

A blurred photograph of two healthcare workers walking in a hospital hallway. One is wearing a white lab coat over green scrubs, and the other is wearing green scrubs. The background is a bright, out-of-focus hallway with a door on the right.

Oppsummering av gjennomført arbeid i fase 2 av Fremragende akuttmottak, og anbefalinger for veien videre

Godkjenning

Organisasjon

Navn

Dato

Versjonsnr.

HNT

Navn

00.00.22

0.0

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	s. 3
2	Oppsummering	s. 4
3	Bakgrunn, mål og mandat for prosjektet	s. 6
4	Organisering av prosjektet	s. 8
5	Arbeidsmetode	s. 10
6	Gjennomføring av delprosjektene	s. 13
6.1	Delprosjekt 1 - Kartlegging av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem	s. 13
6.2	Delprosjekt 2 - Tiltaksområder i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	s. 17
6.3	Delprosjekt 3 og 4 - Tiltaksområder internt i akuttmottakene ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger	s. 19
7	Resultater	s. 26
8	Gevinstpotensial	s. 27
9	Anbefalte fokusområder for videre arbeid	s. 32
10	Oversikt over vedlegg	s. 35

1. Innledning

Formålet med dokumentet:

Formålet med dokumentet er å gi en oppsummering av gjennomføringen av fase II av prosjektet Fremragende akuttmottak, hva prosjektet har resultert i og hvordan det anbefales å arbeide videre i etterkant av fase II av prosjektet. Målgruppen for rapporten er prosjekteier, styringsgruppen, og andre som har nytte av funnene og anbefalingene fra fase II av prosjektet

Dokumentets omfang og avgrensning:

Rapporten besvarer mandatet for fase II av prosjektet (se side 7), gitt av foretaksledelsen 11. januar 2021.

Definisjoner og terminologi:

Ord/uttrykk	Forklaring
SN	Sykehuset Namsos
SL	Sykehuset Levanger
STO	St. Olavs Hospital Helseforetak
HNT	Helse Nord-Trøndelag
FL	Foretaksledelsen i Helse Nord-Trøndelag
FAM	Fremragende akuttmottak
ASU	Administrativt samarbeidsutvalg
PSU	Politisk samarbeidsutvalg
ADB	Akuttdatabasen
AM	Akuttmottak
AMM	Akutt- og mottaksmedisin
LIS 1	Lege i spesialisering 1, person med medisinsk embetseksamen og autorisasjon som lege, som har påbegynt første del av sin spesialistutdanning. LIS1 er derfor de minst erfarne legene i et sykehus.
KAD	Kommunal akutt døgnenhet
NSF	Norsk Sykepleierforbund
FTE	Fulltidsekvivalenter (tilsvarende heltidsstilling)

2. Oppsummering

Nordre Trøndelag står ovenfor store samfunnsendringer i årene som kommer. Akuttmottakene i Helse Nord-Trøndelag (HNT) opplever utfordringer innen kapasitet, kompetanse og areal. Dette utfordringsbildet sett i sammenheng med forventet samfunnsutvikling, underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer. Prosjektet Fremragende akuttmottak (FAM) er et av de vedtatte målene i foretakets strategiske utviklingsplan.

Fase II av FAM har hatt en tidshorisont fra februar 2021 til april 2022. Arbeidet har bygget videre på fase I av FAM som hadde som mål å beskrive ulike løsninger som vil sørge for «riktig pasient på riktig sted til riktig tid». Fase I hadde et internt fokus på akuttmottakene i HNT, og omhandlet kun somatikk, mens i fase II er omfanget utvidet til å dekke hele ø-hjelpsforløpet fra bosted til bosted, inkludert psykisk helsevern og rus. Primærhelsetjenesten har vært invitert og involvert i arbeidet i fase II.

Overordnet mål for fase II av Fremragende akuttmottak har vært:



«Helse Nord Trøndelag skal ha to fremragende akuttmottak som i samhandling med prehospitaltjenester, HNTs øvrige innsjiktale tjenester og primærhelsetjenesten leverer fremragende helsetjenester i tråd med moderne akutt- og mottaksmedisin, hvor pasientene mottar et sømløst pasientforløp fra bosted om helsehjelp og tilbake til bosted».

Gjennom prosjektperioden har prosjektet jobbet med interne forbedringsområder fra fase I av prosjektet, samtidig som omfanget er utvidet til å dekke hele ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem. Internt på sykehusene i Namsos og Levanger er det jobbet med 22 tiltaks-/mandatpunkt. På tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten er ø-hjelpsforløpet kartlagt fra hjem til hjem, for alle tjenester involvert, i tillegg til at det er jobbet med standardisering av pasientforløp innen øyeblikkelig hjelp.

Prosjektet har vært organisert i 4 delprosjekter med til sammen 3 delprosjektledere, og en overordnet prosjektleder som har hatt ansvar for å sikre fokus på tvers av sykehus og forvaltningsnivå. Det har vært en betydelig involvering av ressurser gjennom prosjektperioden, både internt på sykehusene, i kommunene i Nordre Trøndelag, og utenfor Nordre Trøndelag.

