten skal stå i forhold til det behandlingstilbudet som posten optimaliseres for, slik at den brukes aller mest til det den er best på

Kriterier for innleggelse

- Anbefalte inklusjonskriterier for korttidspost er:
 1. Pasienten behandles som øyeblikkelig hjelp
 2. Pasienten er over 18 år
 3. Pasienten forventes å kunne skrives ut innen 6 timer ut fra den vurderingen som er gjort i akuttmottaket (men mulighet for forlengelse til inntil 12 timer)
 4. Pasientens behov for tilsyn og overvåkning må sees på i sammenheng med pasientens tilstand og tilgjengelige personalressurser

I Storbritannia har de laget en modell som oppgir ca. 50 tilstandsgrupper hos pasienter som har potensial for å behandles poliklinisk i stedet for å legges inn; DAECA.

- På St. Olav har de brukt modellen til å kvantifisere potensialet, og på bakgrunn av det, jobber de strukturert med å frigjøre senger på sengeposter.
- Analyseavdelingen i HNT har lastet inn grunndata fra HNT i modellen, slik at vi også kan estimere potensialet i HNT. Link til modellen er [her](#).
 - I 2019 estimeres det et **potensial på mellom 1083 og 2.492 pasienter ekstra som kan avklares** i akuttmottaket på sykehuset i Levanger, i stedet for å legges inn (basert på de ca. 50 tilstandsgruppene)
- Helsedirektoratet tilpasser nå modellen til norske forhold, blant annet tilstandsgruppene, slik at modellen kan implementeres i hele Norge



Bilde av DAECA-modellen

Følgende pasientgrupper er de med høyest volum som kommer til akuttmottaket, og flere pasienter innenfor disse gruppene, er relevante for en avklaringsenhet

Pasientgruppe	Antall pasienter i akuttmottaket på Sykehuset i Levanger (totalt for 2018, 2019 og 2020)
Magesmerter	4453
Feber/Infeksjon	4138
Brystsmerter	2956
Nevrologisk utfall/hjerneslag	1771
Tungpust/pustebesvær	1344
Skade legg/kne/lår/hofte/bekken	1184
Ekstremitetsplager	805
Ryggsmerter	772
Hodeskader	728
Svimmelhet	650
Unormal hjerterytme	556
Hematemese/melena	485
Intoks	402
Bevissthetstap	385
Hodepine	384

Det er flere pasientgrupper som er godt egnet for en avklaringsenhet, men også noen pasientgrupper som er lite egnet for en avklaringsenhet

Pasientgrupper som er godt egnet

- Lett/moderat intoksikasjon/rus
- Synkope uten objektive kliniske funn i mottak
- DVT/mistanke om DVT
- Brystsmerter hos ellers stabile pasienter
- Magesmerter hos ellers stabile pasienter
- Nyresteinsanfall/Gallesteinsanfall
- Hjernerystelse
- Svimmelhet hvor sentral årsak er mindre sannsynlig
- Hypoglykemi som responderer på glukosetilførsel

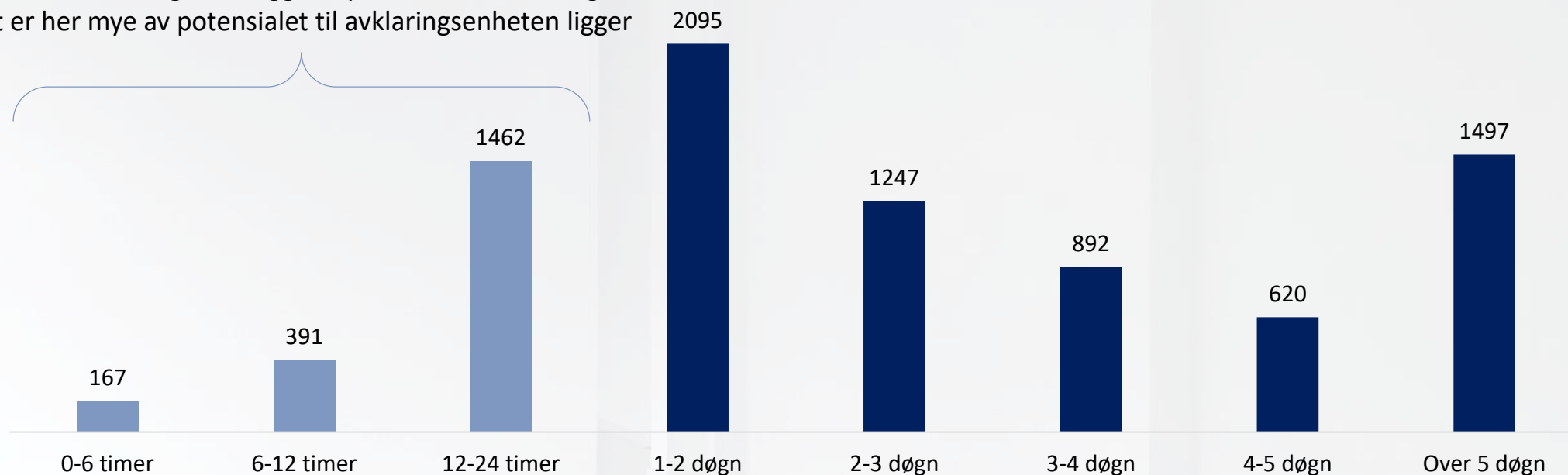
Pasientgrupper som er lite egnet for en avklaringsenhet

- Sepsis
- Hjerteinfarkt
- Respirasjonssvikt
- Sirkulasjonssvikt
- Delir
- Hjerneslag
- Alvorlige syre/base-forstyrrelser
- Alvorlige elektrolyttforstyrrelser

I 2021 var gjennomsnittlig liggetid på 3,4 dager for ø-hjelpspasienter på sykehuset Levanger

Antall pasienter fordelt etter liggetid i 2021 på Levanger sykehus

I 2021 hadde 2.020 ø-hjelpspasienter som ble lagt inn på sykehuset i Levanger, en liggetid på under 24 timer, og det er her mye av potensialet til avklaringsenheten ligger

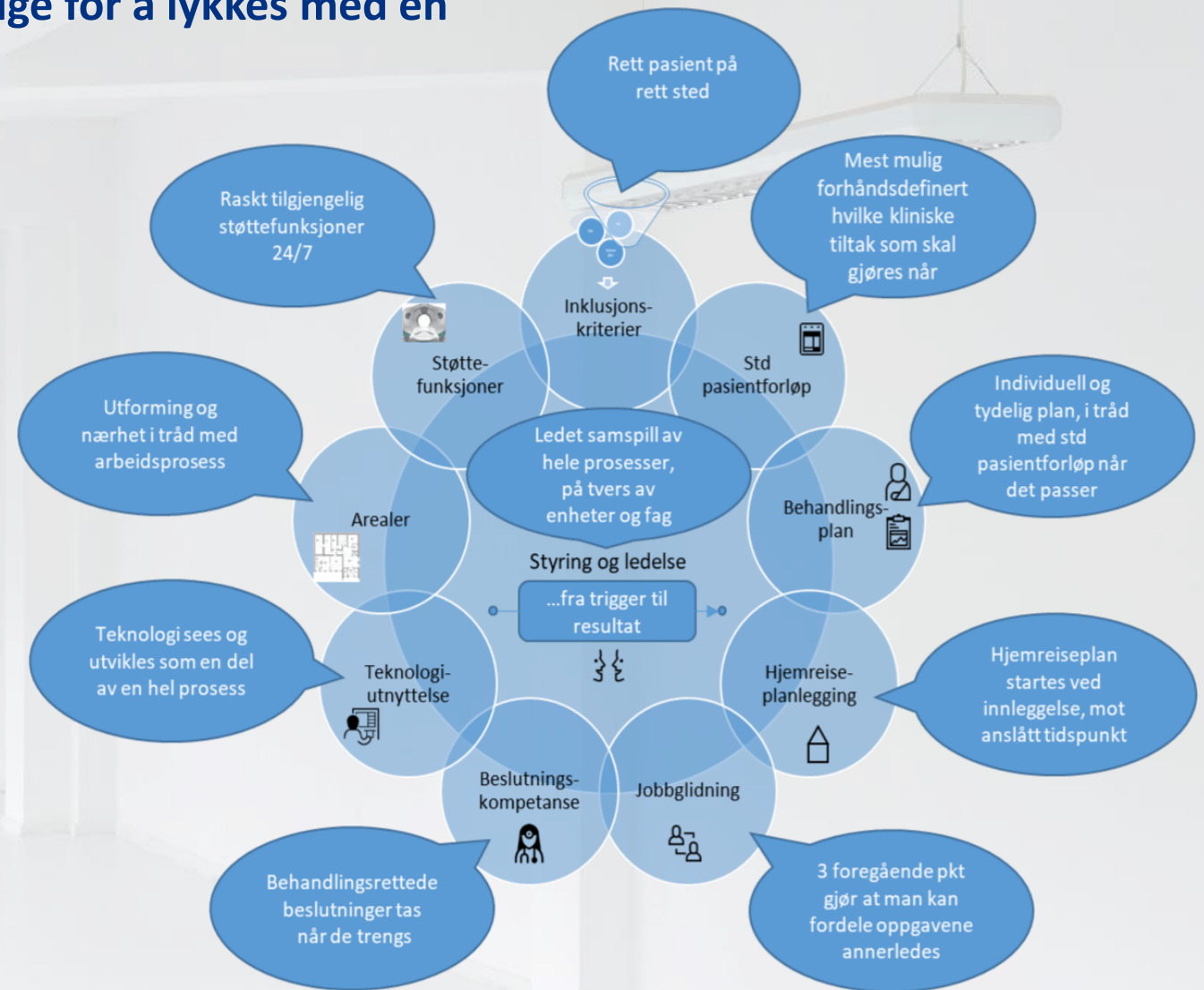


Liggetid på avklaringsenheten

- Dersom man legger konseptet for nært opptil dagens praksis vil man ikke kunne klare å få ut de effektene som ønskes. En avgrenset behandlingstid/liggetid på avklaringsenheten på Levanger sykehus foreslås derfor til 6 timer, med mulighet for forlengelse til 12 timer.
- Noe skjønn for utskrivning/hjemsending bør utøves med hensyn til tid på døgnet for pasientenes ve og vel.

Det er en rekke nøkkelfaktorer som er viktige for å lykkes med en avklaringsenhet

De typisk kjente barrierene er tilgang på leger, egnede lokaler og tilgjengelighet til støttefunksjoner. Tydelig målsetning, innhold og organisering er avgjørende for å lykkes. Dersom korttidspost blir forstått som en ny venteseone kan situasjonen til og med forverres. Det er en forutsetning for å lykkes at en har tilgang på nødvendig spesialistfaglig beslutningskompetanse. Hensikten er at beslutningene blir tatt når behovet er tilstede, uten unødvendig venting.



Innhold

- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Muligheter for utvidelse (Side 1 av 2)

1

2



Område	Størrelse	Fordeler	Ulemper	Kostnad
Sterilsentralen	Eiendom legger inn	<ul style="list-style-type: none"> • Stort areal som kan strippes ned for ombygging ganske kjapt. • Kan være mulig ganske snart å få etablert en avklaringsenhet med triagesal i umiddelbar nærhet, med egen inngang for pasienter som kommer i privat skyss • Umiddelbar nærhet til ABD (CT, Rtg og UL) vil være til stor fordel for logistikken og bruken av personalet – det kan åpnes for egen inngang til ABD akuttmottak herfra i og med at det er nok areal her til at ABD kan få utvidet for sine ønsker. • Mulig å ha smitterom med egen utgang/i nærhet til utgang • Mulig å ha triage og venterom i umiddelbar nærhet av en avklaringsenhet, som vil kunne muliggjøre sambruk av personale til tider av døgnet • Legekontor/samtalerom kan sambrukes dersom triage- og avklaringsenhet ligger i umiddelbar nærhet av hverandre. Her kan leger/sykepleiere ha konsultasjoner og utføre eventuelle undersøkelser som ikke bør gjøres i fellesareal samt gi informasjon uten at taushetsplikten utfordres. Eventuelle toalett kan også sambrukes dersom disse to enheten plasseres nært hverandre. Sambruk av personale?? Kommer nok litt an på «trykket» og bruken, men som skrevet over vil det nok være mulig på enkelte tider av døgnet i allefall. 	<ul style="list-style-type: none"> • Må bygges om en del for å kunne brukes slik som ønskelig • Øvrig kontorplasser som trengs? Noe vil fungere, men det er begrenset vindusplass her og. 	Eiendom legger inn
Laboratoriet	Eiendom legger inn	<ul style="list-style-type: none"> • Muligheter for å anlegge stort sett de funksjonene som beskrevet for arealet til sterilsentralen. • Arealet er stort og det vil være mulig å plassere inn det som er ønsket av funksjoner i akuttmottaket, og kunne anlegge det slik at eventuelle utvidelser kan gjøres dersom pasientfremskriving treffer og det er nødvendig • Lengre flater/areal som ligger ut mot dagslys på begge sider av bygget 	<ul style="list-style-type: none"> • Dette arealet er lengre unna det som er anlagt for ABD i akuttmottaket pr nå, så avstand for pasienter på en avklaringsenhet blir lengre. Nå er jo dette de «friskeste» pasientene, så det bør ikke være det som trekker mest ned. 	Eiendom legger inn

Muligheter for utvidelse (Side 2 av 2)

1

2



Område	Størrelse	Fordeler	Ulemper	Kostnad
Kirurgisk poliklinikk	Eiendom legger inn	<ul style="list-style-type: none"> • Dette alternativet har lavest kostnad? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ligger inne i sykehuskroppen, og har derfor ikke mulighet for å anlegge egen inngang for gående eller smitterom med inngang direkte utenfra. Arealet ligger heller ikke mot dagslys/frisk luft. • Arealet kan bygges om for å anlegge de funksjoner beskrevet over, men plassering blir «langstrakt» og gir ikke rom for noe videre ekspansjon. • Mulig ombygging/endring vil medføre samme utfordringer som akuttmottaket møter i dag – det er bæreetasje for resten av sykehuskroppen, så vegger er problematisk å flytte på i og med at noen er bærevegger/brannvegger og flere steder vil det vel som i akuttmottaket ligge sjakter og tekniske rom som setter begrensinger? • Arealet her ligger nært det som er anlagt for ABD, men en avklaringsenhet vil nok bli plassert i ytterenden av denne korridoren, slik av avstanden herfra ikke er optimal. Nå er jo dette de «friskeste» pasientene, så det bør ikke være det som trekker mest ned. 	Eiendom legger inn

Innhold

- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket

For å legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket er det behov for tilstrekkelig areal, kompetanse og utstyr. Areal og kompetanse er dekket i andre tiltakspunkt, og derfor er det kun utstyr som er dekket i dette tiltakspunktet. Under er en oversikt over utstyr som mangler i dag, og kan være relevant i dag og i fremtiden.



Utstyrbehov	Begrunnelse for behov
Utstyr for økt bruk av videokonsultasjon	I Strategi 2030 for HNT, siktes det på at 20% av konsultasjoner skal være digitale. Videokonsultasjon kan være en fordel i distrikter, eller der pasienter/leger er langt unna sykehus. Små sykehus vil kunne ha mulighet til å få kontakt med spesialister på større sykehus. Videobasert kommunikasjon kan bidra til å løse ulike typer akuttmedisinske hendelser i de tilfeller hvor det er behov for behandlingsråd, eller diskusjoner relatert til transport og/eller logistikk. Dette kan igjen bidra til redusert tilstrømming til sykehuset. Kan være til hjelp for kommunikasjonsutfordringer og møtebegrensninger knyttet til covid-19.
Oppgradering av dagens ultralydapparat.	I konseptprogrammet anbefales det at dersom akuttmottaket ikke har egen bildediagnostisk enhet, bør modaliteter som CT og konvensjonell røntgen være lokalisert geografisk nær akuttmottaket. Det er spesielt et behov for nærhet mellom CT og traumerom. Rask diagnostikk av f.eks. hjerneslag og skader kan være livreddende. Det må også være tilgang til et avansert ultralydapparat i akuttområdet. Mer bruk av «point-of-care» utstyr i akuttmottak, dvs. utstyr for pasientnære analyser for raskere tilgang til prøvesvar. Eksempler er utstyr til diagnostikk som ultralyd diagnostikk og lab- og mikrobiologiske prøver m.m.
Sensorovervåking på alle pasienter som er uavklart.	Sensorteologi kan bidra til tryggere overvåking av pasienter, og økt pasientsikkerhet uten at det utløser behov for økt bemanning.
Taleforsterker	Viktig verktøy for at pasienter som hører dårlig kan høre det som blir sagt.
Takhengte søyler på alle mottaksrom for oppkobling av utstyr	
Frenzels brille	Må i dag hentes på sengepost. Brukes mye ved diagnostisering av svimle pasienter/svimmelhetsdiagnostikk. Koster lite.
Spirometri	Enkelt apparat for å måle pust og lungekapasitet på pasienter med pustebesvær.
Tonometri	For å kunne måle trykk i øye i akuttmottaket.
Videokamera m/lyskilde og skjerm for å se i nese/øre/hals.	Kan brukes til å finne fremmedlegemer i halsen/luftveiene. På levanger er det ikke tilgang på ØNH-spesialister etter kl. 15:00.

Innhold

- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Pasientplasser per sykehus

Sykehus	Populas.	Populasjon x Levanger	Oppholdstid	Crowding?	Pasientplasser	Mottaksrom	Traumeplasser	Smitterom	Triage	Observasjon/avklaring	Venter	Annet	Merknad
Ahus	516.000	5,4	3,9	Ja	65	16	3		7	10		29	Obsplasser i praksis mottaksrom (pga få rom), gir totalt 26 mottaksplasser.
Haukeland	447.000	4,7	3,1	Nei	95	17	9		8			61	Ny organisering har gitt nesten ingen pasienter på venterom.
Stavanger (skal bygges)	362.000	3,8	4,0		62	33	4		10	15			Flere tiltak i 2019 har redusert crowding og liggetid. Triage stengt 8-15.
St. Olavs	314.000	3,3	3,2	Ja	53	10	3		10	10		20	
Kalnes	289.000	3,0	4,4	Ja	43	13	2			22		6	Akuttsal (rød/oransje) for 6(-8) pasienter fungerer godt.
Tønsberg (nå)	235.000	2,5	3,1	Ja	26	10	3			13			
Tønsberg (skal bygges)	235.000	2,5			47	8	4	2		5		28	
Drammen (skal bygges)	168.000	1,8			64	31	3			30			Spesialrom for barn, psykisk helse, øye, ønh er inkludert i tallene.
Bodø	149.000	1,6	3,3	Ja	28	6	2		8	12			Felles triage/ventesone. Brukes også i påvente av avklaring.
Hjelset (skal bygges)	110.000	1,2	2,0		31	4	2	1	4			20	Korttidspost med 20 plasser (hvor noen også kalles observasjonsplasser)
Førde	107.000	1,1	2,4	Ja	11	5	2	1		3			Planlegger +6 observasjonsplasser. Obsplassene brukes også som triage.
Levanger	95.000	1,0	2,3	Ja	9	5	2	2					
Namsos	40 000	0,4	2,1	Ja	7	3	2	2					
Kirkenes	27.000	0,3	3,5	Ja	4	3		1					Observasjonsplasser planlagt. Ansatt flere Lis2 for bedre flyt.

Liste over typiske rom i et akuttmottak (fra Konseptprogram)

Ambulanseinngang	Ekspedisjon	Utstyrslager	Sluse, luftsmitte
Arbeidsstasjon	Isolat, kontaktsmitte	Medisin	Traumerom
Arbeidsrom	Isolat, luftsmitte	Møterom	Undersøkelsesrom, mottak
Avfall, miljøstasjon	Kjøkken/tekjøkken	Stort møterom	Undersøkelsesrom, triage
Bad	Kontor, 1 person	Observasjonsplass	Venteplass
Bad, luftsmitte	Areal til kopi	Omstillingsplass	WC og WC-HC
Bad, kontaktsmitte	Rent lager	Pauseareal	
Desinfeksjon, somatikk	Tøy-lager	Samtalerom	

Pandemierfaringer som påvirker arealplanlegging (mars-november 2020)

- Generelt:
 - Pretriage (grovsortering, innebærer vurdering av pasient etter gitte kriterier) av alle pasienter før de går inn i sykehusene.
 - Covid-19 bekreftede/mistenkte pasienter skilles fra andre pasienter.
- Det tilstrebes egen pasientflyt for Covid-19 bekreftede/mistenkte pasienter i de somatiske sykehusene (akuttmottak, heis, døgnområder, intensiv og bildediagnostikk der det er mulig).
- Flere enheter for psykisk helse og rus har etablert areal for isolering av pasienter som er Covid-19 bekreftede/mistenkte.
- Etablering av kohortmottak i ambulanseshall når ambulanseshall ligger i direkte tilknytning til akuttmottak
- Etablering av egne undersøkelsesrom for mottak av pasienter med påvist/høy smittemistanke med inngang direkte fra ambulanseshall eller utenfra
- Etablering av undersøkelsesrom med undertrykksventilasjon i ambulanseshall
- Nærliggende observasjonspost benyttes som buffer for akuttmottak for mottak av pasienter uten smittemistanke
- Nærliggende areal som akuttpoliklinikk / skadepoliklinikk tas i bruk som utvidet akuttmottak til «rene pasienter»
- Areal i akuttmottak deles inn i rene og urene soner.
- Flere opplever mangel på enerom
- Større saler blir i liten grad brukt for å unngå krysskontaminering..
- Styrking av tilstedeværelse av lege- og sykepleierressurser i mottak
- En erfaring de fleste opplever er at alle kategorier akuttpasienter har gått ned med 30 % mars/april 2020.
- Frigjøring av areal nært akuttmottak gir mulighet for utvidelse for akuttmottaket/-poliklinikk ifbm. Covid-19.
- Erfaringer fra pandemien Covid-19 viser betydningen av muligheten for raskt å utvide tilgjengelig mottaksareal under denne type massehendelser ved å koble på/etablere midlertidige installasjoner i telt, containere eller andre former for provisorier i umiddelbar nærhet av eksisterende mottaksarealer.

[Fra Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 28)

Sikkerhet/risikoreducerende tiltak

Det er utarbeidet en veileder for sikring av sykehusbygg i regi av HOD (2020). Veilederen inneholder råd om mulige risikoreducerende tiltak som gjelder funksjonelle avgrensninger, organisatoriske avgrensninger og beredskap.

Funksjonelle avgrensninger

- Visuell oversikt over avdelingen reduserer trusselnivå, får raskere hjelp
- Fluktveier fra behandlingsrom
- Dette får konsekvenser for plassering av f.eks. arbeidsbord med PC (nær døren)
- Etablering av to dører i enkelte rom
- Dører som slår ut hvis bruk av slagdør
- Minst ett av undersøkelsesrommene bør innredes med hardført interiør
- «skuddsikkert» glass i ekspedisjon, arbeidsstasjon

Organisatoriske avgrensninger

- Bemanning
- Adgangskontroll
- Voldsalarm
- Innbruddsalarm
- Kameraovervåking av området
- Opplæring av personalet, trene på håndtering av situasjoner

Beredskap

- Alle sykehus er pålagt å ha en beredskapsplan for massetilstrømming/masseskadetriage og for eskalering av hverdagsberedskap når det kommer flere pasienter i samtidighet eller andre uventede hendelser oppstår. Dette krever at det må være en plan for hvordan omkringliggende areal og resten av sykehuset skal benyttes ved økt beredskap.

Kriterier og krav for planlegging av et godt akuttmottak

Kriterier som bør oppfylles

- Høyest mulig pasientsikkerhet
- Rasjonell logistikk og pasientflyt
- Optimal ressursutnyttelse av rom, personell og utstyr
- Tilrettelegge for tverrfaglig diagnostikk og behandling
- Tilrettelegge for virksomhetsutvikling og organisasjonsendringer
- Godt pasientmiljø
- Godt arbeidsmiljø for personale, herunder ivaretagelse av sikkerhetsaspektet
- Effektiv forsyning av legemidler, forbruksvarer, utstyr, senger, mat, avfall o.l.

Bygget skal planlegges ut fra krav til

- Pasientsikkerhet
- Smittevern
- HMS
- Funksjonalitet
- Logistikk – pasientflyt, ansatte- og vareflyt
- Fleksibilitet og generalitet



[Fra Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 49)

FREMRAGENDE AKUTTMOTTAK- Fase II

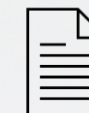
Tiltakspunkt 8, 9 og 22
Beskrivelse av areal- og utstyrbehov
Sykehuset Namsos

Innhold

- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Det er gjennomført flere landsomfattende tilsyn ved akuttmottak i sykehus de siste 20 årene

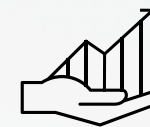
- Tilsynsrapportene viser at det er mye de samme problemstillingene som fortsatt går igjen i akuttmottakene.
- I Læringsnotat fra Kunnskapscenteret i 2015 oppsummerer de med at *samme* type avvik skjer 6 år etter tilsyn (2009).
- **Funn som er relevant for planlegging av nye akuttmottak:**
 - Uoversiktlige arealer, gjør det vanskelig å følge med pasientene
 - Mangel på mottaksrom og pasienter som ligger på 'korridor'
 - Risiko for brudd på krav om vern av pasientopplysninger og pasientens integritet
 - Manglende samsvar mellom lokaler og arbeidsflyt
 - Ikke god nok tilgang på informasjon i sanntid og på alle punkter i et mottak
- Helsetilsynet har ved flere anledninger påpekt at organisering og ledelse av akuttmottak er mangelfull.



Framskriving tilsier en økning i akuttinnleggelser i Norge på 43% fra 2017 til 2035*

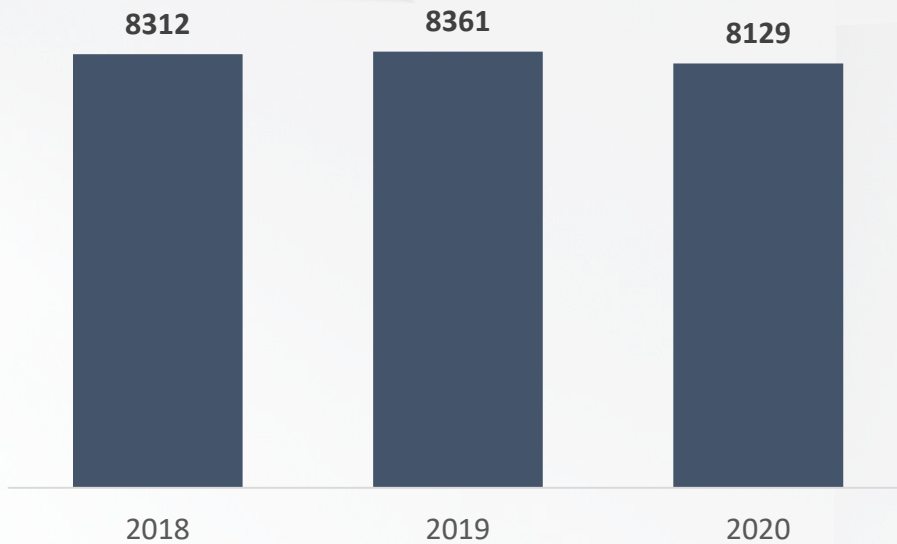
- Befolkningens alderssammensetning vil i løpet av de neste ti-årene endres kraftig, med stor vekst i folketallet og antall eldre. Dette innebærer betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester.
- En framskrivning av behovet for helsepersonell, som følge av befolkningsendringene, viser at helseforetakene i Midt-Norge vil ha behov for 25% flere årsverk fram til 2030. Kommunene vil ha tilsvarende eller større behov.