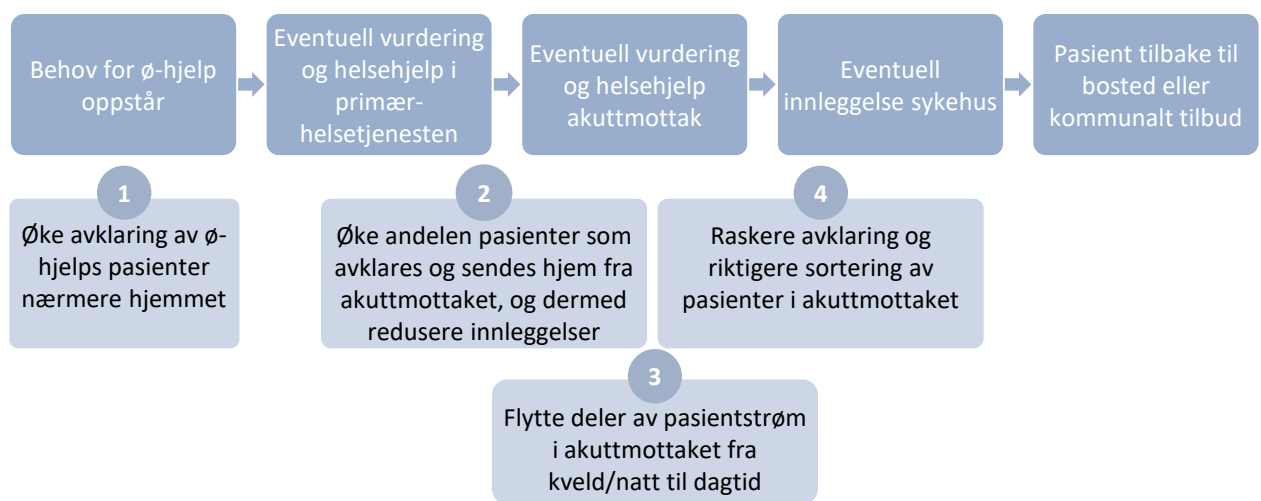
Internt på sykehusene i Namsos og Levanger er det gjort tiltak for å øke kvalitet og pasientsikkerhet, samt forbedre pasientflyt. Eksempler på resultater er:

- Det er jobbet med fagutvikling med fokus på å beholde og styrke kompetansen i akuttmottakene, hvor blant annet flere av sykepleierne tar videreutdanning i akuttisykepleie.
- Journalopptak av elektive pasienter er flyttet fra akuttmottak til sengepost i Namsos, for å få en bedre pasientflyt med færre kontaktpunkter for pasientene.
- I Levanger er det laget ny pasientflyt med færre kontaktpunkter, for elektive pasienter på poliklinikk, som besluttes innlagt som øyeblikkelig hjelp.
- Prosedyre knyttet til koordinators rolle i akuttmottaket er revidert, med fokus på å få til en mer rendyrket koordinatrorolle som kan ivareta sine primærpgaver 24/7.

Arbeidet på tvers av forvaltningsnivåene har av kommunerepresentant blitt omtalt som historisk. På tross av at prosjektet var initiert og eid av Helseforetaket, har kommunene vært tett involvert i arbeidet. Prosjektet har kartlagt hele ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem, gjennomført workshop med 81 deltakere på tvers av aktørene i ø-hjelpsforløpet og to pasientforløp (DVT og småskader ortopedi) har blitt standardisert. Gjennom kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem har deltakere fra kommuner, helseforetak og brukere fått en økt felles forståelse for utfordringsbildet knyttet til øyeblikkelig hjelp i Nordre Trøndelag. Gjennom workshopen som ble gjennomført på tvers av forvaltningsnivå med 81 deltakere, økte troen til deltakerne på at de i felleskap klarer å løse utfordringene.

Brukerne har vært i fokus gjennom prosjektet, og brukerrepresentanter har deltatt aktivt i arbeidet.

Prosjektet har et stort gevinstpotensial for både brukere, helseforetaket og kommuner. Figuren under viser fire gevinstområder som treffer ulike steder i den akuttmedisinske kjede.



For å realisere gevinstene er det viktig å jobbe strukturert og målrettet videre med tiltak og utfordringsområder. De viktigste områdene prosjektet anbefaler å jobbe videre med for å oppnå skiserte gevinster, er følgende:



Øke 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. Det anbefales å ha et langsiktig mål om at overlegen innehar spesialitet i akutt- og mottaksmedisin (AMM), og at HNT starter søknadsprosessen så snart som mulig for utdanning innen AMM (se vedlegg 1 for flere detaljer).



Etablere avklaringsenhet i akuttmottakene og tilpasse dagens arealer ihht. til behov beskrevet i vedlegg 1, for å legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring, kan utføres i akuttmottakene.



Fortsette arbeidet med standardisering av pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene, i henhold til oversikten over innspill til pasientforløp (se vedlegg 1).



Løse utfordringene fra kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem, i felleskap gjennom Helsefellesskapet.



Jobbe videre med utfordringene kartlagt på tvers av somatikk og psykisk helsevern og rus.

3. Bakgrunn, mål og mandat for prosjektet

Bakgrunn for prosjektet:

Nordre Trøndelag står ovenfor store samfunnsendringer i årene som kommer. Akuttmottakene i HNT opplever utfordringer innen kapasitet, kompetanse og areal. Dette utfordringsbildet sett i sammenheng med forventet samfunnsutvikling, underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer.