*[Konseptprogram akuttinntak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 53)

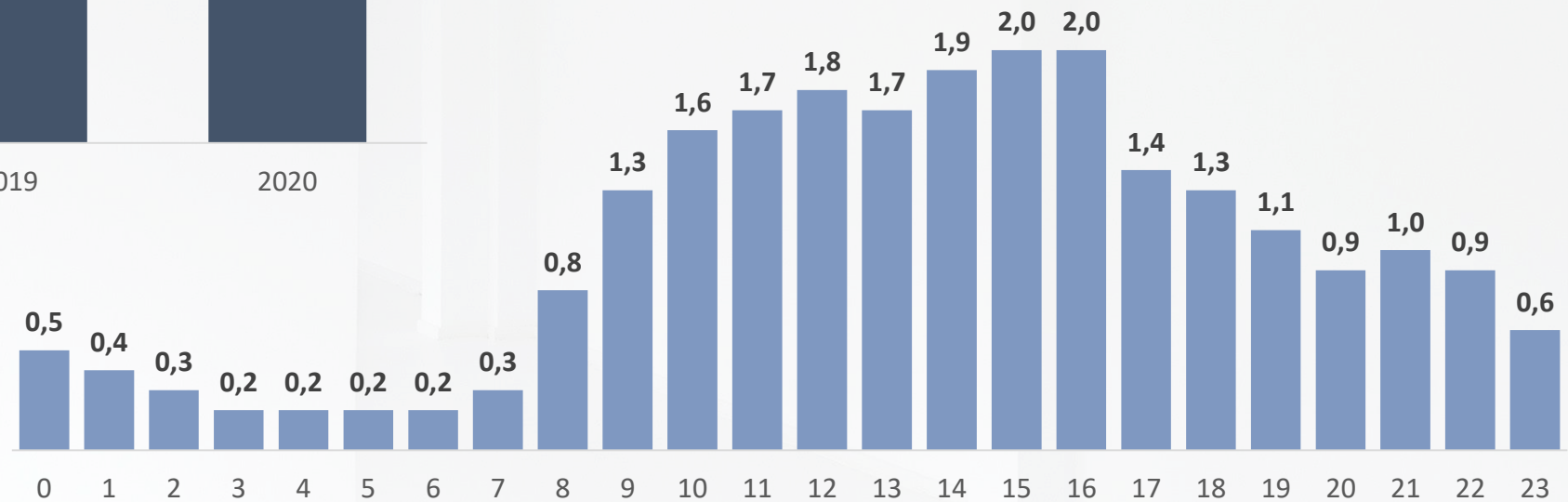


Årlig kommer det i overkant av 8000 pasienter til akuttmottaket i Namsos

Utvikling i tilstrømming* per år:



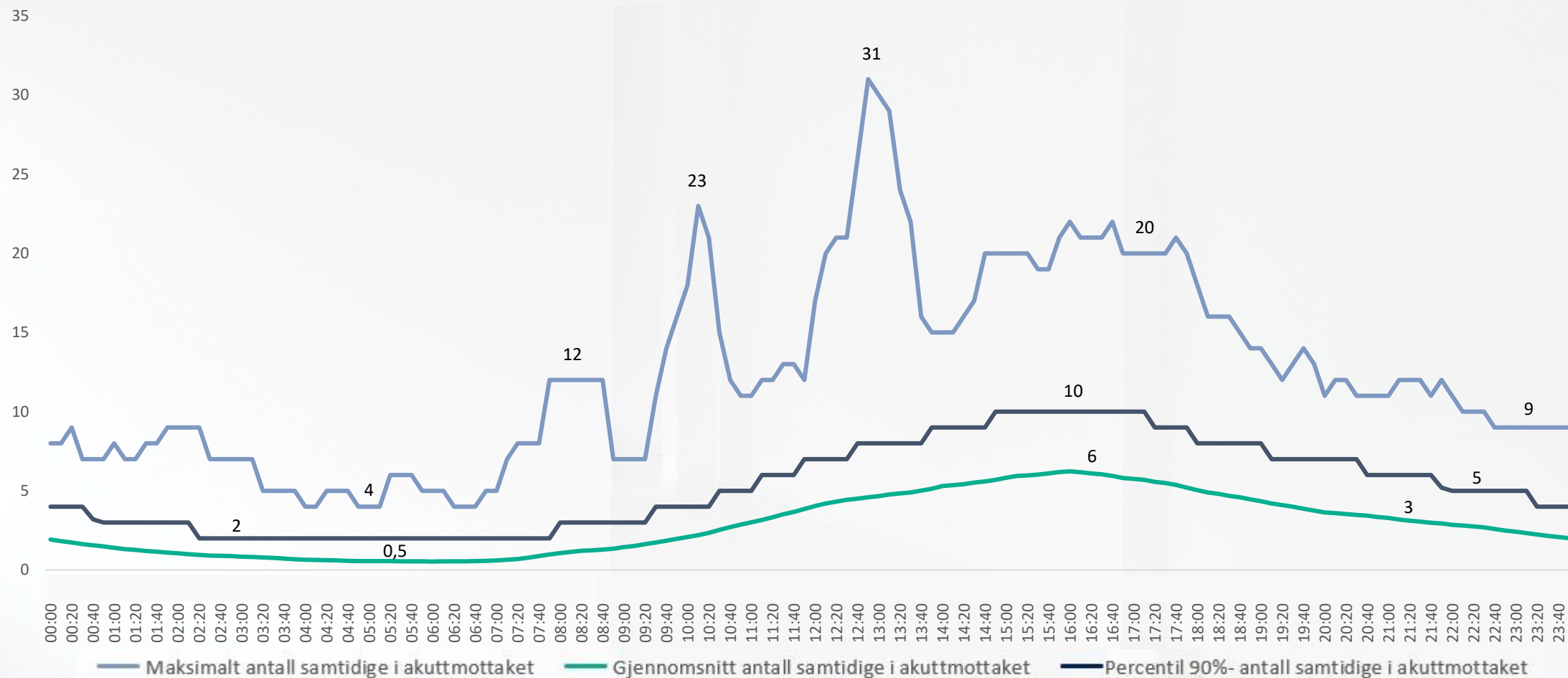
Gjennomsnittlig tilstrømming* gjennom døgnet for årene 2018, 2019 og 2020:



*Inkluderer ikke elektive pasienter

Gjennomsnittlig er det 6 pasienter samtidig i akuttmottaket i Namsos, mellom kl. 15:00 og 16:00

Oversikt over antall pasienter* i akuttmottaket samtidig i Namsos (tall for 2018, 2019 og 2020):



I konseptprogrammet for planlegging av akuttmottak, fra sykehusbygg, pekes det på følgende utviklingstrekk mot 2030

- Mer avansert diagnostikk og behandling prehospitalt (utstyr, kompetanse og kommunikasjon).
- Sterkere sentralisering av de tilstander som krever spisskompetanse.
- Sterkere sentralisering av akuttkirurgi og kvinne/barn-medisin.
- Desentralisering av det enkle og mest vanlige.
- Spissing av aktivitetene i akuttmottak til sortering/avklaring/oppstart av behandling slik at en økende pasientstrøm kan ivaretas uten unødig ventetid.
- Mer diagnostikk (inkludert bildediagnostikk), avklaring og behandling i akuttmottak/observasjonspost (24 timer), gjør at pasientene unngår unødvendige flerdøgns innleggelse.
- Mer bruk av «point-of-care» utstyr i akuttmottak, dvs. Utstyr for pasientnære analyser for raskere tilgang til prøvesvar. Eksempler er utstyr til diagnostikk som ultralyd diagnostikk og lab- og mikrobiologiske prøver m.m.
- Flere «fast track» for rask diagnostikk og behandling, dvs. Forløp som går helt eller delvis utenom akuttmottaket. Dette er ofte pasienter som er ferdig diagnostisert før ankomst til sykehus.
- Leger med spesialisering i akutt og mottaksmedisin med bred klinisk erfaring i front ved de fleste akuttmottak.
- Spesialiserte mottaksteam for geriatri/multimorbide pasienter, spesielt ved større sykehus. Som eksempel har Sykehuset Østfold Kalnes innført mottaksteam for geriatri/multimorbide pasienter som prøveprosjekt (2019). Mottaksteam for geriatri er mer og mer vanlig i f.eks. Storbritannia og Canada.
- Styrket samhandling med kommunale ambulante team og ambulante team fra sykehuset for å redusere behovet for akutt sykehusbehandling.

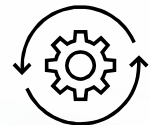


Innhold

- 1 Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2 Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3 Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4 Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5 Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6 Vedlegg




Dagens akuttmottak er lite egnet til framtidens akuttmottak

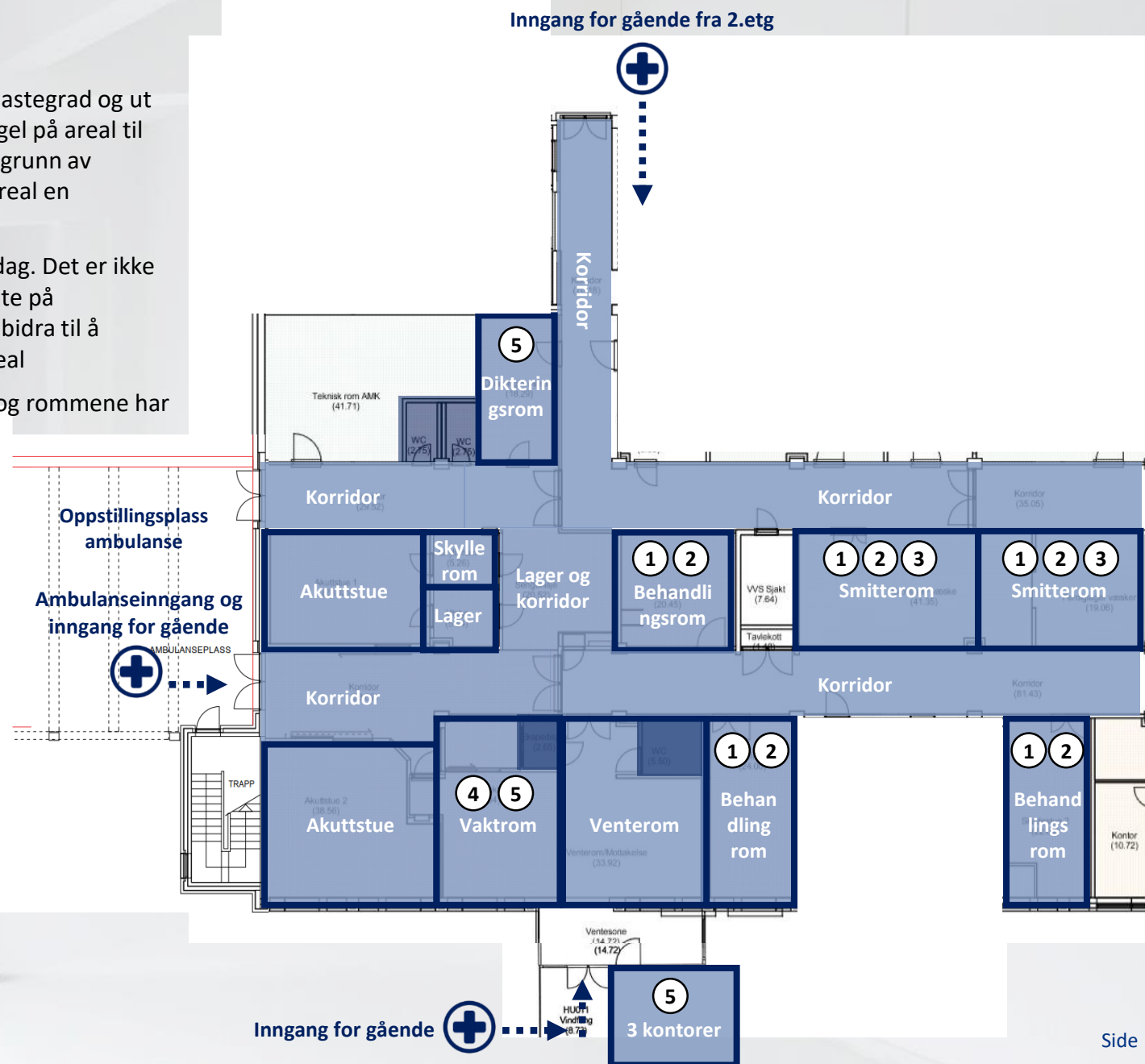
- Arealknapphet og funksjonalitet utfordrer kapasitet og pasientflyt i akuttmottaket.
- Det som fremheves som mest presserende på kort sikt er lokaliteter for triage, avklaringsenhet/observasjon, pårørenderom, arbeids-, og oppholdsrom for både leger og sykepleiere.
- Ansattes pauserom gir ikke mulighet for skjerming og ro da det også er et arbeidsrom.
- Lange avstander til poliklinikker som kunne avlaste rombehov ettermiddag og kveld.
- Lite oversiktlig areal som gir utfordringer med koordinering og kontroll.



Utfordringer i dagens akuttmottak

- 1. Triage:** Alle pasienter som kommer gående blir tatt inn til triage, får en hastegrad og ut fra den enten satt på venterom eller lagt inn på undersøkelsesrom. Mangel på areal til triage skaper mye forflytninger av pasienter inn og ut av mottaksrom på grunn av prioritering av sykere pasienter. Ved katastrofe/masseskade er dagens areal en flaskehals og pasienter blir stående ute i kulden i påvente av sortering.
- 2. Avklaringsenhet:** Det er ingen arealer til en avklaringsenhet slik det er i dag. Det er ikke plass i akuttmottaket til å avklare pasienter som må observeres eller vente på undersøkelser, for avklaring om innleggelse. Dersom akuttmottaket skal bidra til å avklare flere pasienter, for å unngå innleggelse, er det behov for nok areal
- 3. Smitterom:** Dagens smitterom har felles toalett, som begrenser bruken og rommene har ikke egen inngang fra uteområdet.
- 4. Vaktrom:** Vaktrommet er lite, og brukes også som undervisningsrom. Det er heller ingen muligheter for rolige pauser for personalet, da pauserommet er på vaktrommet.
- 5. Kontorer/møterom/undervisningsrom:** Per i dag har legene svært dårlig arbeidsrom uten naturlig lys og lite ventilasjon. Det er få kontorplasser for ansatte. Vaktrommet brukes til møter og undervisning grunnet mangel på møte/undervisningsrom.

-  Areal akuttmottaket
-  WC, WC-HC eller bad
-  Trafikk i akuttmottaket



Sammendrag av arealbehov og prioritering (Side 1 av 2)

1

2



Arealbehov	Behov utover dagens situasjon	Arealbehov: antall rom	Arealbehov: m ² per rom	Totalt arealbehov	Prioriteringsnivå
Inngang for gående øyeblikkelig hjelp	Nei. Det er ønskelig å ta bort egen inngang til akuttmottaket for gående, og styre dem via hovedinngangen til sykehuset i stedet	<ul style="list-style-type: none"> • 0 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 	<ul style="list-style-type: none"> • 0 	--
Smitterom	Ja, dagens smitterom er ikke optimale og gir ikke full dekning i forhold til smitteromsbetegnelsen	<ul style="list-style-type: none"> • Min. 2 rom. 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolat for kontaktsmitte: ca.16 kvm • Sluse kontaktsmitte: 5 kvm • Bad kontaktsmitte: 6 kvm 	54 m2	3
Triageområde med samtalerom i umiddelbar nærhet	Ja, mangler per idag	<ul style="list-style-type: none"> • Min. 2 bårer og 2 behandlingsstoler 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum 10 kvm per pasient • 12m2 anbefales for samtalerom 	52m2	1
Venterom	Nei	<ul style="list-style-type: none"> • 1 	<ul style="list-style-type: none"> • 14 kvm 	14 m2	--
Avklaringsenhet/ observasjonsplasser	Ja, mangler per idag	<ul style="list-style-type: none"> • 3 senger og 3 stoler 	<ul style="list-style-type: none"> • Observasjonsplass har 9-16 kvm per plass (gjennomsnitt på 10 kvm) 	54-96 m2	1
Kontor og legekontor	Ja, mangler delvis	<ul style="list-style-type: none"> • 4 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 kontor a 20 kvm • 3 kontor a 15 kvm 	65 m2	2
Undervisningsrom / møterom	Ja, mangler per idag	<ul style="list-style-type: none"> • 1 (sitteplass og bord til 15-20 personer) 	<ul style="list-style-type: none"> • Møterom: 20 kvm • Stort møterom: 40 kvm 	20-40 m2	2
Pårørenderom/samtalerom	Ja, mangler	<ul style="list-style-type: none"> • 1 	1 rom ca. 12-15 kvm	12-15 m2	1

Sammendrag av arealbehov og prioritering (Side 2 av 2)

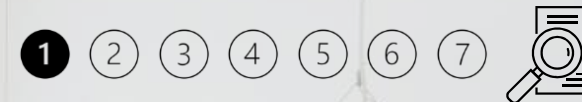
1

2



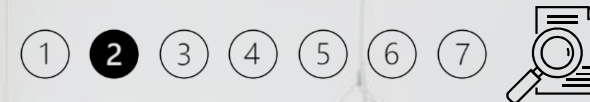
Arealbehov	Behov utover dagens situasjon	Arealbehov: antall rom	Arealbehov: m ² per rom	Totalt arealbehov	Prioriteringsnivå
Lager og medisinrom	Ja	<ul style="list-style-type: none"> Medisinrom Lager forbruksmateriell Lager teknisk utstyr 	<ul style="list-style-type: none"> Rent lager: 12 kvm Lager tøy: 2 kvm Lager utstyr: 20 kvm Medisinrom: 12 kvm 	46 m2	2
Ambulanseinnegang	Nei	<ul style="list-style-type: none"> 1 	<ul style="list-style-type: none"> 15 kvm (fra 12-30 kvm avhengig av funksjon) 	--	--
Bad/WC	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 2 (1 WC og 1 WC-HC) for pasienter 3 for ansatte 	<ul style="list-style-type: none"> Bad: 15 kvm (inkl. toalett) WC: 2 kvm WCHC: 5 kvm 	13 kvm	3
Rom for videobasert kommunikasjon	Ja, mangler per idag	<ul style="list-style-type: none"> 0-2 	<ul style="list-style-type: none"> Kontor på 12 kvm som et kontor med møtebord. Kan sambrukes med andre kontorer. 	0-12 m2	2
Pauserom til ansatte	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 1 	<ul style="list-style-type: none"> Minimum 20 kvm (15 kvm, og 5 kvm for tekjøkken) 10-32 kvm, dimensjonert ut fra antall ansatte i samtidighet over en 2 timers periode + plass til ansatte fra andre avd. 		1
Mottaksrom	Ja	<ul style="list-style-type: none"> 3 Behov for ytterligere rom er avhengig av triage og avklaringsenhet 	<ul style="list-style-type: none"> 16 kvm per rom 		Avhengig av triage og avklaringsenhet
Akuttstuer	Nei	<ul style="list-style-type: none"> 2 			--

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 1 av 7)



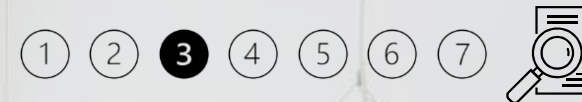
Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Gående ø-hjelp	<ul style="list-style-type: none"> Inngang for gående ø-hjelp 	<ul style="list-style-type: none"> Ja Pasientene kommer enten gjennom ambulanseinngangen eller via egen inngang akuttmottak. 	<ul style="list-style-type: none"> Det er ønskelig å ta bort egen inngang til akuttmottaket for gående, og styre dem via hovedinngangen til sykehuset i stedet. Årsaken er at det ikke er nødvendig med flere sjekkpunkt enn nødvendig inn til sykehuset. I dag benyttes det ressurser til kontroll og åpning av dører, som merkes spesielt på kapasiteten ved smittesituasjoner og pre-triage. 	<ul style="list-style-type: none"> Inngang for gående er i følge konseptprogrammet anbefalt å være nær en ekspedisjon eller arbeidsstasjon med venteareal, slik at pasienten kan henvende seg når de kommer. Akuttmottak skal være tilgjengelig fra bakkeplan med lett tilgjengelighet for gående og ambulansen. Det anbefales egne innganger til akuttmottaket for pasienter med ulik hastegrad. Det fremheves også at pasienter som kommer i bilambulanse eller med politi krever egen inngang som er skjermet for innsyn. Dette gjelder spesielt psykiatriske pasienter. I tillegg skal det være lett tilgjengelig med god skilting fra hovedvei, lett tilgjengelig på nattetid og lett tilgjengelig for rullestolbrukere.
Smitterom	<ul style="list-style-type: none"> Smitterom i umiddelbar nærhet til inngang til akuttmottaket, evt. egen inngang. Smitterom/isolat må ha eget bad/WC (se punkt om Bad og WC) 	<ul style="list-style-type: none"> Akuttmottaket har 2 smitterom i dag, midt i avdelingen med felles toalett. Behovet er smitterom med egen direkte inngang fra uteområdet. 	<ul style="list-style-type: none"> Rommene er ikke optimale og gir ikke full dekning i forhold til smitteromsbetegnelsen. Dagens smitterom har felles toalett, som begrenser bruken og rommene har ikke egen inngang fra uteområdet. Den pågående pandemien viser viktigheten av gode smitterom, som er i umiddelbar nærhet til utgang. Pasientene avklares og vurderes om nødvendig innleggelse eller hjemreise - om hjemreise bestemmes har ikke pasientene oppholdt seg langt inne i sykehuskroppen, og dermed er kontaminering av areal og personell minimal. 	<ul style="list-style-type: none"> Hvis mulig er det anbefalt en inngang rett utenfra og inn til isolat. Evt. Nær inngang. Konseptprogrammet anbefaler at akuttmottak bør planlegges slik at pasienter med kjent mistenkt smitte kan tas inn egen inngang til egnet isolat, eller enkelt isoleres fra andre. I tillegg skal smitterom være tilknyttet sluse og WC/Dusj med dekontaminator. Av smittevernhensyn anbefales alle mottaksrom tilknyttet egen WC.

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 2 av 7)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Triage-område	<ul style="list-style-type: none"> Område for triagering av pasienter med samtalerom i tilknytning/umiddelbar nærhet, samt nærhet til toalett. Arealet bør lokaliseres slik at det er mulighet for å utvide/ekspandere ved behov. Ref. framskrivning av pasienttilstrømning 	<ul style="list-style-type: none"> Nei, pasientene triageres på behandlingsrom 	<ul style="list-style-type: none"> Alle pasienter som kommer gående blir tatt inn til triage, får en hastegrad og ut fra den enten satt på venterom eller lagt inn på undersøkelsesrom i akuttmottaket. Mangel på areal til triage skaper mye forflytninger av pasienter inn og ut av mottaksrom på grunn av prioritering av sykere pasienter. Ved katastrofe/masseskade er dagens areal en flaskehals og pasienter blir stående ute i kulden i påvente av sortering. 	<ul style="list-style-type: none"> Forskning viser at det har betydning for kvaliteten av vurderingen at triage foregår systematisk og ensartet, dvs. på samme måte hver gang og i samme rom/område og med samme tilgang til utstyr. Det anbefales at rommet ligger nært akuttmottakets inngang av logistikkhensyn. Det er fremhevet i konseptprogrammet at dette arealet skal kunne benyttes i en beredskapssituasjon med tilhørende krav til oversikt og utstyr. Sal for triagering med tilhørende samtalerom ivaretar taushetsplikten.
Venterom	<ul style="list-style-type: none"> Det må utformes slik at taushetsplikt, nødvendig skjerming, observasjon og sikkerhet ivaretas Nær en ekspedisjon eller arbeidsstasjon. Tilgang på mat og drikke 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> Dårlig utnyttning av areal Mangler egnet rom i dag Det er ønskelig å flytte dagens venterom i tråd med flytting av inngang for gående. 	<ul style="list-style-type: none"> Venterom skal ha nærhet til ekspedisjon, arbeidsstasjon eller annet sted der pasienter kan henvende seg når de ankommer. Utformingen av arealet anbefales slik at personalet har god oversikt. Det skal legges til rette for barn som pårørende (eksempelvis som inndeling i soner, skjermet område eller lekerom)

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 3 av 7)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Pauserom inkl. tekjøkken	<ul style="list-style-type: none"> Hvile for personalet Pauserom i et akuttmottak benyttes ikke bare av de som jobber i akuttmottaket, men også alle andre som har et oppdrag eller en funksjon over kort eller lang tid. Blant annet ansatte fra andre avdelinger. Rommet benyttes 24/7 som spiserom, pauserom og hvilerom. 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> Ingen muligheter for rolige pauser for personalet, da pauserommet er på vaktrommet. 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet anbefaler at rommet plasseres sentralt, men ikke for nær traume-/akuttrom. Pasienter og pårørende skal skjermes for latter og støy, og ansatte skal få ha en sosial sone hvor de kan avregere.
Ambulanse-inngang	<ul style="list-style-type: none"> Inngang for pasienter som kommer via ambulanse 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> Ved stor tilstrømming er det dårlig plass rundt inngangen. Ved katastrofe kan dette potensielt bli svært problematisk. Alle pasientene som kommer med mistenkt smitte blir flyttet over i seng ute i ambulanshallen. Dvs. at de blir utsatt for kulde og dårlig vær, og kan være direkte skadelig for pasientene. Kan bli kapasitetsutfordring ved høyere tilstrømming med ambulanse. 	
WC og WCHC	<ul style="list-style-type: none"> WC og WCHC for pasienter og ansatte. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 WC-HC 1 på venterommet 1 på smitterom 1 mellom AMK/Skade 3 2 til personal (bakgangen) 	<ul style="list-style-type: none"> For få toaletter for pasienter og ansatte. Toaletter for ansatte brukes av flere avdelinger. Det finnes per i dag ikke dusj for ansatte. 	<ul style="list-style-type: none"> Bør være i nærheten av mottaksrom, venteplasser og pauserom.

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 4 av 7)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦



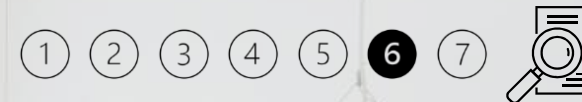
Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Kontorer og legekontor	<ul style="list-style-type: none"> Egne kontorer til: seksjonsleder, traumekoordinator, fagutviklere, AMM/lege i tilknytning til akuttmottak. Kontor for andre ansatte kan vurderes, evt. dele med fagutviklere. 	<ul style="list-style-type: none"> Delvis 	<ul style="list-style-type: none"> Lite plass for administrativt arbeid, for få arbeidsplasser. Dikteringsrom uten dagslys. 	
Undervisningsrom / møterom	<ul style="list-style-type: none"> Undervisnings- og møterom for ansatte. Til bruk ved større hendelser, både for ansatte og pasienter/pårørende. 	<ul style="list-style-type: none"> Nei 	<ul style="list-style-type: none"> Felles undervisningsrom med storskjerm som kan benyttes av sykepleiere og eventuelle leger som får stillingsstørrelse i akuttmottaket. 	<ul style="list-style-type: none"> Alle sykehus er pålagt å drive med undervisning, opplæring, utdanning og forskning. Det må derfor være tilgang på møterom og gruppe/undervisningsrom for denne oppgaven. Slike rom kan ligge utenfor akuttmottaket Det bør være tilgang til møterom i eller i umiddelbar nærhet til akuttmottaket. Dersom ansatte slipper å forlate området, kan de raskt rykke ut og bistå ved behov for flere ressurser. Møterom er standardrom, se Standardromskatalogen.
Mottaksrom	<ul style="list-style-type: none"> Undersøkelse/Vurdering, diagnostikk og behandling Inkludert fasiliteter for psykiatriske pasienter som er utagerende/voldelige 	<ul style="list-style-type: none"> Totalt 3 behandlingsrom og 2 smitterom Smitterom kan sambrukes som mottaksrom 	<ul style="list-style-type: none"> Antall mottaksrom er for få ifht. aktivitet. Mottaksrom brukes som behandlingsrom. Utenom akuttstuene er mottaksrommene mellom 15 og 30 m². Flere mottaksrom har ikke tilknytning til WC. Ikke fasiliteter for psykiatriske pasienter Ikke tilpasset massetilstrømming. 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet anbefaler at minst ett mottaksrom bør utformes som et kontaktsmitteisolat, og ett med robuste materialer med tanke på utagerende pasienter og pasienter med særlige behov. Det anbefales at mottaksrom er i nærhet til andre mottaksrom for rask bistand, nærhet til WC og medisinerom.

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 5 av 7)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Pårørende – rom/Samtale rom	<ul style="list-style-type: none"> Eget rom hvor man kan samle pårørende til hardt skadde/evt døende hvor de kan være flere og er skjermet for resten av pårørende/pasientgruppen Spesielt aktuelt i forbindelse med mottak av akutt kritisk syke eller skadde pasienter, hvor pårørende ikke kan være med inn på traumerom. Under slike omstendigheter kan pårørende ha behov for skjerming fra andre som venter. Tilgang på drikke 	<ul style="list-style-type: none"> Nei 	<ul style="list-style-type: none"> Må benytte behandlingsrom eller kontor i Z-bygg idag 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet anbefaler tilgang på pårønderom som ikke er alminnelig venteareal, der pårørende er skjermet fra andre som venter. Sikkerhet for pasienter i venterommet må håndteres tilsvarende som sikkerhet for personalet. Det bør vurderes tilgang på pårønderom.
Rom for videobasert kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> Videobasert kommunikasjon kan bidra til å løse ulike typer akuttmedisinske hendelser i de tilfeller hvor det er behov for behandlingsråd, eller diskusjoner relatert til transport og/eller logistikk. Kan være til hjelp for kommunikasjonsutfordringer og møtebegrensninger knyttet til covid-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Nei 	<ul style="list-style-type: none"> Økt bruk og behov for videokommunikasjon i framtiden. 	<ul style="list-style-type: none"> Innenfor akuttmottaket, eller i umiddelbar nærhet. I Danmark har flere kommuner opprettet akutt-team som rykker ut til pasient som med veiledning per telefon eller video med spesialist, bidrar til at pasienten kan behandles i hjemmet. Dette reduserer antallet innleggelser, og pasienten får «spesialistbehandling» i hjemmet. Konseptprogrammet foreslår at videorum eventuelt kan løses på samtalerom, møterom, mottaksrom o.l.

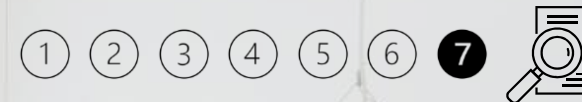
Utdypende oversikt over arealbehov (Side 6 av 7)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Lager	<ul style="list-style-type: none"> Lagring av forbruksmateriell, tøy, sterilt gods, avfall, medisinsk teknisk utstyr m.m. Eget lager for ambulansetjenesten og eget lager nær pasientene 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> For lite plass. Mangler lager til utstyr. 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet foreslår at lagerforsyning også kan løses gjennom gjennomstikkskap til mottaksrom som gir mulighet for påfyll uten å forstyrre pasientbehandling. Konseptprogrammet har anbefalinger når det kommer til lager og nærhetsbehov. Blodskap bør plasseres i eller i nærheten av traumerom/akuttrom. Varmeskap for tepper og væsker bør være tilgjengelige for flest mulig, og plasseres ofte nær traumerom/akuttrom. Det anbefales også at ambulansetjenesten har eget lager nær båreinngang. Som hovedregel anbefales det at lagerets lokasjon bør være basert på pasientsikkerhet og færrest mulig skritt, samt avhengig av forbruksmønster og grad av hast.
Avklarings-enhet*	<ul style="list-style-type: none"> Arealer tilrettelagt for å kunne avklare flere pasienter i akuttmottaket. I tilknytning til avklaringsenheten bør det være samtalerom, toalett med plass til å kjøre inn bære/seng, kjøkkenkrok med vann/avløp, min. 2 (gode) arbeidsstasjoner, 1 wow. Enheten bør også ligge nært medikamentrom el. Medikamentskap på enheten. 	<ul style="list-style-type: none"> Nei, men har hatt dette tidligere 	<ul style="list-style-type: none"> Det er ikke plass i akuttmottaket til å avklare pasienter som må observeres eller vente på undersøkelser, for avklaring om innleggelse Dersom akuttmottaket skal bidra til å avklare flere pasienter, for å unngå innleggelser, er det behov for nok areal 	

*Mer informasjon om avklaringsenhet finnes på side 22-32.

Utdypende oversikt over arealbehov (Side 7 av 7)



Arealbehov	Spesifikasjoner (Hva skal arealet brukes til?)	Dagens situasjon (Finnes dette i dag?)	Utfordring (bakgrunn for behov)	Anbefalinger fra konseptprogram sykehusbygg
Akuttstue/ traume- plasser	<ul style="list-style-type: none"> Mottak av kritisk syke og skadde, diagnostikk og livreddende behandling, ev. vil akuttoperasjon utføres her. Rommet benyttes oftest når det er utløst et mottaksteam, eks. traume (kirurgisk team), medisinsk team (hjertestans), barneteam etc. Rommet benyttes også ofte til intern undervisning og trening på mottak av pasient, prosedyrer og samhandling i team 	<ul style="list-style-type: none"> Ja 	<ul style="list-style-type: none"> Ingen utfordring knyttet til dette i dag. Akuttstue 1 er gammelt og har ikke røntgenapparat. 	<ul style="list-style-type: none"> Konseptprogrammet anbefaler at traumerom bør ligge nær akuttinngang og i umiddelbar nærhet til bildediagnostikk (CT) og konvensjonell røntgen. Området bør skjermes for innsyn for andre pasienter og pårørende, og en bør unngå gjennomgangstrafikk. Det er også viktig med nærhet til blodgass og blodskap, samt at det bør være enkelt å komme i kontakt med resten avdelingen for rask assistanse Noen mindre sykehus med få akuttpasienter velger å legge traumemottak i intensiv eller lenger inn i akuttområdet, nær bildediagnostikk (Kirkenes, Nye Narvik sykehus) Arealet må detaljplanlegges med gjennomtenkt plassering av alt i rommet, inkludert hvor helsepersonell skal stå og utføre sitt arbeid. Denne bør omfatte alle involverte fagpersonell, som anestesilege og -sykepleier, kirurg, radiograf og radiolog, personell fra akuttmottaket m. flere. Det anbefales at det innredes med takhengt røntgen (frigjør plass for mobile enheter)

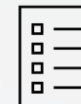
Innhold

- 1 Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2 Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3 Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4 Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5 Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6 Vedlegg

Et av tiltakspunktene fra fase I av Fremragende akuttmottak er at det skal etableres en avklaringsenhet (tiltakspunkt 8)

- På de neste sidene vil prosjektet gå mer inn på behovet for en avklaringsenhet, hva det er, og hvilken verdi den vil kunne gi pasientene, helsepersonellet og sykehuset som helhet.
- Begrepet avklaringsenhet benyttes av flere sykehus. Innhold ligner en observasjonsenhet, men det kan være lagt større vekt på mer aktiv diagnostikk*. Kortidsenhet eller kortidspost er også et begrep som brukes.
- Som vedlegg til sluttrapporten fra fase I av prosjektet, er en prosjektrapport fra Helse Møre og Romsdal lagt ved, hvor de har utredet hvordan en kortidspost best kan etableres. Mye av dette er også relevant for HNT, og prosjektet har derfor valgt å bruke noe av innholdet her. [Rapporten](#) finnes som vedlegg til sluttrapporten til Fremragende akuttmottak Fase I.

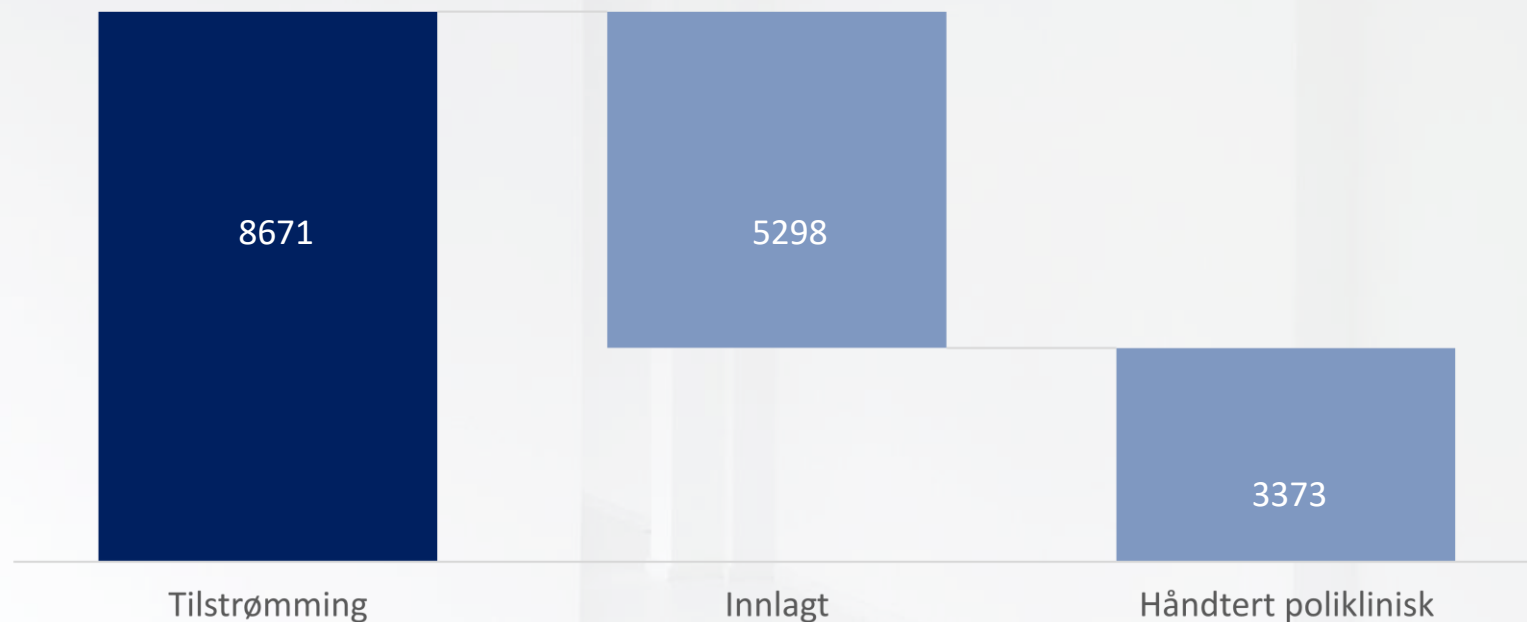
*[Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 10)



I 2021 var 74% av alle pasienter som ble lagt inn på sykehusene i HNT, øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottaket en viktig funksjon for å sikre riktig behandling på riktig omsorgsnivå

Per i dag er det ikke plass i akuttmottaket i Namsos til å avklare pasienter som må observeres eller vente på undersøkelser, for avklaring om innleggelse

I 2020 ble 61% av pasientene* som kom til akuttmottaket, lagt inn på sykehuset, noe som tilsvarer 5298 av 8671 pasienter:

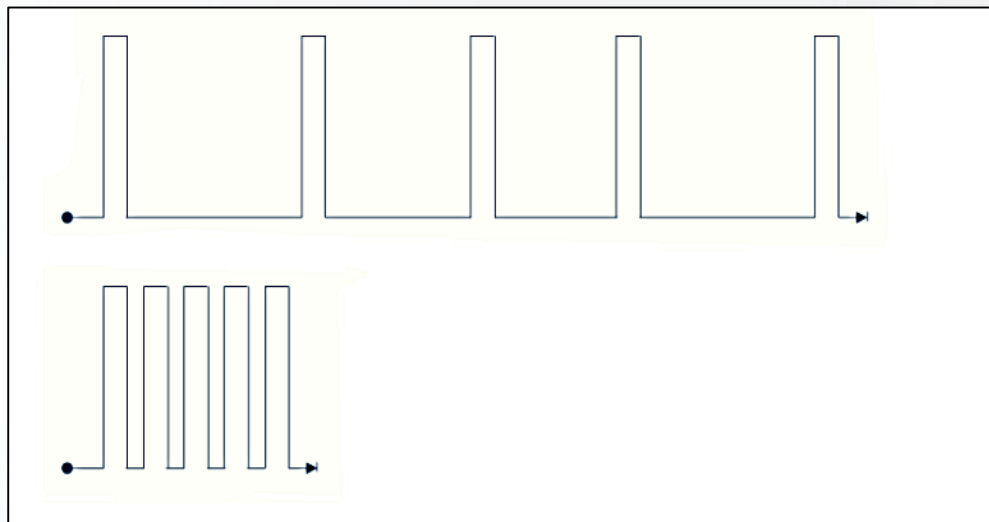


I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 står det at stadig mer utredning og behandling skjer i akuttmottaket og i tilknytning til en observasjonsenhet.

Målsettingen med en avklaringsenhet er at mange av pasientene som mottas som øyeblikkelig hjelp skal raskt kunne vurderes, diagnostiseres, behandles og skrives ut uten innleggelse på ordinær sengepost

Avklaringsenheten skal sikre optimalisert arbeidsflyt og ressursutnyttelse som understøtter redusert ventetid og raskere pasientforløp, samt økt kvalitet i pasientbehandlingen med påfølgende lavere risiko for feil. I avklaringsenheten gis det ingen behandlingstilbud som ikke også kan utføres på sengepost, men forløpshastigheten i avklaringsenheten er typisk vesentlig høyere.

En avklaringsenhet skal samlet gi den effekten som er inkludert i følgende figur:



Figur fra «OU SNR Kortidsspost – Sluttrapport» Figur 13, S. 32

Hastigheten i hver aktivitet er uforandret, men aktivitetene i nederste del av figuren utføres med langt større kontinuitet, med mindre opphold mellom og med større simultanitet. Det er altså tiden hvor det ikke skjer noe verdiskapende for pasienten, som reduseres, og den reduseres mye.

Avklaringsenheten er i likhet med akuttmottaket, alltid åpen



Åpningstid

- Behandlingen må foregå med stor grad av døgkontinuitet og med tilhørende liten grad av venting på videre diagnostikk. Dette innebærer at beslutningsdyktig kompetanse er tilgjengelig for raske avklaringer utover dagbasert arbeidstid i tilstrekkelig grad. Standardiserte pasientforløp med tilhørende definert og optimalisert arbeidsfordeling mellom de involverte rollene er en viktig faktor i dette



Bemanning/kompetanse:

- Sambruk av bemanning med akuttmottaket
- Det vil være behov for økt sykepleiebemanning (en ekstra person gjennom døgnet).



Organisering:

- Ansvar for å følge opp og skrive ut pasienter på avklaringsenhet vil være vaktteamet på de deler av døgnet hvor de alene er tilstede, eller overlege i akuttmottak påfølgende morgen. Dette forutsetter overlege tilstede i akuttmottaket hver dag (100% stilling).



Utforming av areal:

- Felles areal i tilknytning til akuttmottaket, med mulighet for samtalerom i umiddelbar nærhet.

Inklusjonskriteriene for avklaringsenheten skal stå i forhold til det behandlingstilbudet som posten optimaliseres for, slik at den brukes aller mest til det den er best på

Kriterier for innleggelse

- Anbefalte inklusjonskriterier for korttidspost er:
 1. Pasienten behandles som øyeblikkelig hjelp
 2. Pasienten er over 18 år
 3. Pasienten forventes å kunne skrives ut innen 24 timer ut fra den vurderingen som er gjort i akuttmottaket
 4. Pasientens behov for tilsyn og overvåkning må sees på i sammenheng med pasientens tilstand og tilgjengelige personalressurser

I Storbritannia har de laget en modell som oppgir ca. 50 tilstandsgrupper hos pasienter som har potensial for å behandles poliklinisk i stedet for å legges inn; DAECA.

- På St. Olav har de brukt modellen til å kvantifisere potensialet, og på bakgrunn av det, jobber de strukturert med å frigjøre senger på sengeposter.
- Analyseavdelingen i HNT har lastet inn grunndata fra HNT i modellen, slik at vi også kan estimere potensialet i HNT. Link til modellen er [her](#).
 - I 2019 estimeres det et potensial på mellom 471 og 1327 pasienter ekstra som kan avklares i akuttmottaket på sykehuset i Levanger, i stedet for å legges inn (basert på de ca. 50 tilstandsgruppene)
- Helsedirektoratet tilpasser nå modellen til norske forhold, blant annet tilstandsgruppene, slik at modellen kan implementeres i hele Norge



Bilde av DAECA-modellen

Følgende pasientgrupper er de med høyest volum som kommer til akuttmottaket, og alle disse gruppene er relevante for en avklaringsenhet

Pasientgruppe	Antall pasienter i akuttmottaket på Sykehuset i Namsos (totalt for 2018, 2019 og 2020)
Magesmerter	2788
Feber/Infeksjon	2236
Brystsmerter	2201
Nevrologisk utfall/hjerneslag	956
Tungpust/pustebesvær	1081
Skade legg/kne/lår/hofte/bekken	1998
Ekstremitetsplager	765
Ryggsmerter	530
Hodeskader	421
Svimmelhet	430
Unormal hjerterytme	679
Hematemese/melena	225
Intoks	150
Bevissthetstap	228
Hodepine	260

Det er flere pasientgrupper som er godt egnet for en avklaringsenhet, men også noen pasientgrupper som er lite egnet for en avklaringsenhet

Pasientgrupper som er godt egnet

- Lett/moderat intoksikasjon/rus
- Synkope uten objektive kliniske funn i mottak
- DVT/mistanke om DVT
- Brystsmerter hos ellers stabile pasienter
- Magesmerter hos ellers stabile pasienter
- Nyresteinsanfall/Gallesteinsanfall
- Hjernerystelse
- Svimmelhet hvor sentral årsak er mindre sannsynlig
- Hypoglykemi som responderer på glukosetilførsel

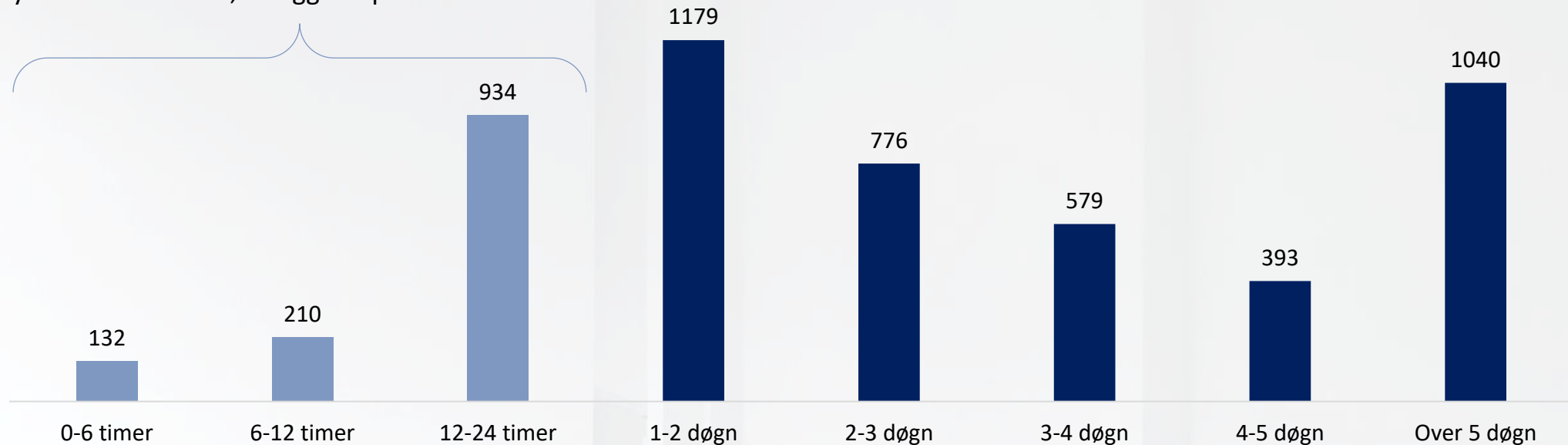
Pasientgrupper som er lite egnet for en avklaringsenhet

- Sepsis
- Hjerteinfarkt
- Respirasjonssvikt
- Sirkulasjonssvikt
- Delir
- Hjerneslag
- Alvorlige syre/base-forstyrrelser
- Alvorlige elektrolyttforstyrrelser

I 2021 var gjennomsnittlig liggetid på 3,4 dager for ø-hjelpspasienter på sykehuset Namsos

Antall pasienter fordelt etter liggetid i 2021 på Namsos sykehus

I 2021 hadde 1276 ø-hjelpspasienter som ble lagt inn på sykehuset i Namsos, en liggetid på under 24 timer.

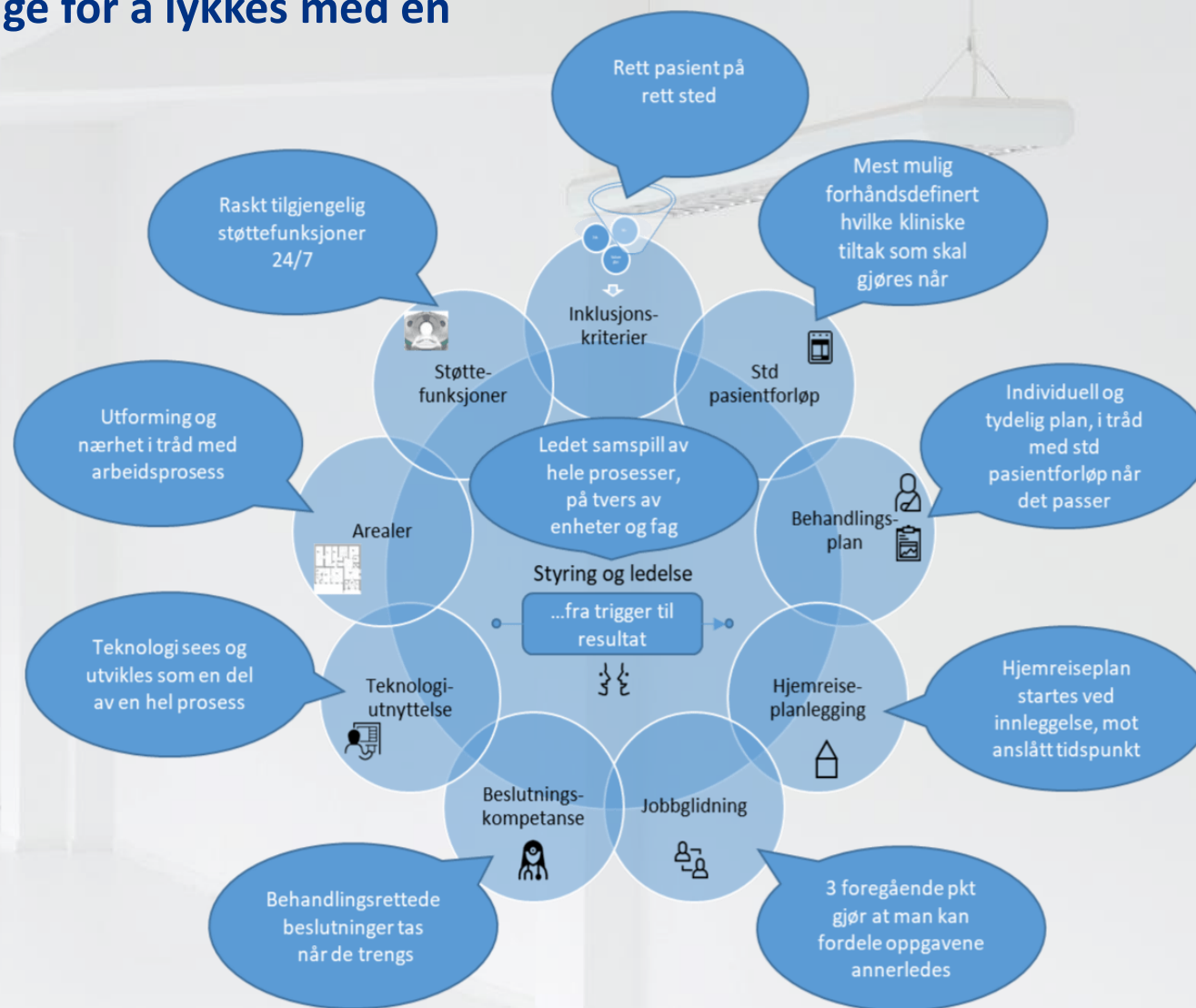


Liggetid på avklaringsenheten

- Dersom man legger konseptet for nært opptil dagens praksis vil man ikke kunne klare å få ut de effektene som ønskes. En avgrenset behandlingstid/liggetid på avklaringsenheten på Namsos sykehus foreslås derfor til 24 timer
- Noe skjønn for utskrivning/hjemsending bør utøves med hensyn til tid på døgnet for pasientenes ve og vel.