'Fremragende akuttmottak' var et av de vedtatte målene i HNT HF's strategiske utviklingsplan. Områder fra revidert strategisk utviklingsplan i HNT (2023-2026) som er relevant for prosjektet er:

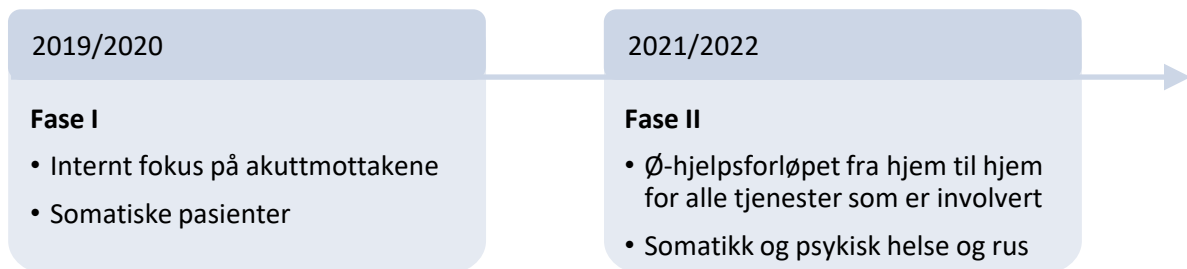


Gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene



Gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak

I 2019 ble fase I av FAM igangsatt, med et mål om å beskrive ulike løsninger som vil sørge for «riktig pasient på riktig sted til riktig tid», med et internt fokus på akuttmottakene. I etterkant av arbeidet i fase I, ble det identifisert et behov for å utvide omfanget i fase II, til å dekke hele ø-hjelpsforløpet fra bosted til bosted og invitere primærhelsetjenesten med i arbeidet. I tillegg ble omfanget utvidet til å også omfatte psykisk helsevern og rus.



Målet for prosjektet:



Helse Nord Trøndelag skal ha to fremragende akuttmottak som i samhandling med prehospitale tjenester, HNTs øvrige inhosпитale tjenester og primærhelsetjenesten leverer fremragende helsetjenester i tråd med moderne akutt- og mottaksmedisin, hvor pasientene mottar et sømløst pasientforløp fra bosted om helsehjelp og tilbake til bosted.



Mandatet ba prosjektet redegjøre for følgende:

1. Anbefalingene fra fase 1 skal tilpasses og implementeres lokalt ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos
2. I samarbeid med primærhelsetjenesten skal Ø-hjelpsforløpet beskrives «fra hjem til hjem» for alle tjenester som er involvert i pasientforløpet til eller i akuttmottakene
3. I tilknytning til Ø-hjelpsforløpet skal de 5 - 10 største pasientgruppene (diagnosegruppene) som bruker akuttmottaket identifiseres, og forløp for disse beskrives i samarbeid med primærhelsetjenesten. Mindre pasientgrupper som vil kunne profittere på «pakke-forløp» kan også beskrives
4. 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
5. Utrede og foreslå hvordan løsningen for Bed Planning i Helseplattformen kan brukes og bidra i arbeidet med pasientlogistikken internt i sykehusene
6. 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
7. Utrede og foreslå hvordan kunnskap i front skal styrkes for de prehospitale tjenestene. 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



Føringer og forutsetninger for fase II:

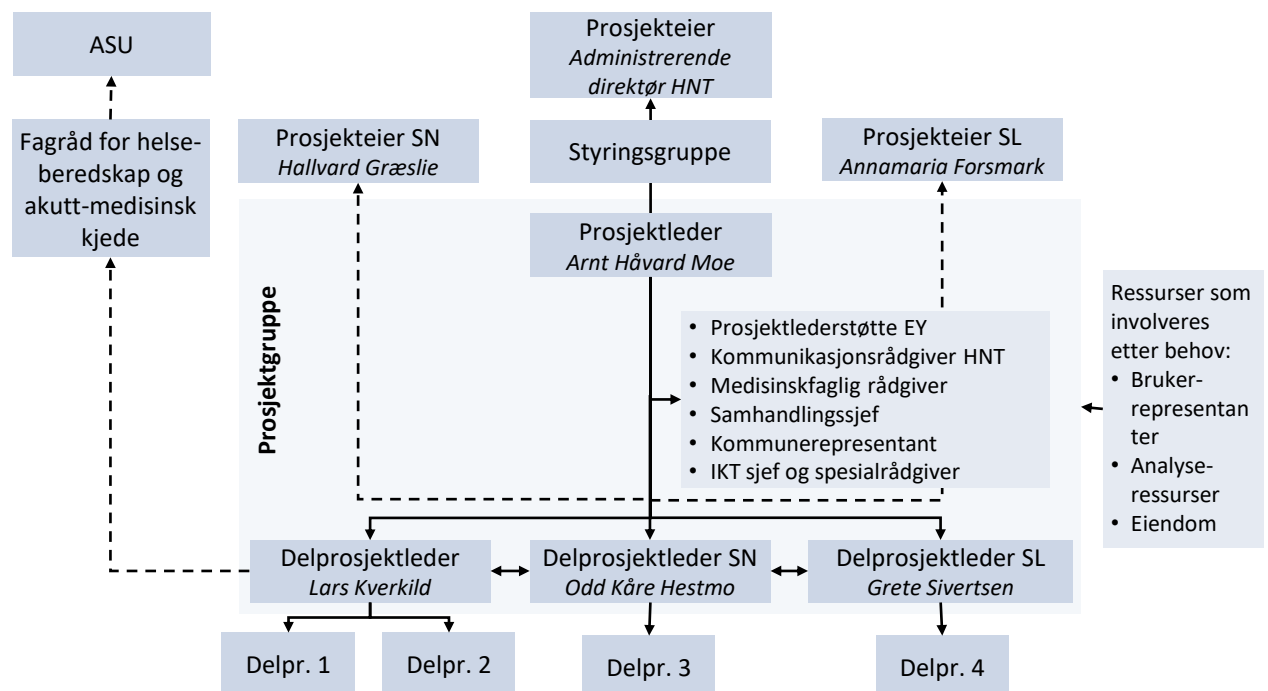
- Fase 2 skal bygge på de prinsippene man kom fram til i fase 1, der det interne fokuset utvides, og de prehospitale tjenestene og primærhelsetjenesten inkluderes i prosjektet
- Det forutsettes at prosjektet har et samspill med det regionale arbeidet som beskriver «Den akuttmedisinske kjeden». Arbeidet er initiert av Administrativt samarbeidsutvalg i nordre del av Trøndelag og reguleres gjennom Tjenesteavtale 11.
- Akuttmottakenes pasientflyt påvirkes av både tilstrømning til akuttmottaket og ut av akuttmottaket. Herunder spiller prehospitale tjenester og sengepostene viktige roller. Forslag til endringer i pasientlogistikk må utarbeides og avstemmes i fellesskap med sengepostene i klinikkene og prehospitale tjenester
- For å sikre fokuset på tvers av sykehusene, både i samarbeid med klinikker og med de kommunale tjenestene, skal prosjektet ledes av en prosjektleder som har et ansvar for å ivareta dette fokuset. De delene av prosjektet som ivaretar områdene direkte knyttet til akuttmottakene på de to sykehusene, ledes av delprosjektledere, som rapporterer til prosjektleder
- I fase II skal prosjektet utvides til å også omhandle psykisk helsevern og rus