Det er en rekke nøkkelfaktorer som er viktige for å lykkes med en avklaringsenhet

De typisk kjente barrierene er tilgang på leger, egnede lokaler og tilgjengelighet til støttefunksjoner. Tydelig målsetning, innhold og organisering er avgjørende for å lykkes. Dersom korttidspost blir forstått som en ny venteseone kan situasjonen til og med forverres. Det er en forutsetning for å lykkes at en har tilgang på nødvendig spesialistfaglig beslutningskompetanse. Hensikten er at beslutningene blir tatt når behovet er tilstede, uten unødvendig venting*.

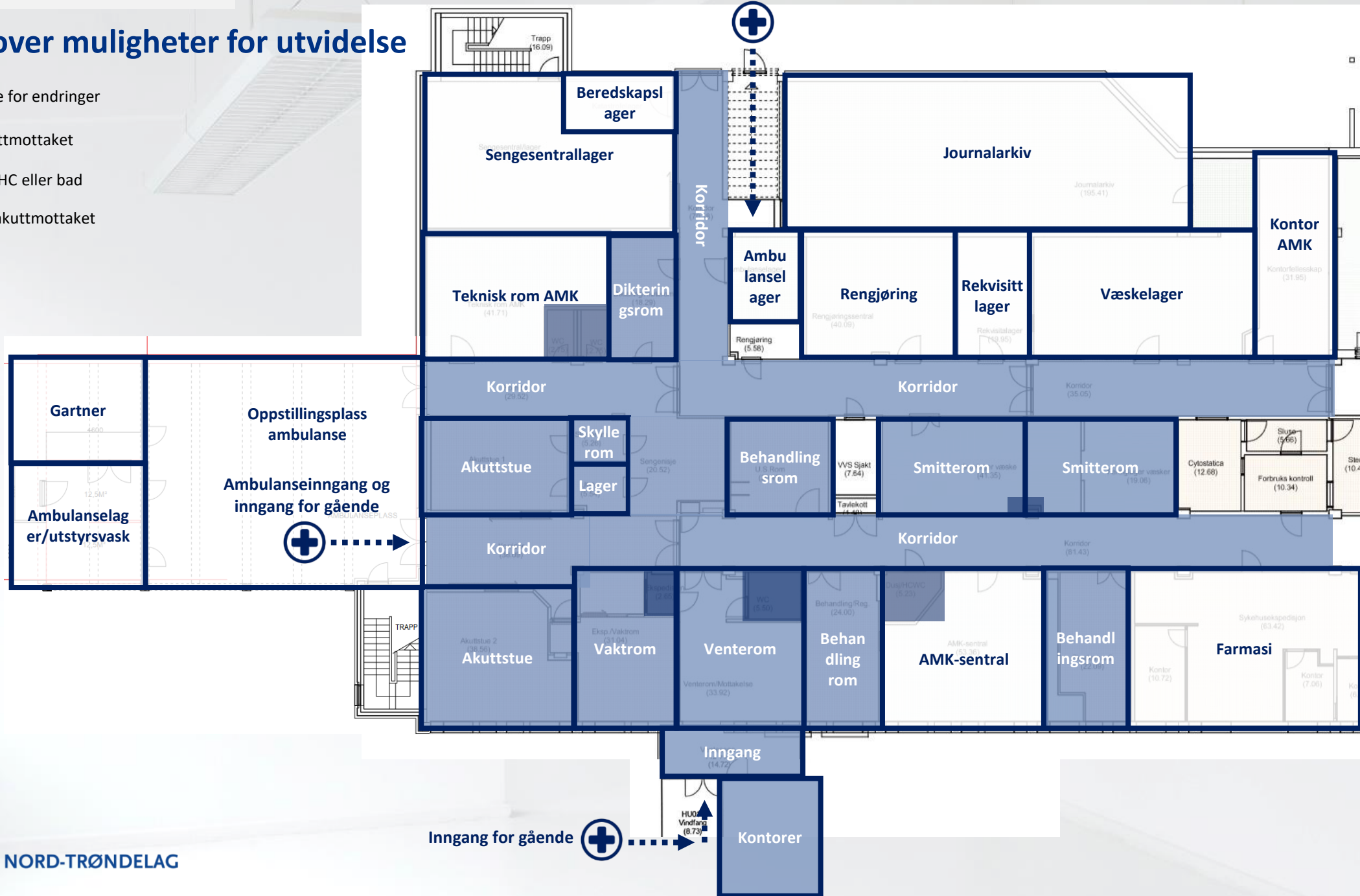


Innhold





- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Oversikt over muligheter for utvidelse

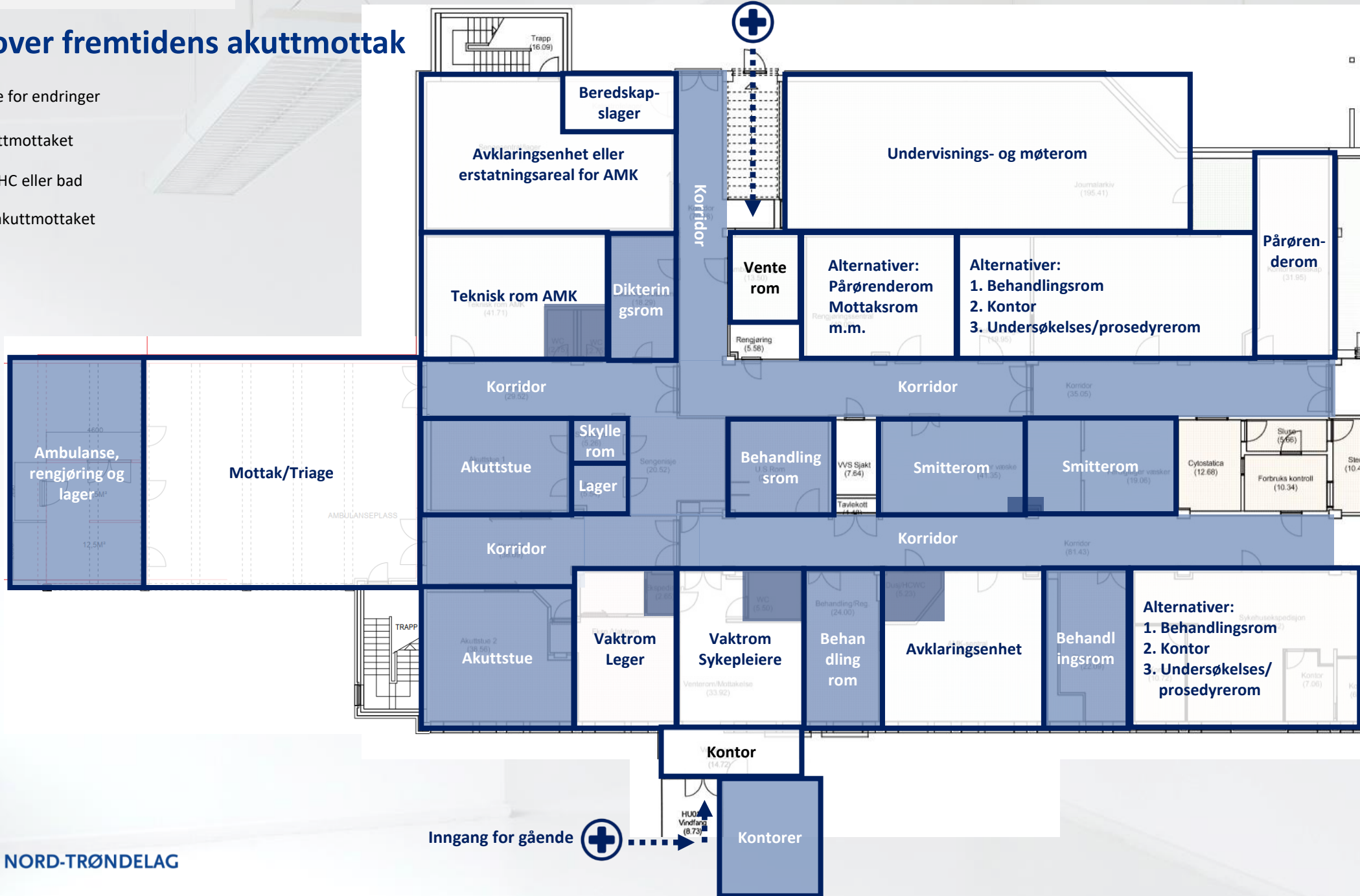
- Potensiale for endringer
- Areal akuttmottaket
- WC, WC-HC eller bad
- Trafikk i akuttmottaket



Oversikt over fremtidens akuttmottak

-  Potensiale for endringer
-  Areal akuttmottaket
-  WC, WC-HC eller bad
-  Trafikk i akuttmottaket

Ambulanseinngang



Inngang for gående



Muligheter for utvidelse (Side 1 av 3)

1

2



Område	Størrelse	Fordeler	Ulemper	Kostnad
AMK-sentral HU0005	53,36 kvm	<ul style="list-style-type: none"> • Godt plassert areal som ligger fornuftig i forhold til utnyttelse av ressurser. • Arealet kan brukes til en avklaringsenhet. • I tillegg kan dette sees i sammenheng med behandlingsrom HU004 som kan være en 5 timers avklaringsenhet med bruk av samme personell som avklaringsenhet 24 timer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Må bygges om en del for å kunne brukes slik som ønskelig 	Eiendom legger inn
Ambulanse- inngangsparti inkludert lager for gartner	127 kvm 24 kvm Bårevask 25 kvm Gartner	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulanseshall er i direkte tilknytning til akuttmottak, og ligger svært godt til mtp å endres til en triagesal • Egnert størrelse mtp ankomsthall/triagesal • Kort avstand til akuttmottak og en evt avklaringsenhet • En triagesal vil: <ul style="list-style-type: none"> - Kunne utbedre de arealproblemene vi har i dag i akuttmottaket med lite behandlingsrom og stort pasienttrykk - Forbedre pasientmottak ved en evt. katastrofe. Per i dag sorteres disse utenfor og i inngangen til akuttmottaket - Bedre mottak av smittepasient. I dag tas disse imot ute både på sommeren og kalde vinterdager. Kan være direkte skadelig for pasienter. - Ambulanselager kan flyttes ut og frigjøre mer plass i akuttmottaket for pasienter/venterom. - Potensielt kunne gi plass for triage av 3-6 polikliniske pasienter. I dag må mange sitte på venterommet i påvente av legetilsyn/avklaring. Her kan de sitte/ligge i stol og skopovervåkes på skopsentral. Derav bedring av pasientsikkerhet og tilfredshet. - Bidra til bedre pasientflyt og mindre crowding mtp raskere avklaring med at flere pasienter kan triageres raskere og gi lege den informasjonen h*n har behov for mtp avklaring 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnader mtp. ombygging. Man må da utbedre området foran ambulanseshallen/triagesalen, og potensielt bygge på bårerommet for at prehospitale tjenester har lager og bårerom, samt tak for ambulanser. 	Eiendom legger inn

Muligheter for utvidelse (Side 2 av 3)

1

2



Område	Størrelse	Fordeler	Ulemper	Kostnad
Journalarkiv HU049B + HU049A	124,21 + 27,76 kvm	<ul style="list-style-type: none"> Potensielt et godt areal for undersøkelsesrom/prosedyrerom med Ultralydundersøkelser, el konvertering, eller andre prosedyrer man kan se for seg i fremtiden med AMM i akuttmottaket. Evt plass til nytt sengelager med kort distanse fra sengevasken. Da vil dagens sengelager kunne frigjøres til annet bruk. 	<ul style="list-style-type: none"> Ligger inne i sykehuskroppen, og har derfor ikke mulighet for å anlegge egen inngang for gående eller smitterom med inngang direkte utenfra. Arealet ligger heller ikke mot dagslys/frisk luft. Arealet kan bygges om for å anlegge de funksjoner beskrevet over, men plassering blir «langstrakt» og gir ikke rom for noe videre ekspansjon. 	Eiendom legger inn
Ambulanse-lager HU056	13,50 kvm	<ul style="list-style-type: none"> Dette vil kunne fungere som venterom til pasienter lagerplass for akuttmottaket: dekke økende behov Samtale/pårørenderom: Skjermet for annen trafikk HU057 kan ombygges til wc 	<ul style="list-style-type: none"> Dagens situasjon medfører lite lagerplass for utstyr i akuttmottaket. Ikke vindu 	Eiendom legger inn
Sengelager HU064A	68,11 kvm	<ul style="list-style-type: none"> Arealet vil kunne fungere som avklaringsenhet/obspost hvis ikke arealet hvor AMK er i dag, er tilgjengelig. Rommet er stort og kan deles inn i flere deler. Eventuelt AMK flyttes til dette arealet for å frigjøre areal til Akuttmottak, 	<ul style="list-style-type: none"> Må finne ny plass for lagring av senger 	Eiendom legger inn
Farmasøytisk-avdeling HU003, HU001, HU002, HU002A, HU002B, HU066	130 kvm	<p>Dette arealet kan fungere som:</p> <ul style="list-style-type: none"> behandlingsrom Kontor da det er mangel på dette Undersøkelses-/prosedyrerom 		Eiendom legger inn

Muligheter for utvidelse (Side 3 av 3)

1

2



Område	Størrelse	Fordeler	Ulemper	Kostnad
Venterom HU009	33,92 kvm	<ul style="list-style-type: none"> • Dette vil kunne fungere svært godt som vaktrom for sykepleiere. Da med direkte tilknytning til ledelsens kontor og man kan konvertere dagens vaktrom til at det blir vaktrom for legene. Man kan da ha plass for sykepleierkoordinator og lege i vakt midt mellom vaktrommene der vi har ekspedisjon i dag. • Per i dag har legene svært dårlig arbeidsrom med ingen naturlig lyst og lite ventilasjon. • Bedre samarbeid mellom leger og sykepleiere i akuttmottaket. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig å se ulemper her 	Eiendom legger inn
Gartnerbua	20-25? kvm	<ul style="list-style-type: none"> • Ved etablering av en triagesal vil gartnerens utstyrsbod ligge inne i sykehuskroppen og midt i en triagesal. • Arealet kan heller frigjøres og endres til lager for ambulansetjenesten i tilknytning til allerede etablert vaske/klargjøringsrom for bårer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gartner må ha nytt lokale 	Eiendom legger inn
Grovlager væske	42,52 kvm	<ul style="list-style-type: none"> • Dette vil kunne fungere svært godt som vaktrom for sykepleiere. Da med direkte tilknytning til ledelsens kontor og man kan konvertere dagens vaktrom til at det blir vaktrom for legene. Man kan da ha plass for sykepleierkoordinator og lege i vakt midt mellom vaktrommene der vi har ekspedisjon i dag. • Per i dag har legene svært dårlig arbeidsrom med ingen naturlig lyst og lite ventilasjon. • Bedre samarbeid mellom leger og sykepleiere i akuttmottaket. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig å se ulemper her 	Eiendom legger inn
Kontor AMK (kontorfellesskap)	31,95 kvm	<ul style="list-style-type: none"> • Arealet kan heller frigjøres og endres til eks et samtalerom der man kan ha samtaler med pasient/pårørende uten at taushetsplikten brytes. 	<ul style="list-style-type: none"> • AMK burde hatt egnet rom i tilknytning til AMK sentralen slik at ressurser kan utnyttes bedre ved behov. 	Eiendom legger inn

Innhold

- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket

For å legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket er det behov for tilstrekkelig areal, kompetanse og utstyr. Areal og kompetanse er dekket i andre tiltakspunkt, og derfor er det kun utstyr som er dekket i dette tiltakspunktet. Under er en oversikt over utstyr som mangler i dag, og kan være relevant i dag og i fremtiden.

1

2



Utstysbehov	Begrunnelse for behov	Antall	Pris
Utstyr for økt bruk av videokonsultasjon	HNT har som mål at 20% av all aktivitet skal være på telefon/video. Videokonsultasjon kan være en fordel i distrikter, eller der pasienter/leger er langt unna sykehus. Små sykehus vil kunne ha mulighet til å få kontakt med spesialister på større sykehus. Videobasert kommunikasjon kan bidra til å løse ulike typer akuttmedisinske hendelser i de tilfeller hvor det er behov for behandlingsråd, eller diskusjoner relatert til transport og/eller logistikk. For eksempel ved brannskader kan Haukeland kontaktes, eller Rikshospitalet ved amputasjoner. Dette kan igjen bidra til redusert tilstrømming til sykehuset. Kan være til hjelp for kommunikasjonsutfordringer og møtebegrensninger knyttet til covid-19.		
Håndholdt ultralydapparat	De eksisterende hører til H5, men blir brukt av flere. Det mangler derfor ofte håndholdte ultralydapparater.		
Overvåkningsutstyr med kontaktløs sensorovervåking/Sensorovervåking på alle pasienter som er uavklart.	Ny teknologi innenfor sensorteknologi kan bidra til tryggere overvåking av pasienter, og økt pasientsikkerhet uten at det utløser behov for økt bemanning. Data fra sensorer i sanntid kan overføres til spesialister for avlesning og konsultasjon over avstand.		
Overvåkningsentral for sensorovervåking (Den er bestilt)	Utstyr/skjermer og areal for å holde oversikt over pasientenes målinger.		
Telemetri	Måler kontinuerlig hjerterytmen som sendes trådløst. Er ønskelig å ha i avklaringsenheten for økt avklaring av pasienter. Det er et behov for dette gjennom hele sykehuset.		
Arytmi-plaster/monitorering	For å monitorere pasienter med arytmi/brystsmerter. Plasteret sendes hjem med pasienter, og kan derfor spare plass og ressurser i akuttmottaket. Lav kostnad per plaster.		
Strimmeltester av urin som leses av manuelt	Kan brukes for å avgjøre om urinprøvene skal sendes videre til analyse/dyrking.		
Taleforsterker	Viktig verktøy for at pasienter som hører dårlig kan høre det som blir sagt.		
Takhengte søyler på alle mottaksrom for oppkobling av utstyr	Akuttstue 2 (A2) har en ikke-funksjonell søyle som er i veien. Bør byttes. Andre mottaksrom mangler slike søyler.		

Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket

1

2



Utstyr som kan være relevant ved overlege/AMM i akuttmottaket	Begrunnelse for behov	Antall	Pris
Oppgradering av dagens ultralydapparat	I konseptprogrammet anbefales det at dersom akuttmottaket ikke har egen bildediagnostisk enhet, bør modaliteter som CT og konvensjonell røntgen være lokalisert geografisk nær akuttmottaket. Det er spesielt et behov for nærhet mellom CT og traumerom. Rask diagnostikk av f.eks. hjerneslag og skader kan være livreddende. Det må også være tilgang til et avansert ultralydapparat i akuttområdet. Mer bruk av «point-of-care» utstyr i akuttmottak, dvs. utstyr for pasientnære analyser for raskere tilgang til prøvesvar. Eksempler er utstyr til diagnostikk som ultralyd diagnostikk og lab- og mikrobiologiske prøver m.m.		
Spirometri	Enkelt apparat for å måle pust og lungekapasitet på pasienter med pustebesvær.		
Tonometri	For å kunne måle trykk i øye i akuttmottaket.		

Innhold

- 1** Utviklingstrekk og bakgrunn
- 2** Tiltakspunkt 22: Dagens utfordringsbilde og arealbehov i akuttmottaket
- 3** Tiltakspunkt 8: Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse
- 4** Muligheter for utvidelse av dagens areal
- 5** Tiltakspunkt 9: Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket
- 6** Vedlegg

Pasientplasser per sykehus

Sykehus	Populas.	Populasjon x Namsos	Oppholdstid	Crowding?	Pasientplasser	Mottaksrom	Traumeplasser	Smitte-rom	Triage	Observasjon/avklaring	Venter	Annet	Merknad
Ahus	516.000	12,9	3,9	Ja	65	16	3		7	10		29	Obsplasser i praksis mottaksrom (pga få rom), gir totalt 26 mottaksplasser.
Haukeland	447.000	11,2	3,1	Nei	95	17	9		8			61	Ny organisering har gitt nesten ingen pasienter på venterom.
Stavanger (skal bygges)	362.000	9,1	4,0		62	33	4		10	15			Flere tiltak i 2019 har redusert crowding og liggetid. Triage stengt 8-15.
St. Olavs	314.000	7,9	3,2	Ja	53	10	3		10	10		20	
Kalnes	289.000	7,2	4,4	Ja	43	13	2			22		6	Akuttal (rød/oransje) for 6(-8) pasienter fungerer godt.
Tønsberg (nå)	235.000	5,9	3,1	Ja	26	10	3			13			
Tønsberg (skal bygges)	235.000	5,9			47	8	4	2		5		28	
Drammen (skal bygges)	168.000	4,2			64	31	3			30			Spesialrom for barn, psykisk helse, øye, ønh er inkludert i tallene.
Bodø	149.000	3,7	3,3	Ja	28	6	2		8	12			Felles triage/ventesone. Brukes også i påvente av avklaring.
Hjelset (skal bygges)	110.000	2,8	2,0		31	4	2	1	4			20	Korttidspost med 20 plasser (hvor noen også kalles observasjonsplasser)
Førde	107.000	2,7	2,4	Ja	11	5	2	1		3			Planlegger +6 observasjonsplasser. Obsplassene brukes også som triage.
Levanger	95.000	2,4	2,3	Ja	9	5	2	2					
Namsos	40 000	1,0	2,1	Ja	7	3	2	2					
Kirkenes	27.000	0,7	3,5	Ja	4	3		1					Observasjonsplasser planlagt. Ansatt flere Lis2 for bedre flyt.

Liste over typiske rom i et akuttmottak (fra Konseptprogram)

Ambulanseinngang	Ekspedisjon	Utstyrslager	Sluse, luftsmitte
Arbeidsstasjon	Isolat, kontaktsmitte	Medisin	Traumerom
Arbeidsrom	Isolat, luftsmitte	Møterom	Undersøkelsesrom, mottak
Avfall, miljøstasjon	Kjøkken/tekjøkken	Stort møterom	Undersøkelsesrom, triage
Bad	Kontor, 1 person	Observasjonsplass	Venteplass
Bad, luftsmitte	Areal til kopi	Omstillingsplass	WC og WC-HC
Bad, kontaktsmitte	Rent lager	Pauseareal	
Desinfeksjon, somatikk	Tøy-lager	Samtalerom	

Pandemierfaringer som påvirker arealplanlegging (mars-november 2020)

- Generelt:
 - Pretriage (grovsortering, innebærer vurdering av pasient etter gitte kriterier) av alle pasienter før de går inn i sykehusene.
 - Covid-19 bekreftede/mistenkte pasienter skilles fra andre pasienter.
- Det tilstrebes egen pasientflyt for Covid-19 bekreftede/mistenkte pasienter i de somatiske sykehusene (akuttmottak, heis, døgnområder, intensiv og bildediagnostikk der det er mulig).
- Flere enheter for psykisk helse og rus har etablert areal for isolering av pasienter som er Covid-19 bekreftede/mistenkte.
- Etablering av kohortmottak i ambulanseshall når ambulanseshall ligger i direkte tilknytning til akuttmottak
- Etablering av egne undersøkelsesrom for mottak av pasienter med påvist/høy smittemistanke med inngang direkte fra ambulanseshall eller utenfra
- Etablering av undersøkelsesrom med undertrykksventilasjon i ambulanseshall
- Nærliggende observasjonspost benyttes som buffer for akuttmottak for mottak av pasienter uten smittemistanke
- Nærliggende areal som akuttpoliklinikk / skadepoliklinikk tas i bruk som utvidet akuttmottak til «rene pasienter»
- Areal i akuttmottak deles inn i rene og urene soner.
- Flere opplever mangel på enerom
- Større saler blir i liten grad brukt for å unngå krysskontaminering..
- Styrking av tilstedeværelse av lege- og sykepleierressurser i mottak
- En erfaring de fleste opplever er at alle kategorier akuttpasienter har gått ned med 30 % mars/april 2020.
- Frigjøring av areal nært akuttmottak gir mulighet for utvidelse for akuttmottaket/-poliklinikk ifbm. Covid-19.
- Erfaringer fra pandemien Covid-19 viser betydningen av muligheten for raskt å utvide tilgjengelig mottaksareal under denne type massehendelser ved å koble på/etablere midlertidige installasjoner i telt, containere eller andre former for provisorier i umiddelbar nærhet av eksisterende mottaksarealer.

[Fra Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 28)

Sikkerhet/risikoreducerende tiltak

Det er utarbeidet en veileder for sikring av sykehusbygg i regi av HOD (2020). Veilederen inneholder råd om mulige risikoreducerende tiltak som gjelder funksjonelle avgrensninger, organisatoriske avgrensninger og beredskap.

Funksjonelle avgrensninger

- Visuell oversikt over avdelingen reduserer trusselnivå, får raskere hjelp
- Fluktveier fra behandlingsrom
- Dette får konsekvenser for plassering av f.eks. arbeidsbord med PC (nær døren)
- Etablering av to dører i enkelte rom
- Dører som slår ut hvis bruk av slagdør
- Minst ett av undersøkelsesrommene bør innredes med hardført interiør
- «skuddsikkert» glass i ekspedisjon, arbeidsstasjon

Organisatoriske avgrensninger

- Bemanning
- Adgangskontroll
- Voldsalarm
- Innbruddsalarm
- Kameraovervåking av området
- Opplæring av personalet, trene på håndtering av situasjoner

Beredskap

- Alle sykehus er pålagt å ha en beredskapsplan for massetilstrømming/masseskadetriage og for eskalering av hverdagsberedskap når det kommer flere pasienter i samtidighet eller andre uventede hendelser oppstår. Dette krever at det må være en plan for hvordan omkringliggende areal og resten av sykehuset skal benyttes ved økt beredskap.

Kriterier og krav for planlegging av et godt akuttmottak

Kriterier som bør oppfylles

- Høyest mulig pasientsikkerhet
- Rasjonell logistikk og pasientflyt
- Optimal ressursutnyttelse av rom, personell og utstyr
- Tilrettelegge for tverrfaglig diagnostikk og behandling
- Tilrettelegge for virksomhetsutvikling og organisasjonsendringer
- Godt pasientmiljø
- Godt arbeidsmiljø for personale, herunder ivaretagelse av sikkerhetsaspektet
- Effektiv forsyning av legemidler, forbruksvarer, utstyr, senger, mat, avfall o.l.

Bygget skal planlegges ut fra krav til

- Pasientsikkerhet
- Smittevern
- HMS
- Funksjonalitet
- Logistikk – pasientflyt, ansatte- og vareflyt
- Fleksibilitet og generalitet



[Fra Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 49)

Tiltakspunkt 13 Levanger: Avklare felles forståelse for «øyeblikkelig hjelp» mellom lege, sykepleier, laboratoriemedisin og billeddiagnostikk slik at det prioriteres riktig ved rekvirering og utførelse av undersøkelser.



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring:

Avdeling for bildediagnostikk (ABD) og laboratoriemedisin (LAB) mottar ofte rekvisisjoner som de opplever som avkrysset feil mht. Øyeblikkelig hjelp, hvor rekvirenter krysser av for haster/akutt for pasienter som kan vente. Dette kan påvirke kapasiteten og føre til at undersøkelser som ikke haster, blir tatt før det som er akutt.

*Det har vært ønskelig å ta ut analyser som viser hvor mange prøver som blir rekvirert som øyeblikkelig hjelp, men dette har vist seg å ikke være mulig med dagens systemer

Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppeleder: Sturla Røiseng- traumekoordinator akuttmedisinsk avd.

- Marit Bye Mæhre- fagutviklingssykepleier akuttmedisinsk avd.
- Rune Wagnild- avdelingsleder avdeling for bildediagnostikk (ABD)
- Heidi Moe- seksjonsleder laboratoriemedisin
- Elisabeth Tronstad- avdelingsleder medisinsk klinikk
- Aud Marit Vongraven/Grete Sivertsen- avdelingsleder kirurgisk klinikk
- Martin Reitan- legerepresentant fra kirurgisk klinikk
- Anders Hynne- legerepresentant fra ortopedisk klinikk
- Børge Lillebo- legerepresentant medisinsk klinikk
- Elise Nyberg- spesialbioingeniør laboratoriemedisin
- Astrid Tromsdal- Avdelingsleder avd. for akuttmedisin
- Jonas Myr/Ingar Pedersen- representant fra akuttmottaket

Dagens rutiner

Laboratorium (Lab)

Sengepost:

- Dersom det haster å få tatt blodprøvene, skal det hukes av for «haster»

- Dersom det ikke haster, tas blodprøve på neste prøvetakingsrunde på sengepost som følger regional mal (07.30, 12.30*, 17.00, 19.00)
*Tidspunkt tilpasset Levanger for å kunne skrive ut pasienter tidligere på dagen

1

Sengepost bestiller blodprøver

2

Laboratorium tar blodprøve av pasienten på sengepost

Akuttmottak:

1

Akuttmottaket bestiller blodprøver i RoS

2

Akuttmottaket caller lab når blodprøvene er forordnet

3

Lab. Tar blodprøve av pasienten i akuttmottaket. Alle blodprøver fra akuttmottaket blir ansett som «haster», slik at det ikke er nødvendig å huke av for dette i akuttmottaket

Avdeling for bildediagnostikk (ABD)

- Dersom det haster, skal det hukes av for «akutt»

Velg...
Akutt
6 t
6 - 24 t
1 - 3 døgn
Pakkeforløp
Vanlig prioritet

1

Lege rekvirerer undersøkelse bildediagnostikk

2

Undersøkelse bildediagnostikk

Hovedutfordring

ABD og LAB mottar ofte rekvisisjoner som de opplever som avkrysset feil mht. Øyeblikkelig hjelp, hvor rekvirenter krysser av for haster/akutt for pasienter som kan vente. Dette kan påvirke kapasiteten og føre til at undersøkelser som ikke haster, blir tatt før det som er akutt

Årsaker

1

På grunn av logistikk og utfordringer på sengepost, krysser sengepost ofte av for øyeblikkelig hjelp ved rekvirering, selv om det ikke er øyeblikkelig hjelp

2

Enkelte ganger glemmer nattevaktene å bestille blodprøver hos inneliggende pasienter, til morgenrunden dagen etterpå, og de blir derfor bestilt som øyeblikkelig hjelp samme morgen

3

Flere sykepleiere fra akuttmottaket ringer ofte samtidig/med kort mellomrom, for å bestille blodprøver

4

Det er utfordrende for ABD* og LAB å prioritere hvilke av rekvisisjonene som rekvireres som øyeblikkelig hjelp, som haster mest, basert på den informasjonen de har tilgjengelig

Resulterer i at lab må løpe mye frem og tilbake for å ta blodprøver i akuttmottaket og på sengepost

*Det er mulig for rekvirent å legge inn ekstra informasjon i fritekstfelt, men dette får ikke radiolog/radiograf i ABD opp når de åpner oversikt over rekvisisjoner. De må inn på hver enkelt rekvisisjon for å se hva som står i fritekstfeltet. Dette er ikke hensiktsmessig og det er derfor ikke ønskelig å bruke fritekstfelt for å prioritere hvilke undersøkelser som haster mest.

1

Årsak

På grunn av logistikk og utfordringer på sengepost, krysser sengepost ofte av for øyeblikkelig hjelp ved rekvirering, selv om det ikke er øyeblikkelig hjelp

Fremtidig ønsket situasjon

- Det skal være tydelig for rekvirenter, når undersøkelser skal rekvireres som øyeblikkelig hjelp
- Blodprøver på sengepost som kan tas ved prøvetakingsrunder, skal tas da.

Tiltak og implementeringsplan

Opplæring og bevisstgjøring av rekvirenter om hva som er øyeblikkelig hjelp, og som derfor skal krysses av for akutt (ABD) og haster (LAB) (gjelder ikke kun nyansatte).

- Sende mail til alle rekvirenter i kirurgisk og medisinsk klinikk og informere om hva som skal rekvireres som ø-hjelp. Utfordringer i ABD må beskrives i denne mailen.
- Informasjon og bevisstgjøring av hva som skal rekvireres som øyeblikkelig hjelp i avdelingsmøter

2

Årsak

Enkelte ganger glemmer nattevaktene å bestille blodprøver hos inneliggende pasienter, til morgenrunden dagen etterpå, og de blir derfor bestilt som øyeblikkelig hjelp samme morgen. Dette resulterer i at lab må løpe mye frem og tilbake for å ta blodprøver på sengepost

Fremtidig ønsket situasjon

Blodprøver til morgenrundene på sengepost (07.30) bestilles av nattevakt eller dagen før

Tiltak og implementeringsplan

- Opplæring og bevisstgjøring av rekvirenter- Blodprøver til morgenrundene, skal bestilles av nattevakt eller dagen før

3

Årsak

Flere sykepleiere fra akuttmottaket ringer ofte samtidig/med kort mellomrom, for å bestille blodprøver, noe som resulterer i at lab må løpe mye frem og tilbake for å ta blodprøver i akuttmottaket

Fremtidig ønsket situasjon

- Sykepleiere som er ansvarlige for hver enkelt pasient skal gi beskjed til koordinator når blodprøver er rekvirert
- Det er koordinator i akuttmottaket som skal varsle lab via callingsystemet

Tiltak og implementeringsplan

- Oppdatere rutinebeskrivelse til koordinator ihht. Fremtidig ønsket situasjon
- Bevisstgjøring og opplæring av sykepleiere og koordinator i akuttmottaket rundt rutiner knyttet til rekvirering av blodprøver
- Sjekke hvordan bestilling av blodprøver vil bli gjennom helseplattformen, for å sikre at fremtidig ønsket situasjon er mulig

4

Rotårsak

Det er utfordrende for ABD* og LAB å prioritere hvilke av rekvisisjonene som rekvireres som øyeblikkelig hjelp, som haster mest, basert på den informasjonen de har tilgjengelig

Fremtidig ønsket situasjon

- Datasystemet skal tilrettelegge for at det går raskt og er enkelt å prioritere hvilke av ø-hjelps rekvisisjonene som haster mest

Tiltak og implementeringsplan

- ☐ Melde inn behov/utfordringsbilde til helseplattformen:
 - Sjekke om det er mulighet for varsel om hva som menes med «Akutt» og haster felt ved rekvirering av undersøkelse ABD/lab
 - Sjekke om det er mulig å få mer informasjon i oversiktsbildet til lab og ABD slik at det er lettere å prioritere hvilke av rekvisisjonene som rekvireres som øyeblikkelig hjelp, som haster mest

Ønsket resultat

- Økt pasientsikkerhet gjennom at akutte pasienter blir prioritert for undersøkelser først
- Økt kapasitet på laboratorium og bildediagnostikk gjennom mer koordinerte bestillinger fra både akuttmottak og sengepost
- Bedre og raskere diagnostikk
- Bedre pasientflyt inhospitalt fra ankomst akuttmottak til utskriving fra sykehuset

Oppfølging

- Følge opp at kun akutte behov om undersøkelser ABD og lab, rekvireres som øyeblikkelig hjelp (hukes av for haster/akutt)



- Bevisstgjøring av rekvirenter om hva som skal rekvireres som øyeblikkelig hjelp er startet på, og personalet på lab og ABD ser allerede resultater av det. Da vi ikke har noen analyser på dette, blir det vanskelig å måle hvor mye det er forbedret

Tiltakspunkt 13 Namsos: Avklare felles forståelse for «øyeblikkelig hjelp» mellom lege, sykepleier, laboratoriemedisin og billeddiagnostikk slik at det prioriteres riktig ved rekvirering og utførelse av undersøkelser

1. Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring:

- Generelt på sykehuset rekvireres det en del blodprøver på feil hastegrad, hvor det krysses av for haster/akutt for pasienter som kan vente. Dette skjer eksempelvis før utskriving, slik at man skal få raskt avklart om pasienten skal skrives ut eller ikke. Blodprøver som ikke blir rekvirert til «vanlig runde», blir også bestilt som «haster» når legen er på visitt og ønsker den tatt.
- Lite differensiering mellom hastegrad på rekvireringer kan føre til unødvendig lang svartid på prøver hvor det er ønskelig med et raskt svar, da bioingeniør ikke får tid til å ferdigstille analysene og få overført resultatet fra analysemaskin til RoS

2. Dagens situasjon/hvordan det fungerer i dag

- Det oppleves ikke som et stort problem for Sykehuset Namsos at det rekvireres unødvendig mange øyeblikkelig hjelp-prøver
- Nåværende arbeidsflyt fungerer godt, kun behov for bevissthetsgjøring rundt eksisterende prosedyrer
- Avdeling for billediagnostikk melder om at de synes henvisningsrutinene fungerer godt og at det ikke er et problem hos dem at det rekvireres mange unødvendige ø-hjelpsprøver

3. Resultater (Hva skal vi oppnå?):

- Kortest mulig tid til prøvesvar foreligger fra de er rekvirert av lege, som igjen kan gi kortere liggetid i akuttmottak og tidligere oppstart av behandling for pasienten

4. Tiltak og implementeringsplan:

- Bruke fagutviklere til å minne avdelingene sine på hvilke retningslinjer som gjelder ved bruk av «haste»-rekvisisjoner av blodprøver i RoS
- Bruke fagutviklingssykepleier i akuttmottak til å ta en gjennomgang med lab ang. retningslinjer for bestilling av øyeblikkelig hjelp fra akuttmottak

Tiltakspunkt 14 Levanger: Det må avklares hvem som har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billeddiagnostikk



Bakgrunn for tiltakspunkt:

Det er uklart hvem som til enhver tid har ansvar for pasienter som skal fra akuttmottak, via avdeling for billediagnostikk (ABD) og legges inn på sengepost, noe som resulterer i at pasienter ofte* ligger alene på korridor utenfor ABD, uten at noen har ansvar for dem

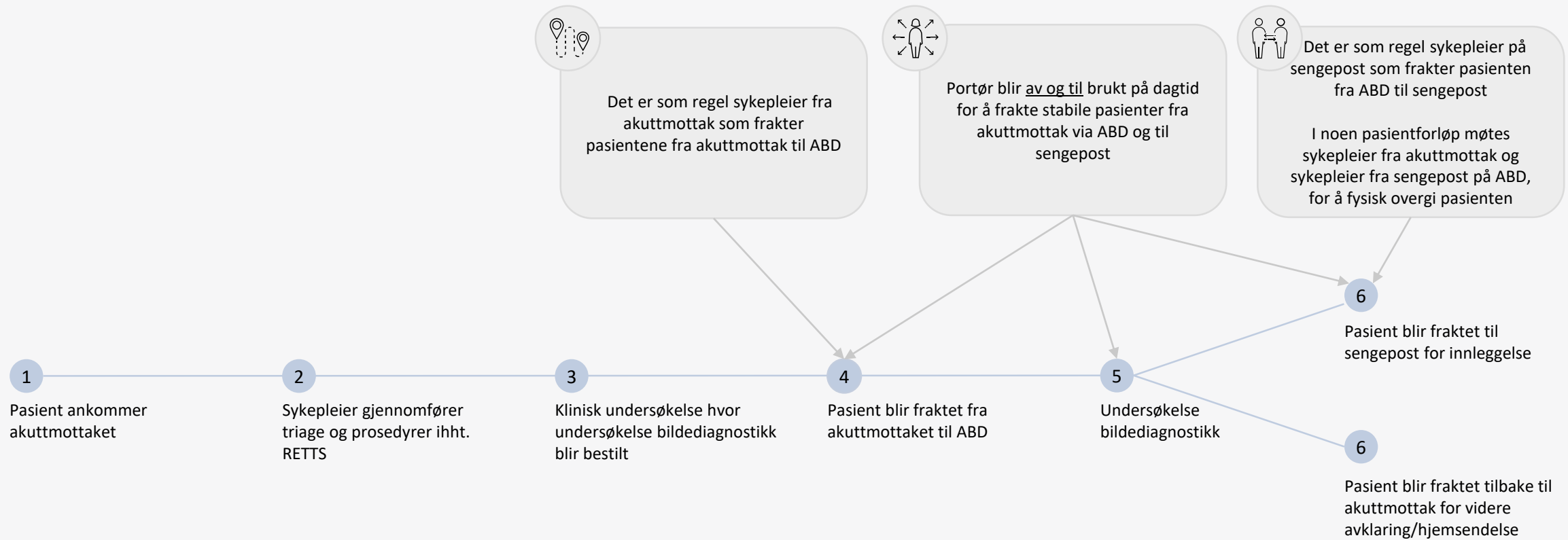
*Da dette ikke blir registrert i noe system, har vi ikke tall på hvor mange det gjelder, men det viser også igjen i avviksmeldinger

Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppeleder: Sturla Røiseng- traumekoordinator akuttmedisinsk avd.

- Marit Bye Mæhre- fagutviklingssykepleier akuttmedisinsk avd.
- Rune Wagnild- avdelingsleder avdeling for bildediagnostikk (ABD)
- Heidi Moe- seksjonsleder laboratoriemedisin
- Elisabeth Tronstad- avdelingsleder medisinsk klinikk
- Aud Marit Vongraven/Grete Sivertsen- avdelingsleder kirurgisk klinikk
- Martin Reitan- legerepresentant fra kirurgisk klinikk
- Anders Hynne- legerepresentant fra ortopedisk klinikk
- Børge Lillebo- legerepresentant medisinsk klinikk
- Elise Nyberg- spesialbioingeniør laboratoriemedisin
- Astrid Tromsdal- Avdelingsleder avd. for akuttmedisin
- Jonas Myr/Ingar Pedersen- representant fra akuttmottaket

Dagens praksis:



Hovedutfordring

Pasienter ligger ofte alene på korridor utenfor ABD, uten at noen har ansvar for dem

Årsaker

1

Mangelfulle retningslinjer som sier hvem som til enhver tid har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billeddiagnostikk (fra akuttmottaket)

- Pasienten blir ikke alltid meldt til ABD, som kan resultere i at pasienten blir liggende alene utenfor ABD, uten at ABD er klar over det
- Det er uklart hvem som har ansvaret for pasientene etter de er levert til ABD, noe som kan resultere at pasienten blir liggende alene utenfor ABD

2

Mangel på personell til å frakte pasientene

- Lite personell på jobb natt og helg i akuttmottak og på sengepost, gjør det utfordrende å ta sykepleiere ut av avdeling for å frakte pasienter
- Portør blir sjelden brukt til transport grunnet tilgang, da portørene i Levanger har mange andre oppgaver i tillegg til transport av pasienter

3

- **Det mangler rutinebeskrivelser på når sykepleier fra akuttmottak og sykepleier fra sengepost skal møtes fysisk for å overgi pasienten, og hvordan det skal utføres**

1

Rotårsak

Mangelfulle retningslinjer som sier hvem som til enhver tid har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billeddiagnostikk (fra akuttmottaket)

1. Pasienten blir ikke alltid meldt til ABD, som kan resultere i at pasienten blir liggende alene utenfor ABD, uten at ABD er klar over det
2. Det er uklart hvem som har ansvaret for pasientene etter de er levert til ABD, noe som kan resultere at pasienten blir liggende alene utenfor ABD

Fremtidig ønsket situasjon

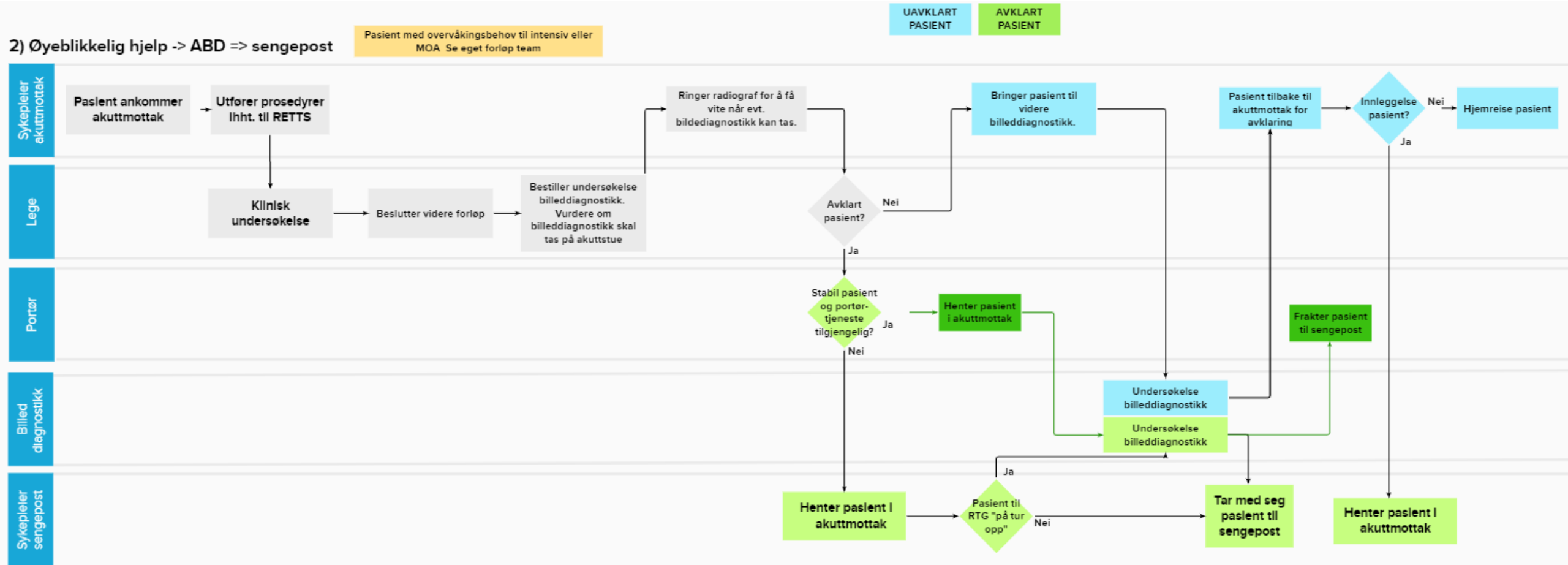
- Se de neste 2 sidene for beskrivelse av fremtidig ønsket situasjon

Tiltak og implementering

- Bevisstgjøring av koordinators rolle i akuttmottaket knyttet til å melde pasienter til ABD ved rekvirering av billediagnostikk
- I samråd med ABD og sengepostene; lage pasientflytskjema som viser hvem som til enhver tid har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billediagnostikk for «generelle» ø-hjelps pasienter. For team pasienter, er det tydelig per i dag hvem som har ansvar for pasientene.
- Avklare hvor billediagnostikk skal utføres til enhver tid (underetasje eller 1. etasje)
- Oppnå samme begrepsforståelse på «avklart» – «uavklart»
- Oppdatere rutinebeskrivelser/prosedyrer
- Informere relevante avdelinger om oppdaterte rutinebeskrivelser

1

Nytt pasientforløp øyeblikkelig hjelp- oversikt over hvem som har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billediagnostikk



1

Fremtidig ønsket situasjon- nærmere beskrivelse av ansvarsfordeling ved pasientforløp for øyeblikkelig hjelp

	Uavklart** pasient i akuttmottaket ved bestilling bildediagnostikk	Avklart* pasient i akuttmottaket ved bestilling bildediagnostikk
Hvem som har ansvaret for pasienten	Akuttmottaket har ansvaret for pasienten og for å sørge for at den blir fraktet til ABD og tilbake til akuttmottaket igjen	Sengepost har ansvar for pasienten og for å sørge for at den blir fraktet fra akuttmottaket via ABD og til sengepost
Hvor undersøkelse ABD skal tas	Underetasje (unntak er ultralyd og noen bildeundersøkelser)	Kan ta bildediagnostikk i 1. etasje , «på vei opp»

Avklart*

- Pasienter som skal legges inn hvor bildediagnostikk er del av utredning

Uavklart**

- Pasienter hvor bildediagnostikk vil avgjøre om pasienten skal legges inn eller reise hjem
- Usikkert om pasienten skal på medisinsk eller kirurgisk sengepost og bildediagnostikk vil være avgjørende for plassering.

2

Rotårsak

Mangel på personell til å frakte pasientene

1. Portør blir sjelden brukt til transport grunnet tilgang
2. Lite personell på jobb natt og helg i akuttmottak og på sengepost, gjør det utfordrende å ta sykepleiere ut av avdeling for å frakte pasienter

Fremtidig ønsket situasjon

- Sykepleier fra sengepost/akuttmottak frakter hemodynamisk ustabile pasienter
- Portørtjenesten frakter hemodynamisk stabile pasienter

Tiltak og implementering

- ❑ Portørtjenesten kan gjøre noen endringer fra sin side for å sørge for at de er tilgjengelig for transport av pasienter på dagtid. I første omgang kan akuttmottaket/sengepost ta kontakt med portør som har vakt, for å bestille transport. Dersom utfordringene vedvarer, kan portørtjenesten vurdere andre endringer, som å ha en portør pr. vakt som har ansvar for transport av pasienter, hvor portøren også kan ha andre arbeidsoppgaver i tillegg, men hvor det er mulig å sette disse oppgavene på vent.
- ❑ Problemstillingen rundt bemanning og bruk av portørtjenesten på natt/helg tas videre gjennom tiltakspunkt 3, hvor følgende punkter vil dekkes:
 - Finne tall på hvor mange (stabile) pasienter som fraktes fra akuttmottak til ABD/sengepost på natt og helg for å se på behov for portørtjeneste gjennom døgnet
 - Undersøke muligheten for oppbemanning av portør på natt, kveld og helg og se dette opp mot øvrig bemanning på sengepost/akuttmottak
 - Sjekke hvilke oppgaver portører har i dag og hvilke oppgaver de kan ta i tillegg ved en evt. oppbemanning

3

Rotårsak

Det mangler rutinebeskrivelser på når sykepleier fra akuttmottak og sykepleier fra sengepost skal møtes fysisk for å overgi pasienten, og hvordan det skal utføres

Fremtidig ønsket situasjon

- Dersom avklart pasient i akuttmottaket, gis det muntlig rapport når sykepleier sengepost henter pasienten i akuttmottaket
- Dersom portørtjeneste benyttes, følger akutt- og observasjonsjournal med pasienten opp. Evt. ekstraopplysninger gis via telefon

Tiltak og implementering

- Definere når sykepleier fra akuttmottak og sykepleier fra sengepost skal møtes fysisk for å overgi pasienten, og hvordan det skal utføres, i forbindelse med ny ansvarsfordeling, i samråd mellom akuttmottak og sengepostene.
- Oppdatere rutinebeskrivelser/prosedyrer
- Informere relevante avdelinger om oppdaterte rutinebeskrivelser

Ønsket resultat

- God pasientflyt mellom akuttmottak, ABD og sengepost
- Forbedret pasientforløp til det beste for pasienten
- Tydelige ansvarsområder gjennom ø-hjelpsforløpet
- Økt pasientsikkerhet

Implementering og oppfølging

- Da arealene i akuttmottaket per dags dato ikke er tilrettelagt for å avklare flere pasienter i akuttmottaket, kan ikke tiltak som innebærer økt avklaring i mottak, startes før arealene er tilrettelagt for det

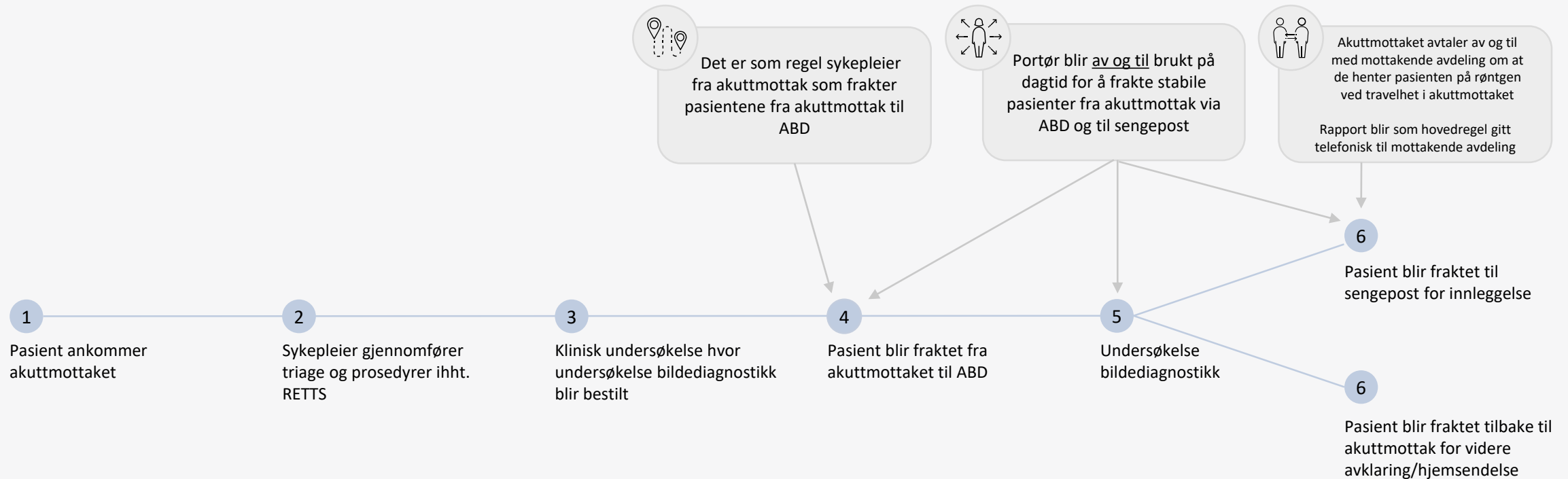
Tiltakspunkt 14 Namsos- Avklare hvem som har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billeddiagnostikk

1. Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring:

Pasientene kan bli levert på røntgen og forlatt der uten annet tilsyn enn røntgenpersonalet.