4. Organisering av prosjektet

Fase II av FAM har hatt en tidshorisonnt fra februar 2021 til april 2022. Fase II har bygget videre på arbeidet som ble gjennomført i fase I av FAM. Prosjektet har vært organisert som et prosjekt med 4 delprosjekter, hvor delprosjekt 1 og 2 har omhandlet forbedringsområder på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, mens delprosjekt 3 og 4, har omhandlet forbedringsområder innhospitalt.

HNT HF har vært eier av prosjektet, men arbeidet på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten (delprosjekt 1 og 2) har vært et samarbeidsprosjekt mellom forvaltningsnivåene. Delprosjekt 1 og 2 hadde et samspill med det regionale fagrådet for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede i Nord-Trøndelag. Samarbeidet var forankret i Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) (saksnummer 8/21). På tross av at prosjektet var initiert og eid av Helseforetaket, har kommunene vært tett involvert i arbeidet på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektorganisering:



Brukerperspektivet har vært i sentrum av arbeidet, og brukerutvalget valgte å oppnevne to representanter til styringsgruppen og tre representanter (inkl. vara) til delprosjekt 1. I tillegg har prosjektet benyttet ekstern prosjektstøtte, hvor det var innleid inntil 2,4 FTE, fordelt på tre ressurser.

Styringsgruppe:

Styringsgruppen besto av HNT sin FL, fastlegerepresentant Tommy Aune Rehn, kommunerepresentant Ivar Kvalø, leder- og nestleder i brukerutvalget Olav Malmo og Unni Kristiansen.

Prosjekt- og arbeidsgrupper:

Det har vært en betydelig involvering av ressurser gjennom prosjektperioden, både internt på sykehusene, i kommunene i Nordre Trøndelag, og utenfor Nordre Trøndelag. Under viser oversikt over prosjekt- og delprosjektgrupper:

Prosjektgruppe - FAM fase II

- Arnt H. Moe (prosjektleder)
- Lars Johan Kverkild (delprosjektleder)
- Grete Sivertsen (delprosjektleder)
- Odd Kåre Hestmo (delprosjektleder)
- Silje Kristiansen/Synnøve Mæle/Malin Waggestad-Stoa (innleid prosjektlederstøtte fra EY)
- Olav Bremnes (samhandlingssjef)
- Morten Paulsen (fastlegerepresentant)
- Ivar Kvalø (kommunerepresentant)
- Lars Erik Laugsand (ass. klinikkssjef, klinikk for akutt- og mottaksmedisin STO)
- Sverre Morten Iversen (fagsjef)
- Erik Jørgenson (IKT sjef)/ Hanne Marie Skatland (IKT spesialrådgiver)
- Berit Røflo Indgul (kommunikasjonsrådgiver)

I starten av prosjektperioden hadde prosjektgruppen jevnlig møter med alle deltakerne. For å jobbe så effektivt som mulig, og sikre at tiden til deltakerne ble brukt best mulig, ble hyppigheten og deltakere justert basert på behov, etter hvert som fokus og aktivitet varierte gjennom prosjektperioden. I slutten av prosjektperioden ble det primært gjennomført koordineringsmøter mellom delprosjektlederne, da involvering av resterende deltakere var inkludert i andre deler av prosjektet. Tove Indal, Kai-Robert Klausen og Snorre Myrvik har bidratt fra analyseavdelingen i arbeidet.

Delprosjektgruppe - delprosjekt 1 og 2

- Lars Johan Kverkild (delprosjektleder)
- Ivar Kvalø (kommunerepresentant)
- Morten Paulsen (fastlegerepresentant)
- Olav Bremnes (samhandlingssjef)
- Per Jensen (brukerrepresentant)
- Arne S. Antonsen (brukerrepresentant)
- Mona Breiding Lersveen (brukerrepresentant vara)
- Tone Wanderås/Kirsti Beathe Fjær Klingen (hovedverneombud)
- Lars Petter Skaanes (tillitsvalgt NSF)
- Ørjan Andre M. Høvik (tillitsvalgt Fagforbundet)
- Lena Blomli (tillitsvalgt Delta)

I tillegg til prosjektgruppen til delprosjekt 1 og 2, har mange fra kommunene i Nordre-Trøndelag vært involvert i arbeidet. Det er gjennomført 3 dialogmøter med hver av kommuneregionene, og 98 personer er intervjuet ifm. kartlegging av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem. Delprosjektleder Lars Kverkild har hatt tett dialog med helsesjefene i Nordre-Trøndelag, gjennom kartleggingen. Innenfor psykisk helsevern og rus har Jostein Lein, Espen B. Aune og Sara G. Selvik vært involvert.