Dette oppleves som et lite problem på sykehuset i Namsos, men kan unntaksvis skje ved travelhet i akuttmottaket og dårlig kommunikasjon mellom sykepleier i akuttmottak, røntgen og mottakende avdeling

Dagens praksis:



2. Resultater (Hva skal vi oppnå?):

- God pasientflyt mellom akuttmottak, ABD og sengepost
- Tydelige ansvarsområder gjennom ø-hjelpsforløpet
 - Økt pasientsikkerhet

3. Tiltak og implementeringsplan:

- Det vurderes til at situasjonen er god nok som den er, og at det ikke er behov for andre tiltak enn bevisstgjøring og fokus på tydelige avtaler mellom avleverende og mottakende avdeling.
- Pasientrapporten skal i utgangspunktet gis pr. telefon, og da vil det være naturlig å fortelle at pasienten er på røntgen og avklare hvem som har ansvaret for å bringe/hente pasienten til avdeling.

Tiltakspunkt 15 Levanger: Sørge for at avklarte pasienter fortløpende går fra akuttmottak til sengepost



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring:

Akuttmottaket opplever utfordringer knyttet til kapasitet, både knyttet til areal og stor pasienttilstrømming deler av døgnet, noe som fremhever viktigheten av god pasientflyt og riktig pasient til rett tid og sted

Per i dag går ikke alltid avklarte pasienter fortløpende fra akuttmottaket til sengepost.

Hovedutfordring:

For pasienter som skal legges inn på sengepost fra akuttmottaket, er det i dag uklart når pasienten er avklart nok til å flyttes fra akuttmottaket til sengepost. Hva defineres som en avklart pasient?

Dette kan føre til:

- Lenger liggetid i akuttmottaket, som igjen bidrar til opphoping av pasienter i akuttmottaket, ved at pasienter som er avklart venter på prøvesvar (lab eller ABD) og tilsyn av LIS 2 i akuttmottaket, selv om prøvesvar eller tilsyn ikke vil påvirke oppstart av behandling, eller beslutning om innleggelse
- Utfordringer på sengepost, ved at enkelte prøvesvar eller behandlingsplan kan mangle

Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppeleder: Marit Bye Mæhre- fagutviklingssykepleier akuttmedisinsk avd.

- Sturla Røiseng- traumekoordinator akuttmedisinsk avd.
- Rune Wagnild- avdelingsleder avdeling for bildediagnostikk (ABD)
- Heidi Moe- seksjonsleder laboratoriemedisin
- Elisabeth Tronstad- avdelingsleder medisinsk klinikk
- Aud Marit Vongraven/Grete Sivertsen- avdelingsleder kirurgisk klinikk
- Martin Reitan- legerepresentant fra kirurgisk klinikk
- Anders Hynne- legerepresentant fra ortopedisk klinikk
- Børge Lillebo- legerepresentant medisinsk klinikk
- Elise Nyberg- spesialbioingeniør laboratoriemedisin
- Astrid Tromsdal- Avdelingsleder avd. for akuttmedisin
- Jonas Myr/Ingar Pedersen- representant fra akuttmottaket

Hovedutfordring

For pasienter som skal legges inn på sengepost fra akuttmottaket, er det i dag uklart når pasienten er avklart nok til å flyttes fra akuttmottaket til sengepost

Årsaker

1

Ikke definert hvor mye som skal være medisinskfaglig avklart før pasienten forlater akuttmottaket

2

Pasienter som kommer til sengepost mangler ofte behandlingsplan

3

Det er uklart for sengepost hvilken behandling og tiltak som gjøres på ulike pasientforløp i akuttmottaket før pasientene kommer til sengepost

1

Årsak

Ikke definert hvor mye som skal være medisinskfaglig avklart før pasienten forlater akuttmottaket

Fremtidig ønsket situasjon

- Det skal være tydelig for alle involverte, hvor mye som skal være avklart, før en pasient som skal legges inn, skal flyttes til sengepost

Tiltak og implementeringsplan

- Definere hvor mye som skal være medisinskfaglig avklart før en pasient som skal legges inn, forlater akuttmottaket (se neste side)
- Informere ansatte i akuttmottak og leger om definisjon på avklart pasient
- Oppdatere rutinebeskrivelser for leger i vakt

Beskrivelse av tiltak knyttet til årsak 1

Definisjon på hvor mye som skal være medisinskfaglig avklart før en pasient, som skal legges inn, kan flyttes fra akuttmottaket til sengepost:

- Mål: Pasienten skal ha en diagnose og en detaljert behandlingsplan når pasienten forlater akuttmottaket
- Alternativt ved kapasitetsutfordringer: Tentativ diagnose og en plan for oppholdet frem til neste visitt

Hvilke tiltak og hvor mye skal startes på av behandling før pasientene forlater akuttmottaket?

- Utføre tiltak i henhold til triageverktøyet Retts og oppstart av behandling i de tilfellene der hurtig oppstart er avgjørende for pasientens tilstand

Det bør være en tett dialog mellom koordinator i akuttmottaket og vakthavende lege for å avgjøre når pasienten er avklart nok til å flyttes fra akuttmottaket til sengepost- hva er det nødvendig å ha svar på av laboratorieprøver og bildediagnostikk for å avgjøre om pasienten skal legges inn, og på hvilken sengepost?

Føring av medisinsk kurve skal skje så tidlig som mulig, slik at pasienten ikke må vente på dette når det er besluttet at de skal legges inn

Definisjon på avklart pasient med tanke på logistikk, og hvem som har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for bildediagnostikk

Avklart	Uavklart
Pasienter som skal legges inn hvor bildediagnostikk er del av utredning	Pasienter hvor bildediagnostikk vil avgjøre om pasienten skal legges inn eller reise hjem
	Usikkert om pasienten skal på medisinsk eller kirurgisk sengepost og bildediagnostikk vil være avgjørende for plassering.

2

Årsak

Pasienter som kommer til sengepost mangler ofte behandlingsplan

Fremtidig ønsket situasjon

- Detaljert behandlingsplan, skal være klar før pasienten forlater akuttmottaket
 - Innkomsjournal skal være skrevet, medisinsk kurve og en plan for videre behandling skal foreligge

Tiltak og implementeringsplan

- Gjøre endringer i akutt- og observasjonsjournal (se neste side)
- Informasjon til sykepleierne i akuttmottaket om endring i akutt og observasjonsjournal
- Informasjon til sengeposter om endring i akutt og observasjonsjournal
- Legge inn i rutinebeskrivelse til koordinator i akuttmottaket, at koordinator skal ha tett dialog med farmasøyt for å sikre riktig prioritering av pasienter ifm. Førings av medisinsk kurve

Beskrivelse av tiltak 2

Det er gjort endringer i akutt og observasjonsjournal for å sørge for at behandlingsplan eller plan for opphold frem til neste visitt (ved kapasitetsutfordringer), er på plass for pasienter som legges inn fra akuttmottaket

1. Det er lagt til stikkord på hva sykepleier i akuttmottaket skal dokumentere om pasientens tilstand til sengepost (funksjonsnivå, eliminasjon, ernæringsstatus og annet)
2. Det er lagt til et punkt «videre forløp» hvor sykepleier/lege i akuttmottak skal beskrive hva som skal observeres og evt. utføres i videre forløp
3. Det er lagt til et felt under PLO melding som heter «hjelpetiltak» i hjemmet, hvor sykepleier i akuttmottak skal beskrive pasientens hjelpebehov i hjemmet

HELSE NORD-TRØNDELAG
- På lag med deg for din helse -

AKUTT- OG OBSERVASJONSJOURNAL
AKUTTMOTTAKET LEVANGER

Ankomst dato/år: KL: _____
Mottaksept.: TF: _____
Spl ved vaktstifte: TF: _____

Pasientens navn: _____ Fødselsdato: _____
Kort aktuell sykehistorie: _____
Helsehistorie / Tidligere sykdommer: _____
CAVE/allergier: _____

Fastlege: _____
Pårende varsel: Ja Nei
Navn: _____
Oppdatert EPJ:
Omsorg for barn Ja Nei ivarettatt: Ja Nei
Smitte Ja Nei
Hvilken: _____
Test tatt: Ja Nei Resultat: _____
PLO-melding sendt: Ja Nei Ikke aktuelt
Hjelpetiltak i hjemmet: _____
Ført skadekjema: Ja Versjoner: _____



A	Luftveier <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Ufri <input type="checkbox"/> Truet <input type="checkbox"/> Intubert SpO ₂ u/ O ₂ SpO ₂ m/ O ₂ RF	<input type="checkbox"/> Ufri luftvei <input type="checkbox"/> RF > 30 /min <input type="checkbox"/> RF < 8 /min <input type="checkbox"/> SpO ₂ med O ₂ < 90 % <input type="checkbox"/> SpO ₂ uten O ₂ < 88 %	<input type="checkbox"/> Truet luftvei <input type="checkbox"/> RF > 25 /min <input type="checkbox"/> SpO ₂ med O ₂ 90 - 92 % <input type="checkbox"/> SpO ₂ uten O ₂ 88 - 90 %	<input type="checkbox"/> Fri luftvei <input type="checkbox"/> SpO ₂ med O ₂ 93-100 % <input type="checkbox"/> SpO ₂ uten O ₂ 91-94 % <input type="checkbox"/> RF 8 - 25 /min <input type="checkbox"/> SpO ₂ uten O ₂ > 100 %	
B	Puls: BT: Kap. tylling (sek.): Hudstatus: <input type="checkbox"/> Varm <input type="checkbox"/> Førr <input type="checkbox"/> Kald <input type="checkbox"/> Klam Hudfarge <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Blek <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Icterus	<input type="checkbox"/> Rm HF > 130 /min <input type="checkbox"/> Urm HF > 160 /min <input type="checkbox"/> SBT < 90 mmHg	<input type="checkbox"/> Rm HF 121 - 130 /min <input type="checkbox"/> Urm HF 121 - 160 /min <input type="checkbox"/> HF/puls < 40 /min	<input type="checkbox"/> HF/puls > 111-120 /min <input type="checkbox"/> HF/puls < 40-49 /min	
C	GCS: Ø V M Temp.: VAS:	<input type="checkbox"/> Pågående krampes <input type="checkbox"/> GCS <= 9 <input type="checkbox"/> 2/3 qSOFA	<input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> GCS 10 - 12 <input type="checkbox"/> Temp. > 41°C <input type="checkbox"/> Temp. < 35°C	<input type="checkbox"/> Akutt ukklar <input type="checkbox"/> GCS 13 - 14 <input type="checkbox"/> Temp. > 38.5 °C	
D	ESS-algoritme RETTS - A	<input type="checkbox"/> Rød ESS <input type="checkbox"/> Orange ESS <input type="checkbox"/> Rød prio	<input type="checkbox"/> Gul ESS <input type="checkbox"/> Orange prio	<input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> GCS = 15 <input type="checkbox"/> Temp. 35 - 38.5 °C <input type="checkbox"/> Grønn ESS <input type="checkbox"/> Grønn prio	
E	Infeksjon/mistanke om infeksjon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	RF ≥ 22 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	SYST BT. ≤ 100 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Endret mental status <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	qSOFA score: / 3



<input type="checkbox"/> Venekanyte	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> Blårescannet KL: ml:
<input type="checkbox"/> Bioprøver	<input type="checkbox"/> Urinstit	<input type="checkbox"/> Blodbest. enhet:
<input type="checkbox"/> Biogass	<input type="checkbox"/> Bactus us:	<input type="checkbox"/> Spist/drukket sist KL:
<input type="checkbox"/> Biokultur	<input type="checkbox"/> Kater type/nr:	<input type="checkbox"/> Annet:

Observasjon / Retriage

KL	BT	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	10	20	30	40	50	
Puls	BT																					
BT	BT																					
V	manuelt																					
Δ	scoop																					

SpO₂ _____
O₂ _____
RF _____
GCS _____
Temp _____
VAS _____
Oversikning (scoop) _____
Tisyn _____

Omprioritering / retriage: ■ ■ ■ ■ KL: Sign:

Medikament, IV-behandling og annen behandling gitt i Akuttmottak:

KL	Signature

Aktuell informasjon, vurdering og tiltak:

KL	Signature
Funksjonsnivå:	
Eliminasjon:	
Ernæringsstatus:	
Annet:	
Videre forløp:	

3

Rotårsak

Det er uklart for sengepost hvilken behandling og tiltak som gjøres på ulike pasientforløp i akuttmottaket før pasientene kommer til sengepost

Fremtidig ønsket situasjon

- Felles forståelse mellom akuttmottak og sengepost om hvilken behandling og tiltak som blir iverksatt i akuttmottaket og hva sengepost skal gjøre

Tiltak og implementeringsplan

- Lage en video som beskriver hvilke behandling og tiltak som blir gjort i akuttmottaket
- Informere om video til ansatte på sengepost for å sikre felles forståelse av hvilke tiltak og behandling som blir iverksatt i akuttmottaket

Ønsket resultat

- Bedre pasientflyt gjennom at pasienter som skal legges inn, fortløpende flyttes til sengepost etter hvert som de er avklart og det er bestemt at de skal legges inn
- Riktig pasient til riktig tid og sted
- Økt pasientsikkerhet gjennom riktig behandling til riktig tid hos riktig pasient
- Bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse mellom akuttmottak og sengepost
- Godt samarbeid og felles forståelse av hva som gjøres hvor med pasientene mellom akuttmottak og sengepost

Oppfølging av tiltak

- Følge opp at pasienter har en behandlingsplan når de forlater akuttmottaket
- Følge opp at det ikke blir en negativ utvikling i avvik knyttet til hva som skal gjøres i akuttmottak før pasienten flyttes til sengepost
- Da arealene i akuttmottaket per dags dato ikke er tilrettelagt for å avklare flere pasienter i akuttmottaket, kan ikke tiltak som innebærer økt avklaring i mottak, startes før arealene er tilrettelagt for det

Tiltakspunkt 15 Namsos: Sørge for at avklarte pasienter fortløpende går fra akuttmottak til sengepost

- Utfordringen knyttet til dette punktet er sjekket opp i, men oppleves ikke som en utfordring i Namsos, og tiltakspunktet ønskes derfor å bli kvittert ut av prosjektet

Tiltakspunkt 16 Namsos: Journalopptak av elektive pasienter skal utføres på sengepost

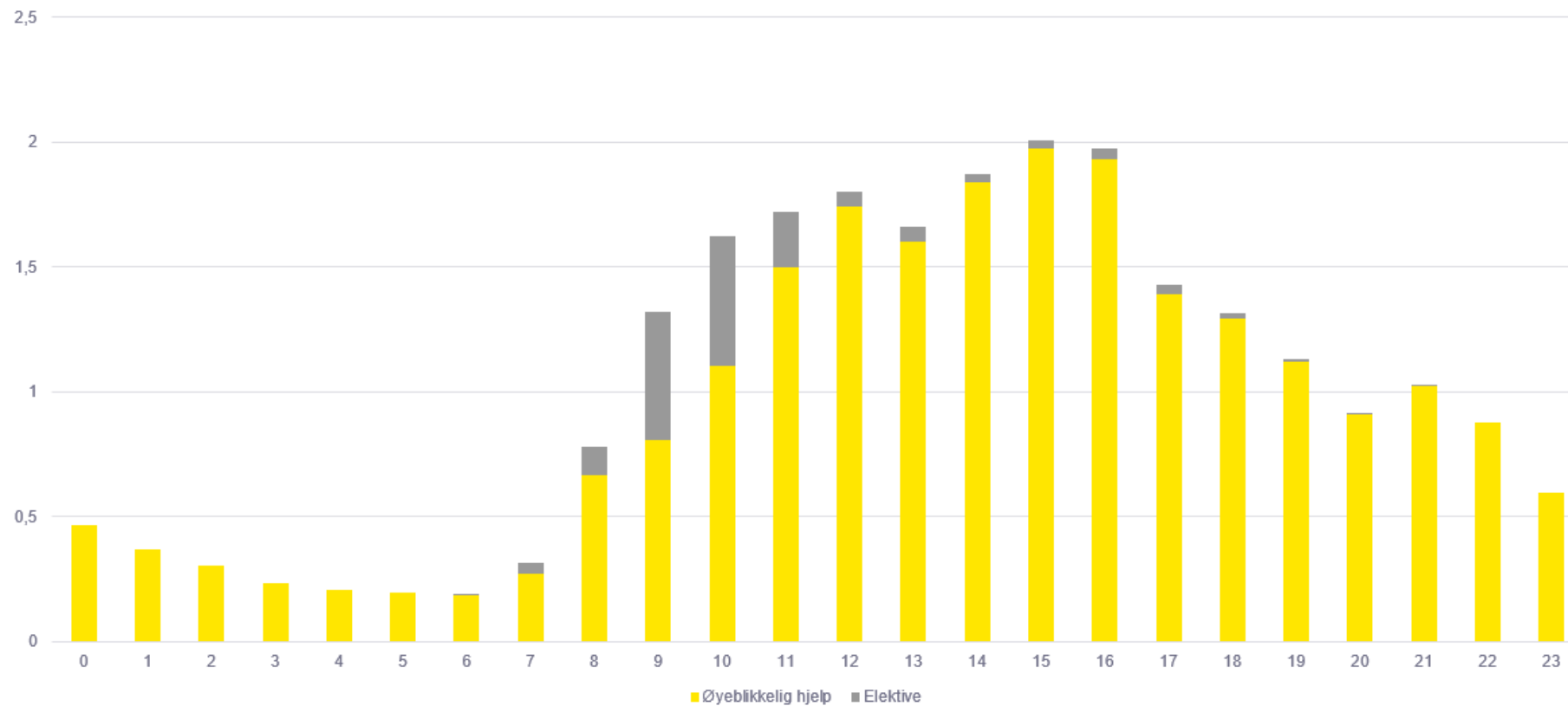


Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring:

Sykehuset i Namsos er et av få sykehus i Norge som tar i mot elektive pasienter i akuttmottaket og ikke på mottakende avdeling. Ved å ta imot elektive pasienter i akuttmottaket vil relativt friske personer, sitte å vente i akuttmottaket, sammen med pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, på å komme til planlagt behandling. De opptar rom og bidrar til å skape kø/korridorpasienter i akuttmottaket.

Journalopptak av elektive pasienter i akuttmottaket i Namsos utgjør i gjennomsnitt 629* pasienter årlig, og ca 2,5 pasienter per dag

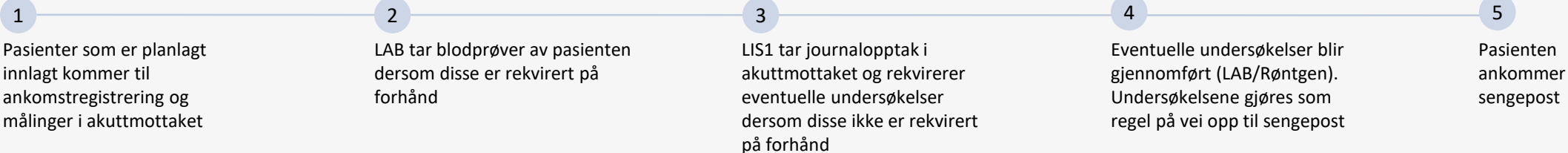
Se nedenfor for gjennomsnittlig tilstrømming av elektive pasienter gjennom døgnet og per ukedag i Namsos



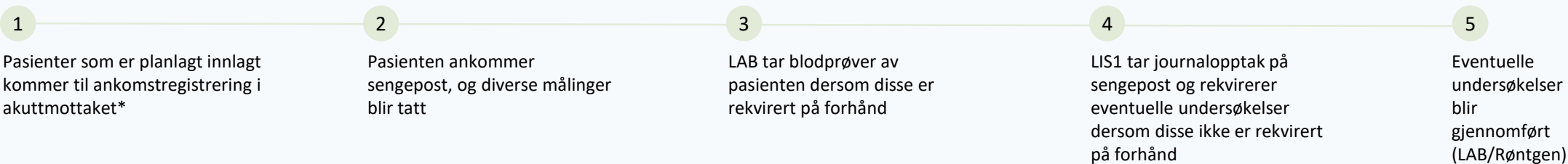
*Gjennomsnittlig tilstrømming per år de 3 siste årene (2018, 2019 og 2020)

Dagens og ny pasientflyt

DAGENS PASIENTFLYT



NY PASIENTFLYT



*Jobber med å få bort dette punktet, slik at pasientene kommer direkte på sengepost eller ankomst-registreres i resepsjon eller lignende



Ønsket resultat

- Bedre pasientforløp for pasientene
- Færre kontaktpunkt/ avdelinger/ personell pasientene må innom og i kontakt med
- Bedre ressursutnyttelse

Tiltakspunkt 17 Levanger: Journalopptak av pasienter som er avklart av spesialist ved poliklinikk skal som hovedregel utføres på sengepost



Bakgrunn for tiltakspunkt/utfordring:

Pasienter som har vært inne til en planlagt poliklinisk time hos en grenspesialist, som skal innlegges som ø-hjelp, kommer til akuttmottaket for journalopptak og evt. oppstart av behandling. Disse pasientgruppene blir ofte liggende lenge i akuttmottaket grunnet lav triage. Dette er pasienter som er kronisk dårlige og palliative pasienter med hyppige innleggelser, som ofte er godt kjente på sengepostene. Det er ønskelig og få til et bedret pasientforløp hos disse pasientgruppene.

Dette forløpet gjelder følgende pasientgrupper:

- Palliative pasienter på dagtid. Støttende og/eller palliativ behandling
- Dialysepasienter
- Polikliniske pasienter medisin

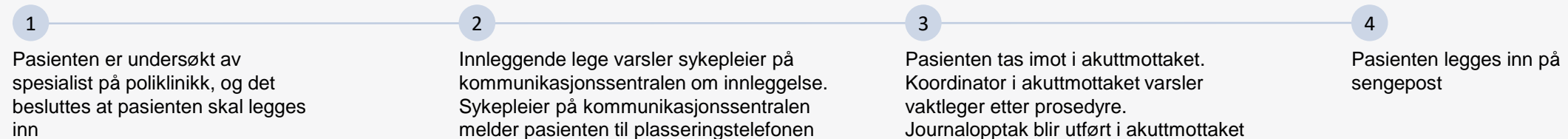
Arbeidsgruppe

Arbeidsgruppeleder: Marit Bye Mæhre - fagutviklingssykepleier akuttmedisinsk avd.

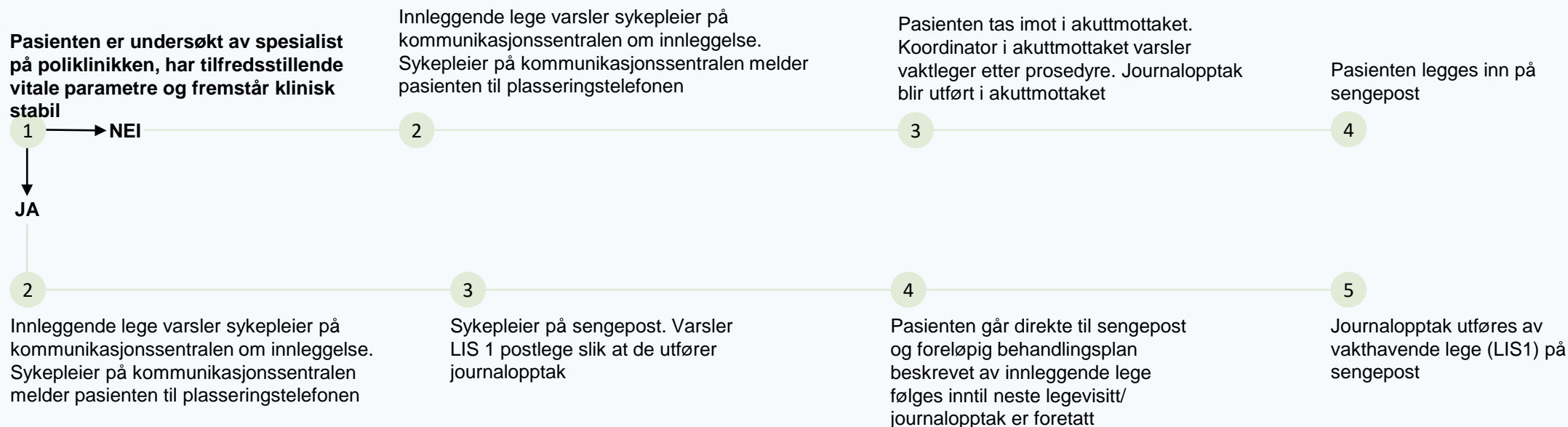
- Sturla Røiseng - Akuttmottaket
- Børge Lillebo - Konstituert overlege medisinsk klinikk
- Grete Sivertsen – Prosjektleder/ Avdelingsleder kirurgisk klinikk
- Elisabeth Tronstad – Avdelingsleder medisinsk klinikk
- Rune Wagnhild – Seksjonsleder ADB
- Ganna Westvik – Avdelingsoverlege kreftpoliklinikk
- Ingvild Overmo – Overlege medisinsk klinikk
- Maren Wold – Overlege medisinsk klinikk
- Anders Hynne – Ort Lis 3 kirurgisk klinikk
- Martin Reitan – Kir Lis 2 kirurgisk klinikk
- Anne Lise Olsen – Seksjonsleder kreftpoliklinikk

Dagens og ny pasientflyt

DAGENS PASIENTFLYT



NY PASIENTFLYT



Gevinster og implementeringsplan

Ønsket resultat

- Bedre pasient forløp
- Færre kontaktpunkt/ avdelinger/ personell pasientene må innom og i kontakt med
- Kortere tid til oppstart av behandling lagt av grenspesialist, f. eks. smertelindring hos palliative pasienter
- Sikrer gode forløp hos pasienter som trenger raskt igangsatt behandling ved at de som ikke har tilfredsstillende vitale parametere og ustabil klinikk går direkte til akuttmottaket
- Bedre utnyttelse av ressurser og areal
- Økt pasient sikkerhet ved at grenspesialist legger en plan for pasienten fremt til neste visitt

Oppfølging av tiltak

- Informere om endring av pasientforløp i alle berørte avdelinger og spesialiteter
- Oppdatere rutinebeskrivelser
- Evaluering av pasientforløpet etter 3 måneder for å se om det må gjøres endringer.

A blurred photograph of four healthcare professionals walking in a hallway. Two are wearing white lab coats over green scrubs, and two are wearing green scrubs. They are moving from left to right. The background is a bright, modern hospital corridor with light-colored walls and doors.