Delprosjektgruppe - delprosjekt 3

- Odd Kåre Hestmo (delprosjektleder)
- Birger Skotnes (fagutvikler AM)
- Steven Kudra (overlege anestologi)
- Nina V. Myrvik (ass. seksjonsleder AM)
- Tormod Skara (sykepleier AM)
- Kirsti Beathe Fjær Klingen (hovedverneombud)

Delprosjektgruppe - delprosjekt 4

- Grete Sivertsen (delprosjektleder)
- Christina F. Sundby (seksjonsleder AM)
- Marit Bye (fagutviklingssykepleier AM)
- Børge Lillebo (overlege medisin)
- Sturla Røiseng (traumekoordinator AM)
- Rune Wangild (avdelingsleder billediagnostikk)
- Astrid Tromsdal (avdelingsleder AM)
- Martin Reitan (LIS 3 kirurgi)
- Anders Hynne (LIS 3 ortopedi)
- Tone Wanderås (hovedverneombud)

I tillegg til prosjektgruppene, har delprosjekt 3 og 4 vært organisert i arbeidsgrupper, hvor det har vært bred involvering fra andre avdelinger på sykehusene. Involvering har variert basert på hvilke problemstillinger det er jobbet med. Eksempler på involverte inkluderer representanter fra sengepost, laboratorium, legespesialistene, eiendom og analyse.

5. Arbeidsmetode



Involvering og kommunikasjon

Prosjektet hadde stort fokus på involvering og kommunikasjon. Involvering av tilstrekkelig og riktige roller/kompetanse til enhver tid i prosjektet har vært en viktig suksessfaktor. Internt på sykehusene ble representanter fra alle avdelinger relevante for ø-hjelpsforløpet, involvert. Status på prosjektet ble jevnlig presentert i klinikkene og på ulike avdelingsmøter. På Innblikk er status på prosjektet publisert, ca. halvårlig. I samarbeidet med kommunene ble det lagt stor vekt på bred involvering av ulike interessenter i kommuner i opptaksområdet, for å skape et godt grunnlag for at kommuner og helseforetak i fellesskap, kan utarbeide framtidrettede løsninger. Det ble gjennomført flere dialogmøter med kommuneregionene i Nordre-Trøndelag, for å sikre god involvering og likeverdighet i prosessen. Bred involvering av ressurser på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten i kartleggingen av ø-hjelpsforløpet, danner et godt grunnlag for resultatoppgjør i etterkant, som kan gi langsiktige gevinster for brukere, kommuner og helseforetak.

Prosjektet har blitt presentert i relevante fora ved flere anledninger hvor prosjektet har mottatt nyttige innspill. Dette inkluderer blant annet ASU, Politisk samarbeidsutvalg (PSU), brukerutvalget, Fagråd for legesamarbeid og Fagråd for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede.

I starten av prosjektperioden ble det gjennomført forventningsavklaringer med direktør, økonomisjef og klinikkledere i HNT, for å få innblikk i hvilke forventninger de hadde til prosjektet. Her er et utdrag av hva som ble lagt vekt på som viktig å få til, gjennom prosjektet:

- God samhandling internt på hvert sykehus, på tvers av sykehus og på tvers av forvaltningsnivå
- Øke forståelsen av ansvarsområder og roller på tvers av de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden
- Involvere personell fra de ulike klinikkene i stor grad der det er relevant, og spesielt dem som er tungt involvert i ø-hjelpsforløpene
- Standardisering av pasientforløp, og nok plass, personell, og utstyr i akuttmottakene
- Mer avklaring i akuttmottakene for å redusere innleggelser, gjennom kompetanse i front og god samhandling gjennom forløpene
- Åpenhet rundt prosesser, og at beslutninger er faktabaserte

Klinikkleder for medisin og rehabilitering SN, Randi S. Brandtzæg, kom med følgende sitat som er viktig i arbeidet mot 2 fremragende akuttmottak:



Et akuttmottak blir ikke fremragende før andre sier at det er fremragende



Koordinering på tvers av delprosjektene

For å sikre koordinering mellom delprosjektene, har det vært tett dialog mellom delprosjektlederne. Delprosjekt 3 ved SN (Sykehuset Namsos) og delprosjekt 4 ved SL (Sykehuset Levanger) har utvekslet erfaringer underveis i prosjektet. Der det har vært formålstjenlig er møter gjennomført med deltakere på tvers av sykehus. Prosjektet forsøkte å holde tidsbruken til deltakerne i prosjekt til et minimum, da også mange faktorer utenfor prosjektet har påvirket kapasiteten til deltakerne. Det har vært fokus på å gjennomføre korte arbeidsmøter, hvor det løpende ble vurdert hvilke representanter som var relevante. Hovedmengden av arbeidet har blitt gjennomført mellom møtene, av delprosjektledere, arbeidsgruppeledere, prosjektlederstøtte og andre enkeltressurser.



Metodikk

Prosjektet har hatt fokus på å få til gode løsninger, som raskt kan testes, og implementeres løpende. Det er brukt en metodikk hvor mulige løsninger testes ut i et begrenset utvalg, evalueres og justeres, før endelig løsning implementeres bredt. På denne måten er det mulig å oppdage tidlig om løsningen fungerer og gir ønskede resultater, og om noe må justeres før eksempelvis større organisatoriske endringer utføres.

Prosjektet har i hovedsak gjennomført møtene digitalt via Microsoft Teams, og prosjektet har gjort seg positive erfaringer rundt dette. Ved behov er også digitale tavler blitt benyttet, gjennom verktøyet Mural. Nordre Trøndelag er et område med lange avstander, og prosjektet har inkludert en rekke deltakere fra ulike kommuner. Digitale møter har dermed vært tidseffektivt for deltakerne.