FREMRAGENDE AKUTTMOTTAK- Fase II

Standardisering av pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten

Framskriving tilsier en økning i akuttinnleggelser på 43% fra 2017 til 2035*, noe som underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer

Gjennom kartleggingen fra fase I av fremragende akuttmottak, hvor målet var å sikre rett pasient til rett tid og sted, kom det frem at det var ønskelig å se nærmere på følgende tiltaksområder:

- Etablere standardiserte pasientforløp for **volumgrupper av pasienter som kan avklares uten innleggelse** (halv-øyeblikkelig hjelp)
- Utarbeide tilbud for pasienter som har behov for prioritert helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som etter konferering med fastlege/legevakt kan **styres til dagtid** (halv-øyeblikkelig hjelp)



Formålet med å standardisere pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten er:

- Raskere, bedre og mer effektiv pasientbehandling med bedre ivaretagelse av pasientsikkerhet
- At alle aktører sine oppgaver i de konkrete pasientsituasjonene, er kjent for alle involvert i forløpet

*[Konseptprogram akuttmottak v.1.0.pdf \(sykehusbygg.no\)](#) (side 53)

Det er flere mulige gevinster ved å jobbe med å standardisere pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten

- Økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet.
- Økt samhandling/bedre samarbeid på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Flytte deler av pasientstrømmen i akuttmottaket fra perioder med høy aktivitet, til perioder med lav aktivitet, og dermed redusere crowding/opphoping av pasienter i akuttmottaket (gjennom poliklinikktime på dagtid påfølgende dag).
- Øke andelen avklarte pasienter i akuttmottaket/ redusere innleggelse på sykehus, noe som kan frigjøre senger på sengepost og dermed gi rom for mer elektiv aktivitet.
- Økt pasientsikkerhet og bedre kvalitet på pasientbehandling.
- Kortere oppholdstid for pasienter som behandles poliklinisk.
- Redusere unødvendig ventetid for pasientene.
- Økt medarbeidertilfredshet og pasienttilfredshet.
- Bedre ressursutnyttelse ved mer koordinerte forløp.



St. Olavs hospital er 1 av flere sykehus i Norge som har jobbet med å standardisere pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten

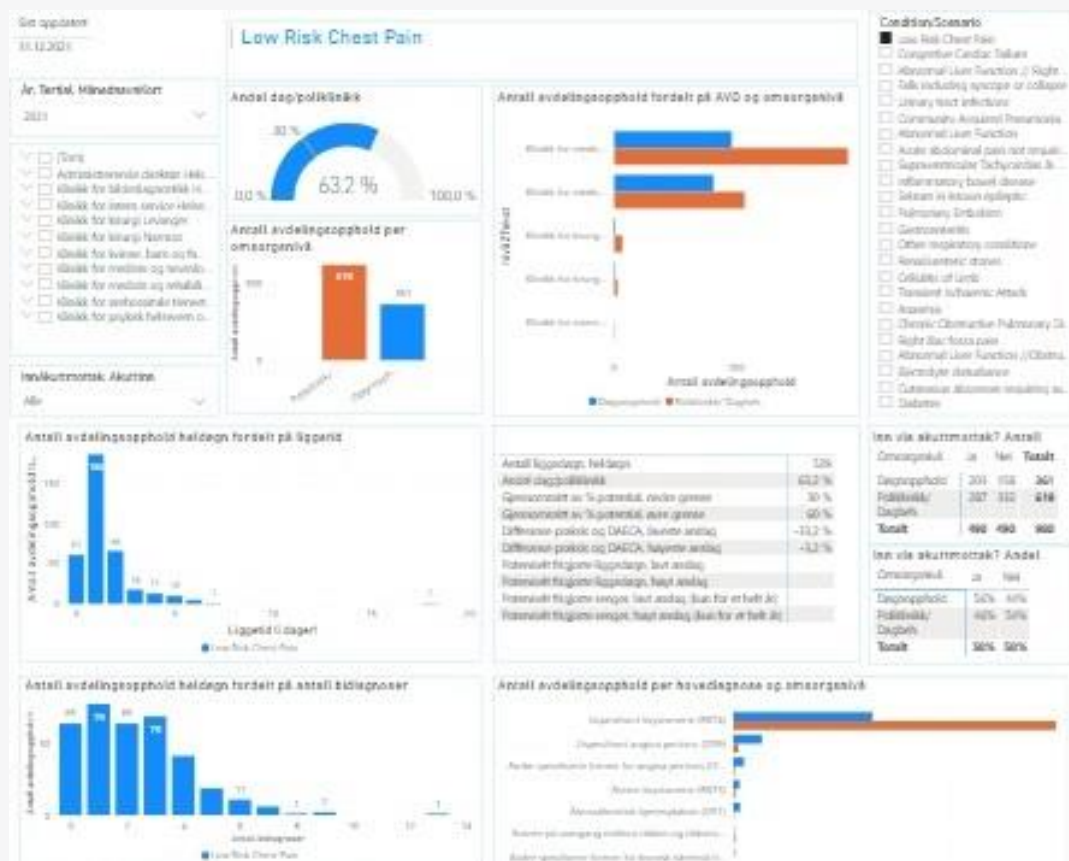
På St. Olavs hospital har de gjennom å jobbe med å standardisere pasientforløp, oppnådd følgende resultater:

- Andelen pasienter som blir snudd i akuttmottaket har økt fra 11%- 35% fra 2012 – 2021.
- Økt poliklinisk håndtering av lavrisiko bryst smerter fra 15 % til 50 % fra 2017 til 2020.
- Økt poliklinisk håndtering av akutte magesmerter fra 30 % til 60 % fra 2018 til 2020.
- Ca. 90 % av pasienter som henvises med spørsmål om DVT, håndteres poliklinisk.
- Ca. 10-15% av pasientene som tidligere kom på kveld/natt, kommer nå på poliklinisk ø-hjelpstime på dagtid påfølgende dag.
- I samarbeid med slagavdelingen har de i 2021 implementert nytt pasientforløp for TIA, hvor de har estimert et potensial for å håndtere 60% poliklinisk, mot ca. 7% som ble håndtert poliklinisk i 2020 og tidligere år. I 2021, samme år som nytt forløp ble implementert, har de økt andelen til 20%.



I Storbritannia har de laget en modell (DAECA) som oppgir ca. 50 tilstandsgrupper hos pasienter som har potensial for å behandles poliklinisk i stedet for å legges inn

- På St. Olavs har de brukt DAECA-modellen til å kvantifisere potensialet, og på bakgrunn av det, jobber de strukturert med å standardisere ett og ett pasientforløp, for å blant annet frigjøre senger på sengeposter.
- Analyseavdelingen i HNT har lastet inn grunndata fra HNT i modellen, slik at vi også kan estimere potensialet i HNT. Link til modellen er [her](#);
 - I 2019 estimeres det et potensial på mellom 1083 og 2492 ekstra pasienter som kan avklares på sykehuset i Levanger i stedet for å legges inn, og i Namsos er potensialet mellom 471 og 1327 pasienter.
- Helsedirektoratet tilpasser nå modellen til norske forhold, blant annet tilstandsgruppene, slik at modellen kan implementeres i hele Norge.



Bilde av DAECA-modellen, tilpasset HNT

Eksempel på pasientforløp før og etter standardisering (DVT fra St. Olav)

FØR STANDARDISERING AV PASIENTFORLØP



Pasienter med mistanke om DVT kom til akuttmottaket til **alle tider av døgnet**. De fleste pasientene kom på kveld/natt/helg.



Pasienter med mistanke om DVT er en lavt prioritert pasientgruppe, noe som:

- Resulterer i at de blir **sittende lenge** i akuttmottaket
- Bidrar til **crowding** i akuttmottaket, og spesielt når det er mest travelt, som kveld/natt/helg
- Resulterer i **redusert pasienttilfredshet** for denne pasientgruppen

1

Pasient ankommer akuttmottaket

2

Sykepleier gjennomfører triage og prosedyrer ihht. RETTS

3

LIS 1 tar journalopptak av pasienten, og konfererer/bestiller tilsyn av LIS 2 ved behov

4

Nødvendig diagnostikk og behandling gjennomføres

5

Avklart pasient til:

- Hjem
- Sengepost
- Operasjon

ETTER STANDARDISERING AV PASIENTFORLØP



Akuttmottaket får **kontroll** på når disse pasientene kommer og kan **planlegge** basert på det



Pasientgruppen blir flyttet fra perioder med høy aktivitet til **perioder med lav aktivitet**



90 % av pasienter med mistanke om DVT, blir håndtert **poliklinisk på dagtid**



Reduksjon i oppholdstid for DVT pasienter som **behandles poliklinisk**, med **50%, fra 4 timer til 2 timer**

1

- Fastlege/ legevakslege gjør en klinisk vurdering ihht. nytt standardisert forløp, inkludert Wells score
- Fastlege/legevaksleger tar i større grad D-dimmer og gjennomfører ultralyd

2

Fastlege/legevakslege tar kontakt med samhandlingstelefon på sykehuset og avtaler time på dagtid dagen etterpå

3

- Pasienten kommer til poliklinikktime på dagtid, hvor:
- Sykepleier utfører innledende triage
 - Blodprøver blir tatt av pasienten
 - Akuttlege tar ultralyd og vurderer pasienten
 - Pasienten drar hjem

På sykehuset Namsos og sykehuset Levanger, er følgende de største pasientgruppene som bruker akuttmottaket

Pasientgruppe	Antall pasienter (totalt for 2018, 2019 og 2020)	
	Levanger	Namsos
Magesmerter (STO*)	4453	2788
Feber/Infeksjon (STO-sepsis*)	4138	2236
Brystsmerter (STO*)	2956	2201
Nevrologisk utfall/hjerneslag	1771	956
Tungpust/pustebesvær	1344	1081
Skade legg/kne/lår/hofte/bekken	1184	1998
Ekstremitetsplager/DVT (STO*)	805	765
Ryggsmerter	772	530
Hodeskader	728	421
Svimmelhet (STO*)	650	430
Unormal hjerterytme	556	679
Hematemese/melena	485	225
Intoks	402	150
Bevissthetstap	385	228
Hodepine	384	260

*Pasientforløp som St. Olav har standardisert sammen med kommunene

Oversikt over andel pasienter per pasientgruppe, som er håndtert poliklinisk i akuttmottaket, hvor resterende pasientandel opp til 100% blir lagt inn

NB! Grunnet ulik organisering ved Namsos og Levanger, vil det ikke være hensiktsmessig å sammenligne tallene.

Tallene inkluderer kun øyeblikkelig hjelp for pasienter som kommer via akuttmottaket. Analysene inkluderer ikke øyeblikkelig hjelp fra følgende:

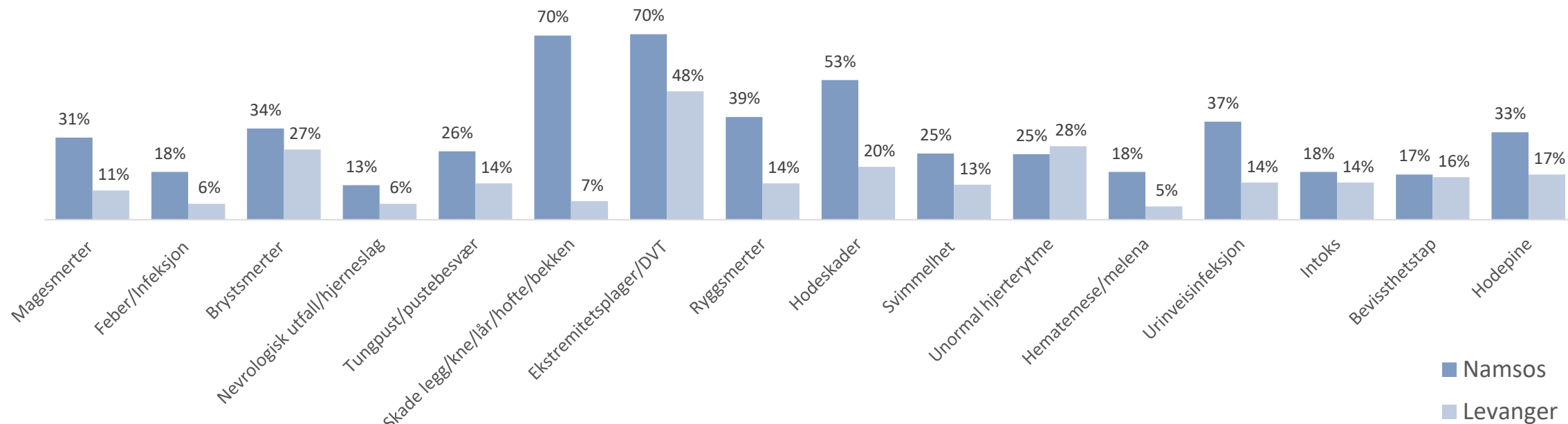
Levanger:

- Kirurgisk poliklinikk, som har åpent 08.00-22.15 i hverdager (inkludert fredag) + lørdag/søndag 12.00-20.00
- Medisinsk poliklinikk 08.00-15.00 hverdager

Namsos:

- Kirurgisk poliklinikk hverdager 08.00-15.30

Oversikt over andel pasienter per pasientgruppe, som er håndtert poliklinisk i akuttmottaket. Basert på tall fra 2018, 2019 og 2020



*Inkluderer ikke elektive pasienter

Oversikt over median liggetid per pasientgruppe i akuttmottaket

NB! Grunnet ulik organisering ved Namsos og Levanger, vil det ikke være hensiktsmessig å sammenligne tallene.

Tallene inkluderer kun øyeblikkelig hjelp for pasienter som kommer via akuttmottaket. Analysene inkluderer ikke øyeblikkelig hjelp fra følgende:

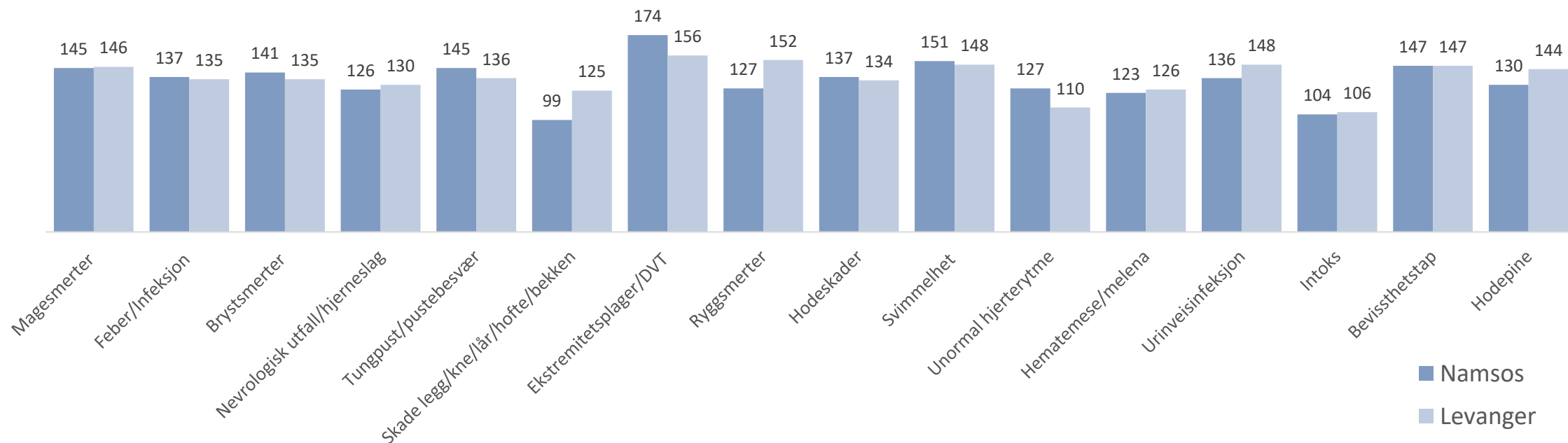
Levanger:

- Kirurgisk poliklinikk, som har åpent 08.00-22.15 i hverdager (inkludert fredag) + lørdag/søndag 12.00-20.00
- Medisinsk poliklinikk 08.00-15.00 hverdager

Namsos:

- Kirurgisk poliklinikk hverdager 08.00-15.30

Oversikt over median liggetid per pasientgruppe i akuttmottaket. Basert på tall fra 2018, 2019 og 2020



*Inkluderer ikke elektive pasienter

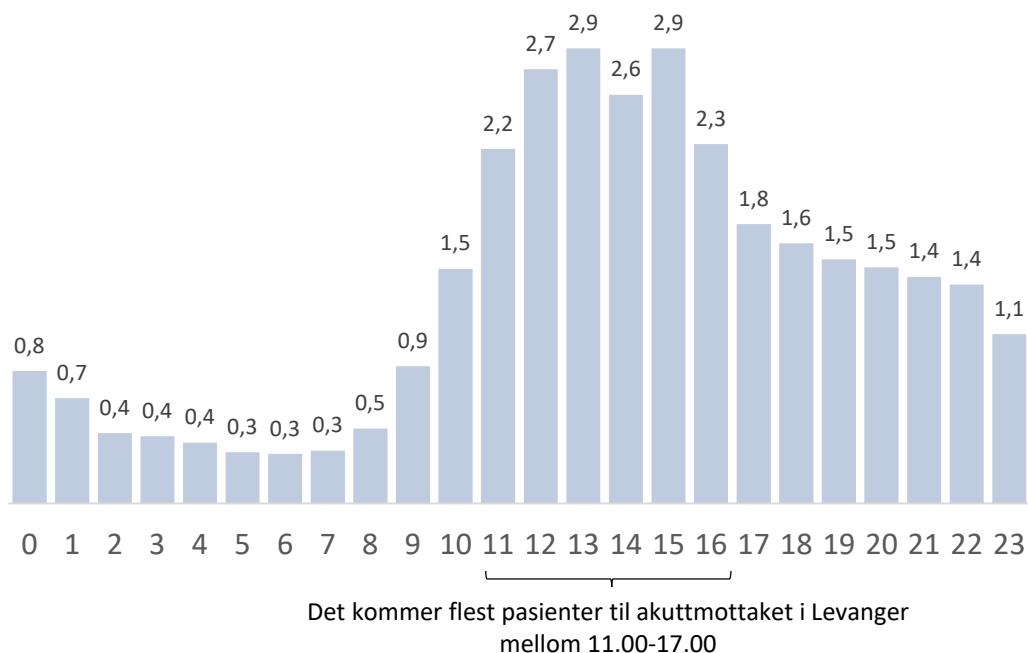
Prosjektgruppa har mottatt innspill fra representanter på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, på pasientgrupper det er ønskelig å forbedre forløpene til

Innspill til pasientgrupper det er ønskelig å forbedre forløpene til:
DVT
Svimmelhet
FCF (fast track hofte Levanger)
Lavrisiko brystmerter
Magesmerter
Sepsis
Reinnleggelser/pasienter som er kjent i systemet
Atrieflimmer
Ortpol- ankler og radius/ulnafrakturer mm
Ryggsmerter
Hodeskader
TIA
Innspill til pasientgrupper det er ønskelig å forbedre forløpene til:
DVT
Svimmelhet

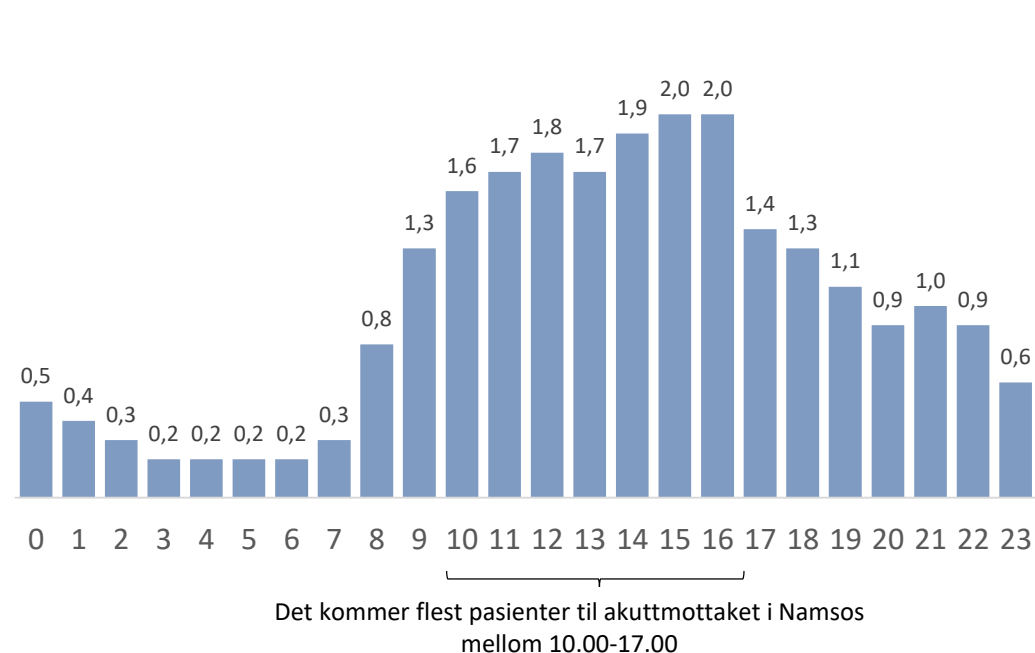
Basert på innspillene valgte prosjektgruppa å starte og arbeide med forløp for pasienter med mistanke om DVT, samt småskader ortopedi

- De 2 forløpene handler primært om å utarbeide tilbud for pasienter som har behov for prioritert helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men som etter konferering med fastlege/legevakt kan styres til dagtid (halv-øyeblikkelig hjelp).
- Ved å flytte deler av pasientstrømmen for «subakutte» pasienter, fra perioder med høy aktivitet til perioder med lav aktivitet, vil det kunne ha en positiv effekt på ressursbelastning og pasienttilfredshet

Gjennomsnittlig tilstrømming gjennom døgnet for årene 2018, 2019 og 2020 i Levanger



Gjennomsnittlig tilstrømming* gjennom døgnet for årene 2018, 2019 og 2020 i Namsos



*Inkluderer ikke elektive pasienter

Oversikt over andel pasienter per pasientgruppe, som kommer på dagtid hverdager til akuttmottaket

NB! Grunnet ulik organisering ved Namsos og Levanger, vil det ikke være hensiktsmessig å sammenligne tallene.

Tallene inkluderer kun øyeblikkelig hjelp for pasienter som kommer via akuttmottaket. Analysene inkluderer ikke øyeblikkelig hjelp fra følgende:

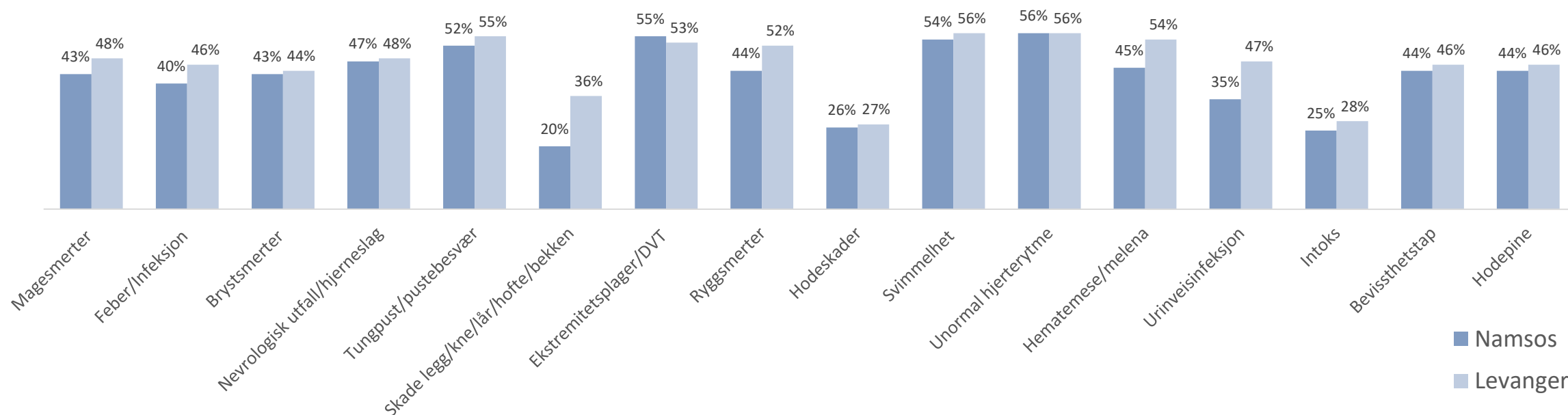
Levanger:

- Kirurgisk poliklinikk, som har åpent 08.00-22.15 i hverdager (inkludert fredag) + lørdag/søndag 12.00-20.00
- Medisinsk poliklinikk 08.00-15.00 hverdager

Namsos:

- Kirurgisk poliklinikk hverdager 08.00-15.30

Oversikt over andel pasienter per pasientgruppe, som kommer på dagtid hverdager til akuttmottaket. Basert på tall fra 2018, 2019 og 2020



*Inkluderer ikke elektive pasienter

Hvorfor se på pasientforløpet for pasienter med småskader innen ortopedi?

Utfordring:

- Redusert kapasitet og kompetanse på sykehuset på ettermiddag/kveld innen ortopedi, og på natt innen bildediagnostikk, resulterer i lang ventetid for pasientene på ortopedisk poliklinikk.
- Redusert kapasitet og kompetanse ettermiddag/kveld innebærer også økt risiko for feilbehandling.
- På kveld/natt er bakvakt tilgjengelig, men samtidighetskonflikter påvirker tilgjengeligheten. Dette kan resultere i at pasienter som blir vurdert av LIS1 på ettermiddag/kveld, kan måtte komme tilbake dagen etterpå for å bli vurdert på ny av mer erfarne leger.

Mål:

- Etablere tilbud til disse pasientene om å komme på sykehuset dagen etterpå i stedet for kveld/natt (halv øyeblikkelig hjelp)
- Redusere oppholdstiden for denne pasientgruppen på sykehuset, til maks 2 timer
- Øke kvalitet på behandling
- Redusere antall pasienter i akuttmottaket på en tid av døgnet med mange pasienter i akuttmottaket

Hvorfor se på pasientforløpet for pasienter med mistanke om DVT?

Utfordring:

- Pasienter med mistanke om DVT kommer i dag til akuttmottaket til alle døgnets tider, og de har en hastegrad som ofte tilsier at de blir sittende lenge å vente. Dette bidrar til opphopning av pasienter i akuttmottaket, noe som igjen kan påvirke andre pasientgrupper, pasient- og medarbeidertilfredshet

Mål:

- Etablere tilbud til disse pasientene om å komme på sykehuset dagen etterpå i stedet for kveld/natt (halv øyeblikkelig hjelp)
- Redusere oppholdstiden for denne pasientgruppen på sykehuset
- Øke kvalitet på behandling.
- Redusere antall pasienter i akuttmottaket på en tid av døgnet med mange pasienter i akuttmottaket.