Inspirasjon fra andre Helseforetak

Prosjektet har gjennom prosjektperioden hentet inspirasjon fra andre sykehus i Norge. På St. Olavs Hospital (STO) har de jobbet med mange av de samme problemstillingene som ligger i FAM fase II. Lars Erik Laugsand (ass. klinikkssjef, klinikk for akutt- og mottaksmedisin STO), har bidratt med erfaringer fra STO og Orkdal Sjukehus, spesielt knyttet til kompetanse i front og standardisering av forløp. Eirik H. Ofstad (avdelingsoverlege AM, ved Nordlandssykehuset Bodø) har bidratt med erfaringer knyttet til kompetanse i front. Prosjektet har også hentet inspirasjon fra Telemark og deres samhandlingsprosjekt «Akuttkjedeforsjektet».

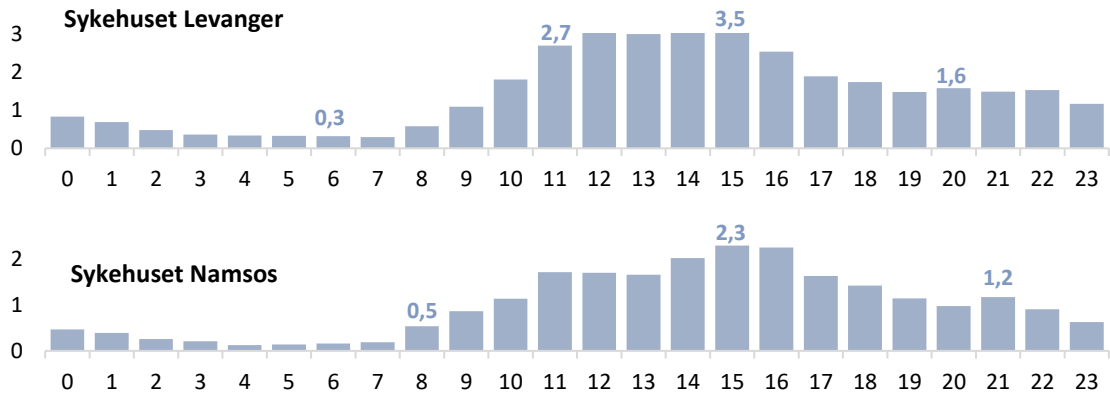


Analysar

For å få et godt bilde av nåsituasjonen og et godt grunnlag for å kunne måle resultater etter hvert som tiltak iverksettes, har prosjektet gjennomført ulike analyser innen øyeblikkelig hjelp. Det er laget en analysemodell som skal publiseres og bli tilgjengeliggjort for ansatte i HNT, hvor link vil legges på prosjektsiden. Analysemodellen er basert på data fra Akuttdatabasen (ADB), som inkluderer alle pasienter som kommer til AM. Eksempler på analyser i analysemodellen er tilstrømming til AM, antall pasienter samtidig i AM gjennom døgnet, andel pasienter som legges inn på sykehusene som øyeblikkelig hjelp og liggetid i akuttmottaket. Det er i tillegg gjennomført enkelte analyser basert på data fra PAS. I forbindelse med arbeidet med standardisering av pasientforløp har analyseavdelingen i HNT tilpasset en modell kalt DAECA modellen, til HNT. Dette er en modell fra England som STO bruker 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. Analysene fra ADB kan brukes til å måle forbedring i eks. liggetid og andel dagtid for ulike pasientgrupper. Under er et utdrag av analysene, se vedlegg 6 for flere analyser.

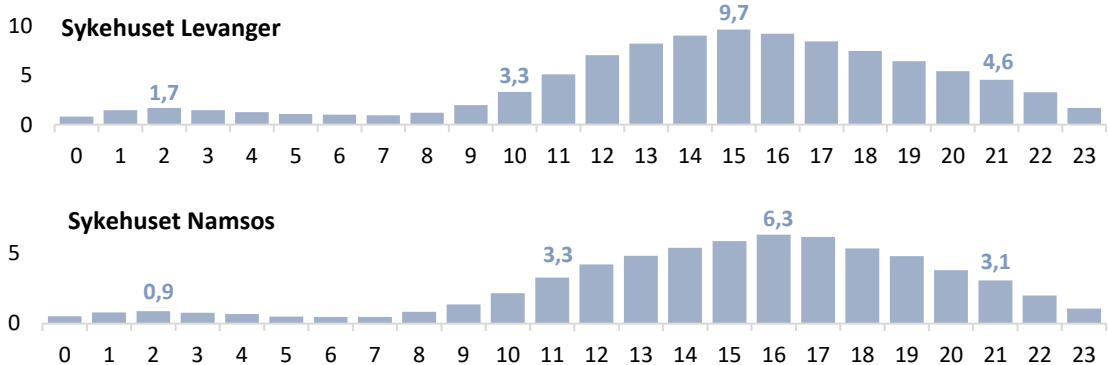
Gjennomsnittlig tilstrømming til akuttmottakene varierer gjennom døgnet, hvor det gjennomsnittlig er flest pasienter som kommer til akuttmottakene mellom kl. 11 og kl. 16 i ukedager.

Oversikt over gjennomsnittlig tilstrømming av antall pasienter ukedager i 2021*



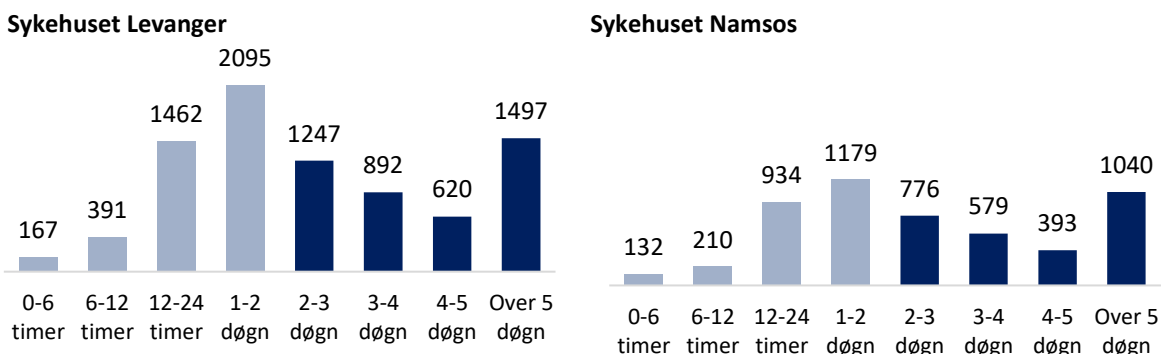
Ved å kombinere tilstrømmingstidspunkt med liggetid, viser det at det gjennomsnittlig er flest pasienter som er samtidig i akuttmottakene mellom kl. 12/13 og kl. 19/20 i ukedager.

Oversikt over hvor mange pasienter som gjennomsnittlig er i akuttmottaket samtidig ukedager i 2021*

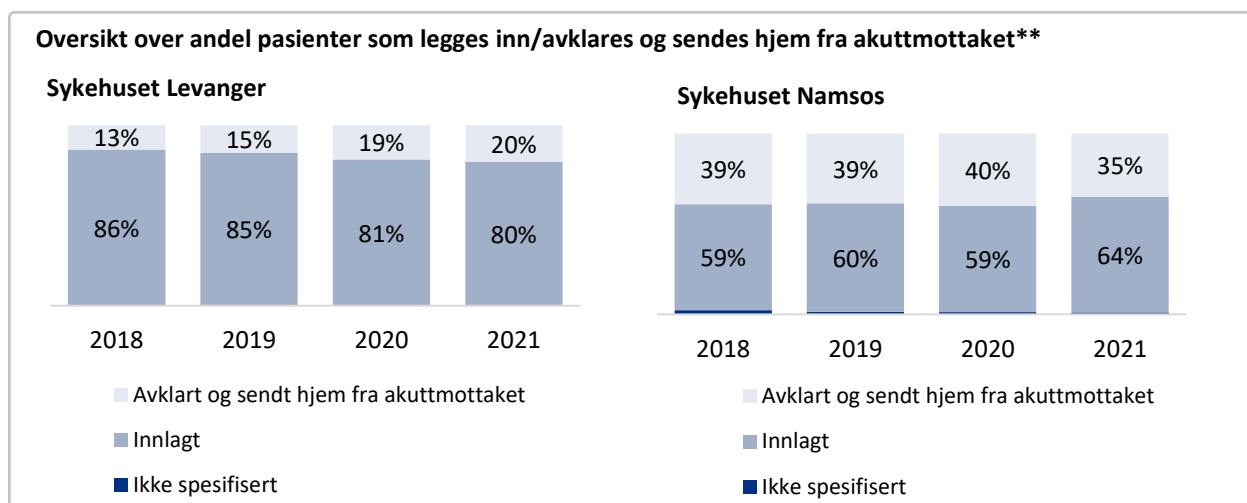


I 2021 hadde ca. 4.100 ø-hjelpspasienter som ble lagt inn på SL, en liggetid på under 2 døgn, og ca. 2.500 på SN en liggetid på under 2 døgn.

Oversikt over liggetid i på sykehusene for pasienter som legges inn i 2021*



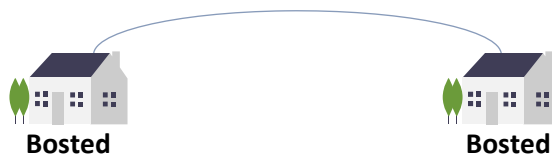
Andel pasienter som avklares og sendes hjem fra AM SL har økt fra 13,4 % i 2018, til 20,2% i 2021, og blitt redusert fra 39% til 35% ved AM SN.



NB! Grunnet ulik organisering av akuttmottakene i SN og SL vil ikke tall fra ADB være sammenlign-bare mellom de 2 akuttmottakene. Akuttmottaket i SN har en høyere andel polikliniske ø-hjelpspasienter, enn SL, grunnet ulik organisering av hvilke ø-hjelps pasienter som kommer hvor (poliklinikk eller akuttmottak). Eksempelvis kommer alle medisinske ø-hjelpspasienter til akuttmottaket i SN, mens i SL kommer mange av de medisinske polikliniske ø-hjelpspasientene til medisinsk poliklinikk, store deler av døgnet

6. Gjennomføring av delprosjektene

FAM fase II har bestått av arbeid internt på sykehusene og arbeid på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Til sammen dekker de fire delprosjektene hele pasientflyten fra bosted til bosted.