Arbeidsgruppene som har jobbet med forløpene har vært bredt sammensatt

Arbeidsgruppe småskader ortopedi - Levanger

Primærhelsetjenesten

- Fastlege, Steinkjer
- Fastlege, Levanger
- Overlege, Innherred interkommunale legevakt
- Medisinsk faglig ansvarlig, Værnesregionen Legevakt

Spesialisthelsetjenesten

- Representanter fra:
- Bildediagnostikk
 - Poliklinikk ortopedi
 - Leger ortopedi
 - AMK og Ambulanse
 - Akuttmottak
 - Fagsjef HNT
 - Deltakere fra prosjektet

Arbeidsgruppe DVT - Namsos

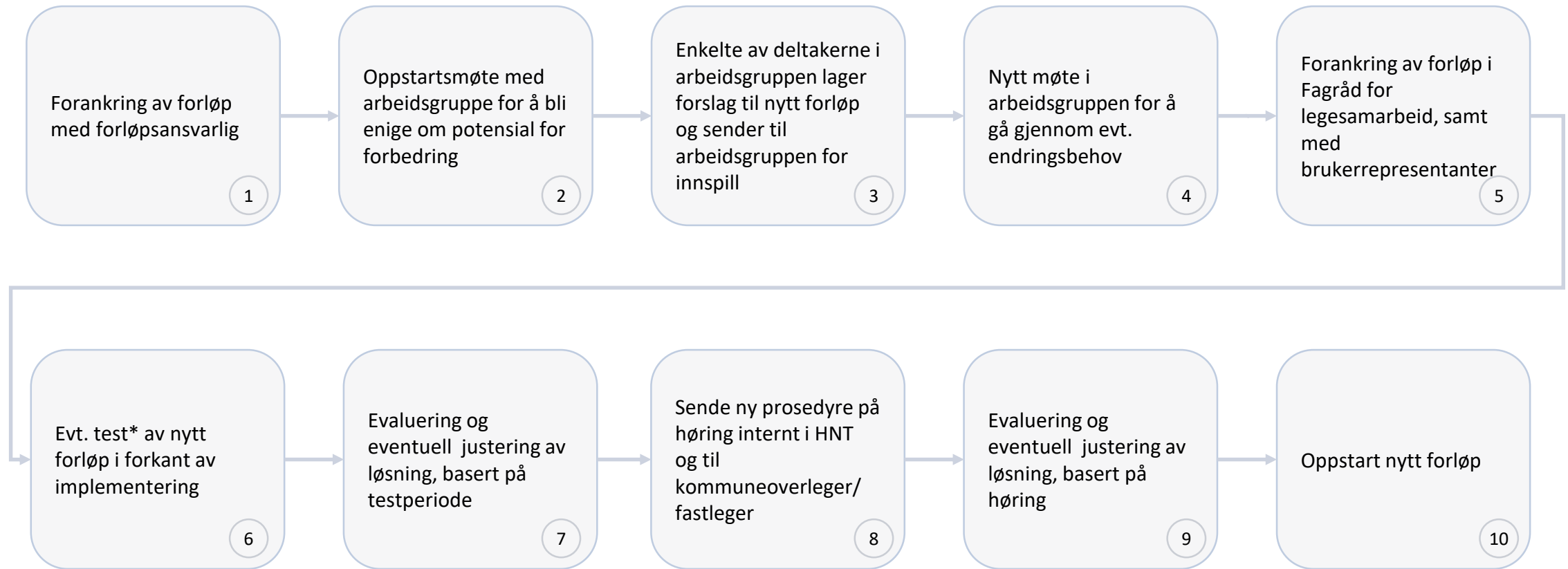
Primærhelsetjenesten

- Kommuneoverlege/Fastlege, Røyrvik og Lierne
- Kommuneoverlege/Fastlege, Nærøysund
- Fastlege, Namsos

Spesialisthelsetjenesten

- Representanter fra:
- Bildediagnostikk
 - Laboratorium
 - Medisinsk avdeling
 - AMK og Ambulanse
 - Akuttmottak
 - Fagsjef HNT
 - Deltakere fra prosjektet

Prosjektet har arbeidet etter samme arbeidsprosess på begge sykehus, med noen forskjeller*



* I Levanger blir det gjennomført test i en to ukers periode før forløpet implementeres i alle kommuner. I Namsos valgte arbeidsgruppen å sende ny prosedyre direkte på høring.

I forbindelse med forløp for småskader ortopedi, er det laget en oversikt over hvilke pasienter som skal hvor, når

Oversikten finner du [her](#)

	KATEGORI	BRUDD	INFEKSJONER	BLØTDELSKADER	ANDRE KRITERIER	BARN
1A	TIL AKUTTMOTTAK Innlegges som Ø-hjelp direkte til akuttmottak. Uansett tid på døgnet.	<ul style="list-style-type: none"> Multitraume og høyenergiskade. Traumemottak Skade med truet sirkulasjon (mistenkt karskade) 				<ul style="list-style-type: none"> Multitraume
1B	TIL AKUTTMOTTAK Innlegges som Ø-hjelp direkte til akuttmottak. Uansett tid på døgnet. Ved tvil, kontakt vakthavende ortoped	<ul style="list-style-type: none"> Åpne brudd Brudd i ryggen (unntatt lavenergi-brudd hos eldre) Brudd i femur, hofta eller bekken Brudd i legg med tydelig feilstilling Brudd i ankel, baktot, albue og underarm (unntatt håndledd) med tydelig feilstilling 	<ul style="list-style-type: none"> Alvorlig bløtdelsinfeksjon som krever kirurgi (nekrotiserende facitt) Bløtdelsinf./ekstremitetsgangren med septisk/toksisk pasient Akutt purulent (bakteriell) artritt Purulent (bakteriell) tendovaginit Postop. og proteseinfeksjon med feber og/eller redusert allmentilist. 	<ul style="list-style-type: none"> Høytrykksinjeksjonsskade Stort eller infisert sår som krever revisjon Brannskade som må revideres (3. grads / stor 2. grads) Amputasjon (partiell og total av finger/tå) 	<ul style="list-style-type: none"> Skade med perifer neurologisk utfall (unntak: finger/tær) Luksasjon av hofta/kne/ankel (Unntak: patellaluksasjon) Proteseluksasjon Akutt muskellosjesyndrom Større postoperativ blødning 	<ul style="list-style-type: none"> Infeksjon i skjelett/ledd Barn med mistanke om mishandling Åpent brudd Brudd med tydelig feilstilling Brannskader som krever revisjon
2	TIL ORTOPEDISK POLIKLINIKK Henvises ort pol i åpningstiden: Kl. 08.00-22.00 (hverdag) Kl. 12.00-20.00 (helg/helligdag) Utenom åpningstiden skal pasienten henvises poliklinisk til akuttmottak. Ved tvil, kontakt vakthavende ortoped	<ul style="list-style-type: none"> Lavenergi ryggbrudd hos eldre Håndleddsbrudd med feilstilling Brudd i skulder, overarm, albue, underarm, legg og ankel uten tydelig feilstilling <p>NEI Akutte skadebrudd krever revisjon for videre behandling</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bløtdelsinfeksjon i ekstremiteter som ikke har svart på ab. per os. 		<ul style="list-style-type: none"> Luksasjon av skulder, albue, finger, patella Akutt perifer nervekompresjon inkl. finger/tær Dyptsittende fremmedlegeme (perforert muskelfacie) i ekstremitet 	<ul style="list-style-type: none"> Brannskader som ikke krever revisjon Brudd med mindre feilstilling og lite behov for smertelindring (ikke tvil/mvsc)
3	TIL ORTOPEDISK POLIKLINIKK Kl. 08.00-20.00 Henvises ort pol akuttmottak som ovenfor I tidsrommet 20.00-08.00 skal pasienten tildeles timeavtale neste dag. Legevakt kontakter ISS ved Sykehuset Levanger Ved tvil, kontakt vakthavende ortoped	<ul style="list-style-type: none"> Udisloert/ lite disloert brudd i ekstremitet Isolert brudd i håndrot/ metacarp/ falang. Isolert brudd i fotrot/ metatars/ falang. <p>NEI Akutte skadebrudd krever revisjon for videre behandling</p>	<ul style="list-style-type: none"> Postoperativ infeksjon uten allmennsymptomer Protesefeksjon uten allmennsymptomer Abscess som krever drenering, uten allmennsymptomer 	<ul style="list-style-type: none"> Leddistsjon (inkl. låst kne) Muskel- og seneruptur Muskel- og bløtdelskontusjon Fliis og fremmedlegeme (ekstraaciel) 	<ul style="list-style-type: none"> (Postoperativ DVT) 	

Telefonnummer: 74098110 (ISS/sentralbord) – time neste dag

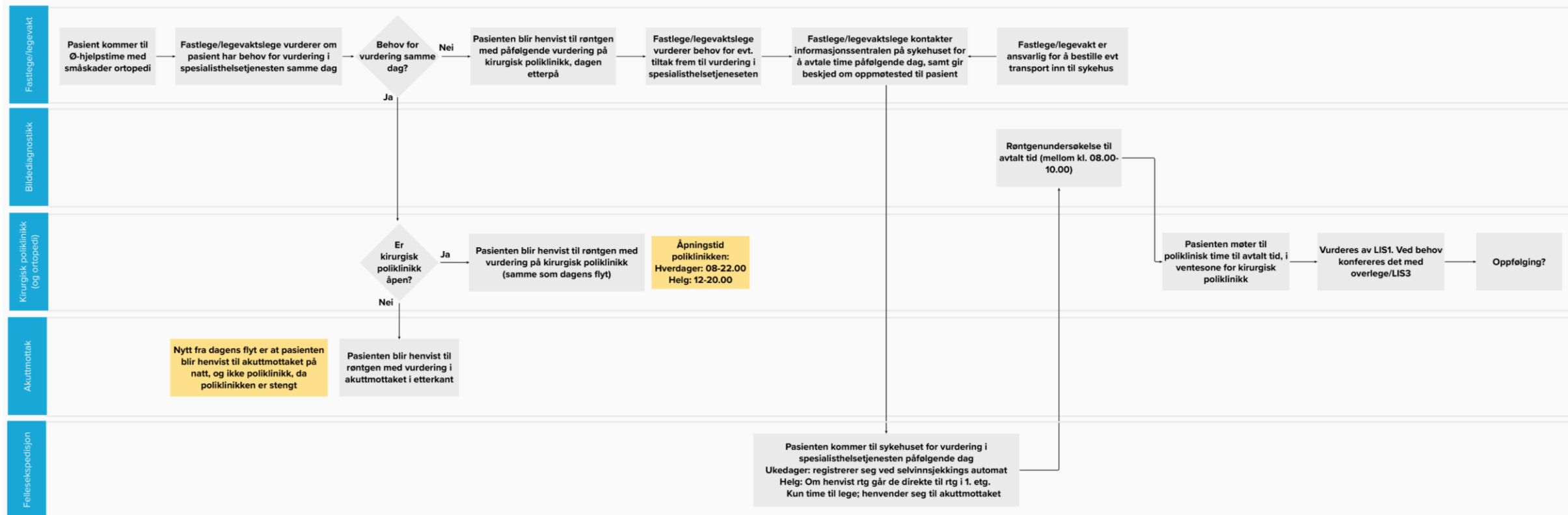
74098124 (ortopedisk poliklinikk)

74098400 (akuttmottak innleggelse)

Det er også laget ny pasientflyt for pasienter med småskader ortopedi og vil bli laget ny prosedyre basert på ny pasientflyt og skjema over pasientkategorier

- Pasientflyten finner du [her](#)

Småskader ortopedi, ny flyt

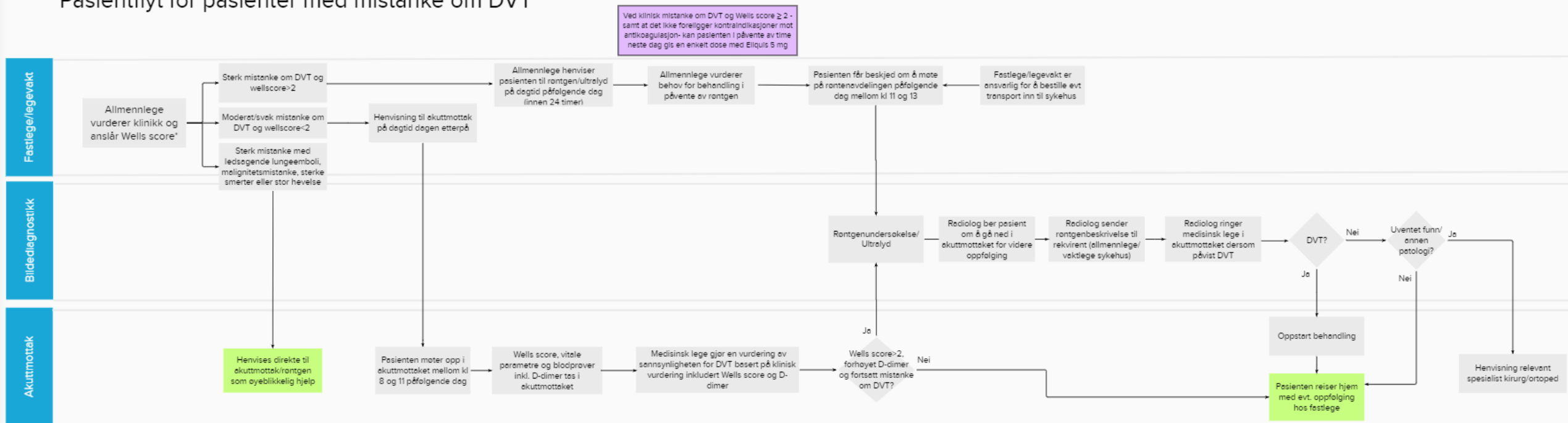


Telefonnummer:
 ISS/sentralbord for time neste dag: 74098110
 Ortopedisk poliklinikk: 74098124
 Akuttmottak ved innleggelse: 74098400

I Namsos er det laget forslag til ny pasientflyt og prosedyre for pasienter med mistanke om DVT

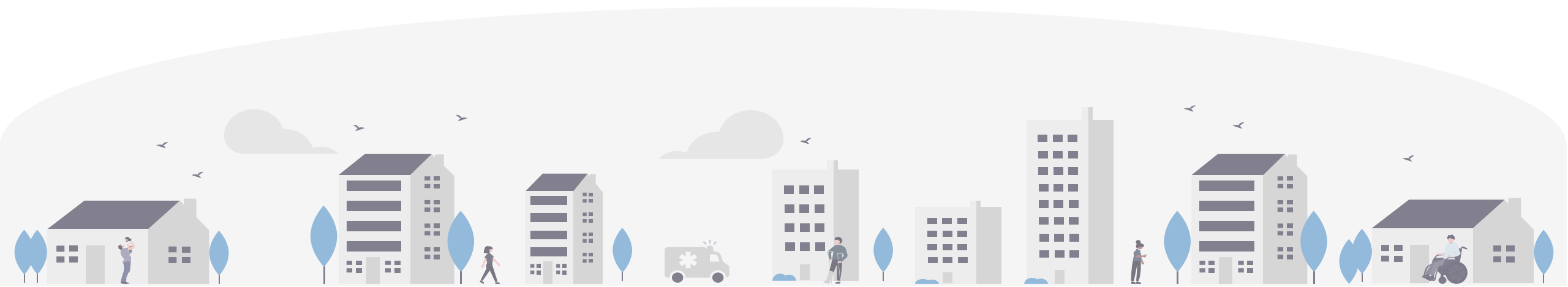
- Ny prosedyre er basert på prosedyren St. Olavs hospital har utviklet sammen med primærhelsetjenesten, og den den kan finnes [her](#).
- Pasientflyten finner du [her](#)

Pasientflyt for pasienter med mistanke om DVT



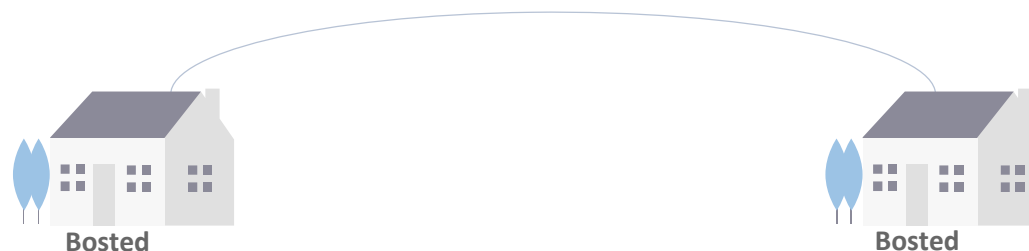
Oppsummering av kartlegging av den akuttmedisinske kjede i Nordre-Trøndelag

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

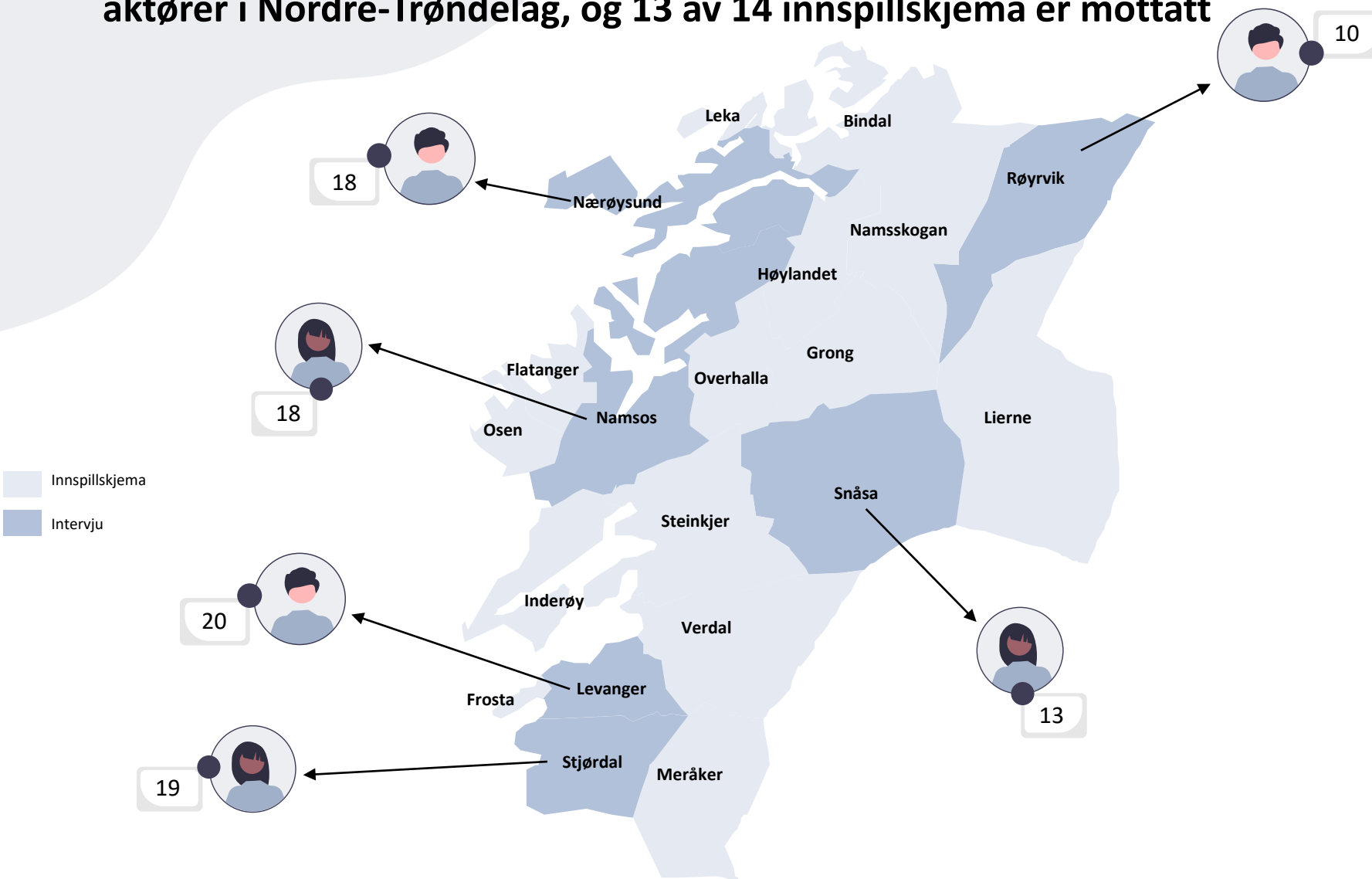


Gjennom prosjektet Fremragende akuttmottak fase II, er ø-hjelpsforløpet kartlagt fra bosted til bosted, for alle tjenester som er involvert

- 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.

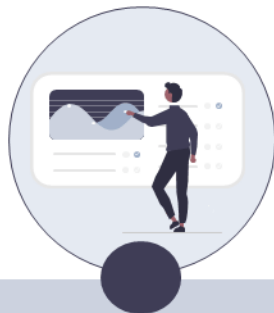


Gjennom kartleggingen er det gjennomført intervjuer med 98 intervjukandidater fra kommunale aktører i Nordre-Trøndelag, og 13 av 14 innspillskjema er mottatt



- 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

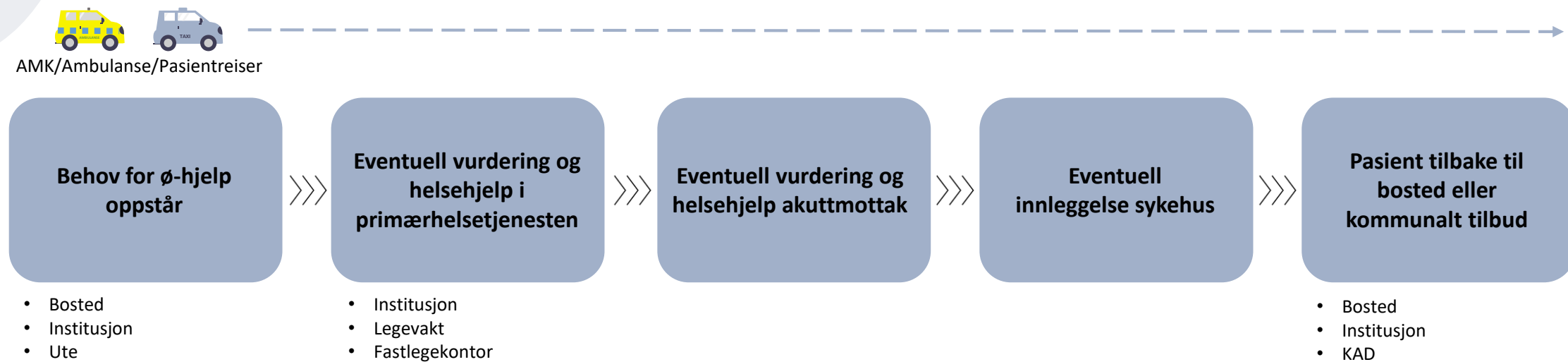


15 intervjuer innenfor psykisk helsevern og rus på sykehusene (Ikke dekket i fase I)



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 uttrykning 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 utskriving. 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».

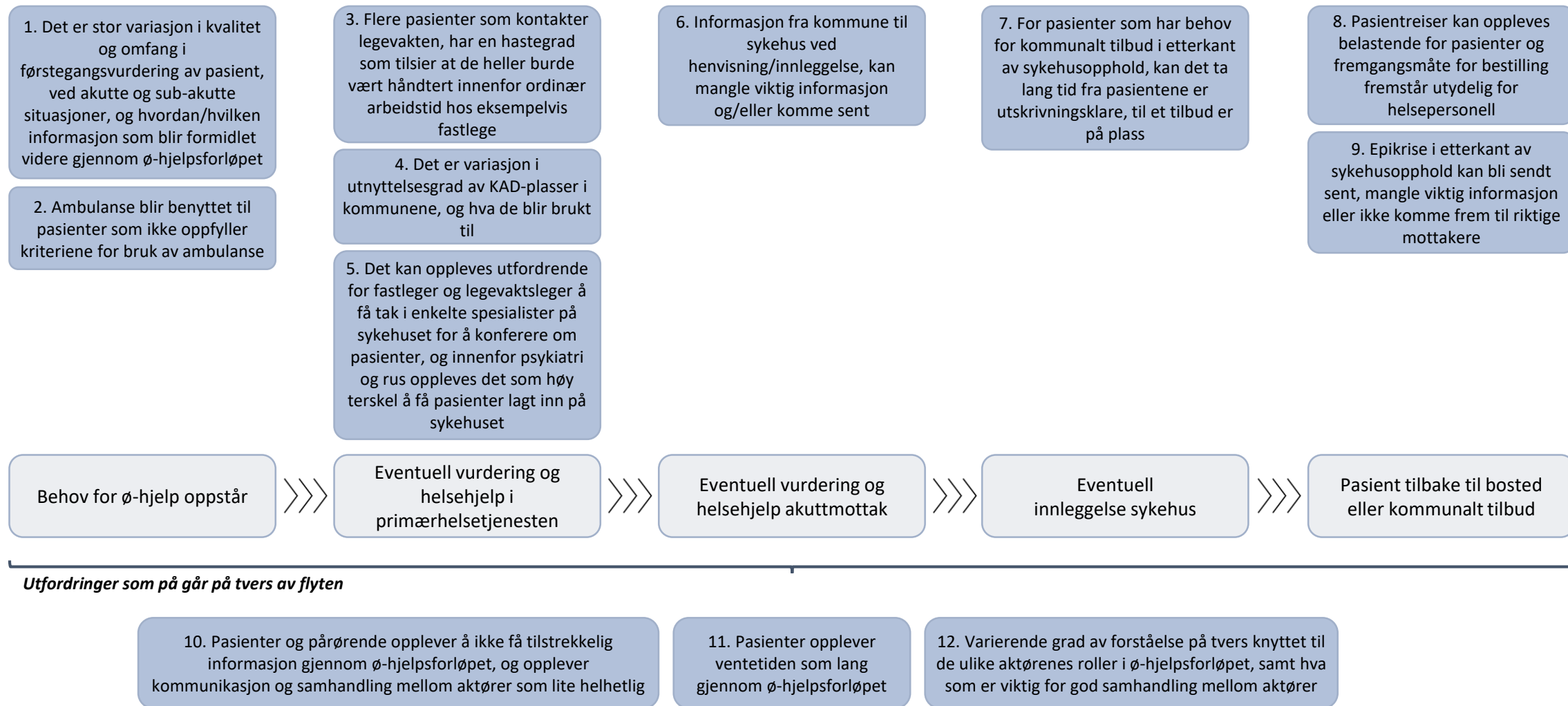


En av intervjukandidatene hadde følgende utsagn knyttet til ønsket fremtidig situasjon:



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



Utfordringer som på går på tvers av flyten

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 manuell 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 videreformidles. 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, tilfredsstillter 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 stengtiden** 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 tilfredsstiller 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 tilfredsstiller 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 legevaksleger 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 medisinerings.
- 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 innom 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.