Arbeid på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten

Delprosjekt 1

Kartlegging av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem

Delprosjekt 2

Tiltaksområder i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Arbeid internt i Helse Nord-Trøndelag

Delprosjekt 3

Tiltaksområder internt i akuttmottakene ved Sykehuset Namsos

Delprosjekt 4

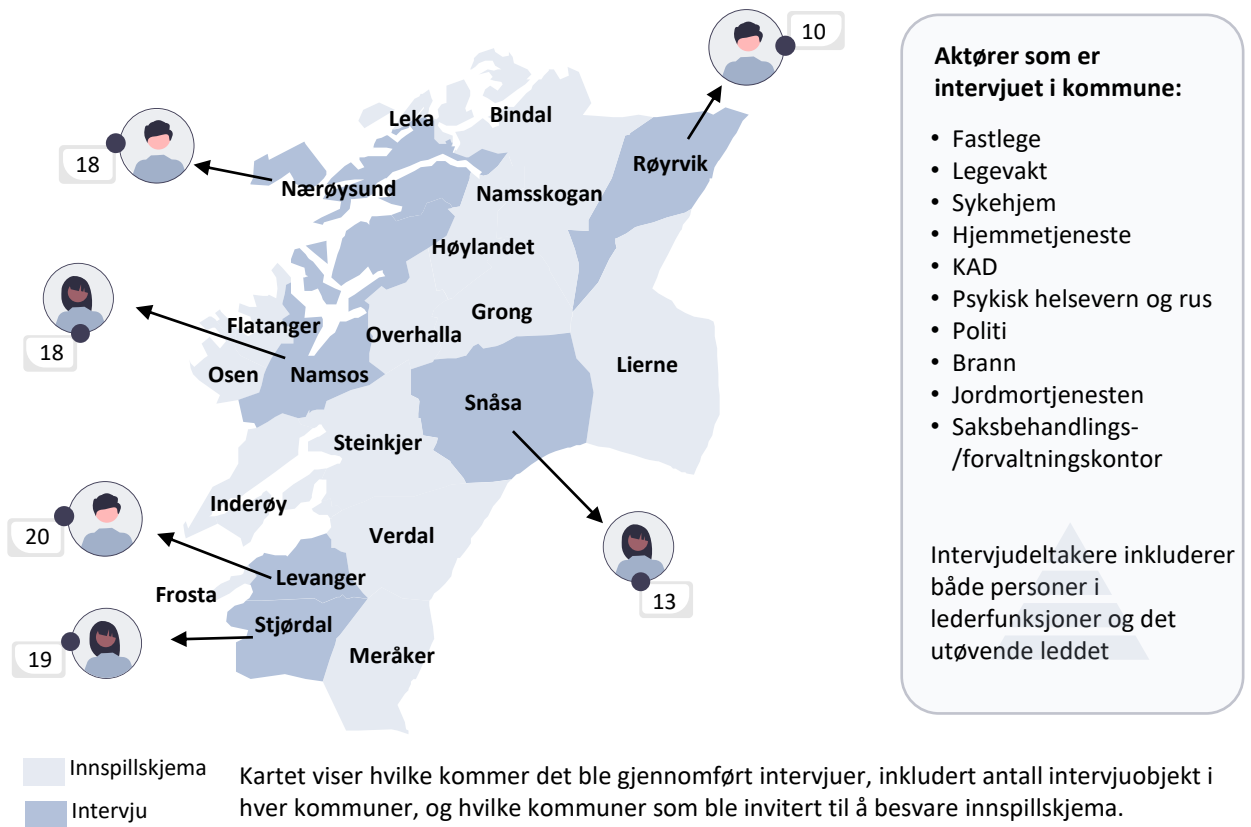
Tiltaksområder internt i akuttmottakene ved Sykehuset Levanger

Delprosjekt 1 - Kartlegging av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem

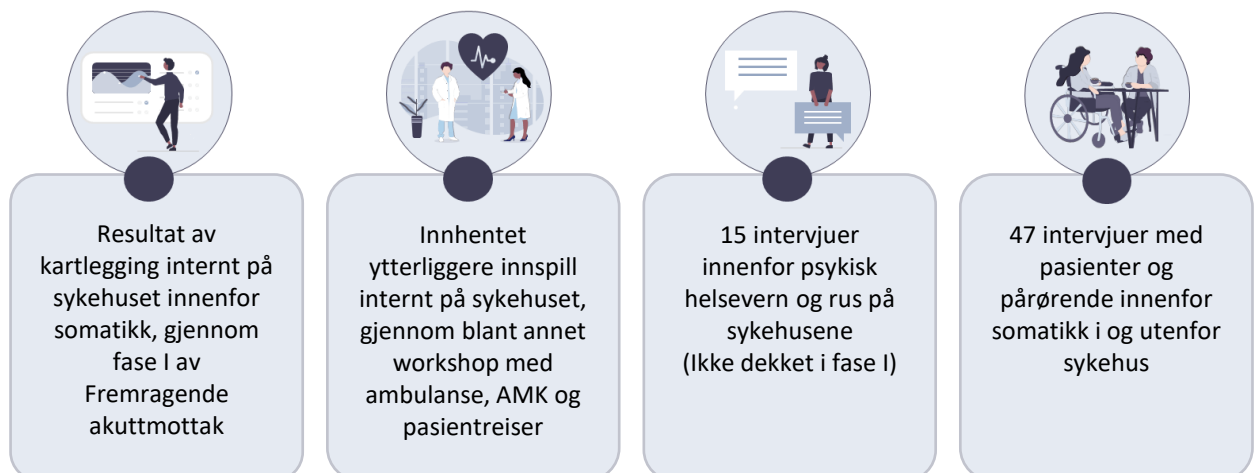
Arbeidet på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten har bestått av en bred kartlegging av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem, som dekker både somatikk og psykisk helsevern og rus. Kartleggingen ble gjennomført i samarbeid med kommunene i Nordre-Trøndelag og fagråd for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede, hvor alle aktører i ø-hjelpsforløpet, var involvert. Lars Johan Kverkild har vært delprosjektleder for delprosjekt 1.

*Tilstrømmingstall er hentet fra ADB, og inneholder alle pasienter som kommer til akuttmottakene i Namsos og Levanger

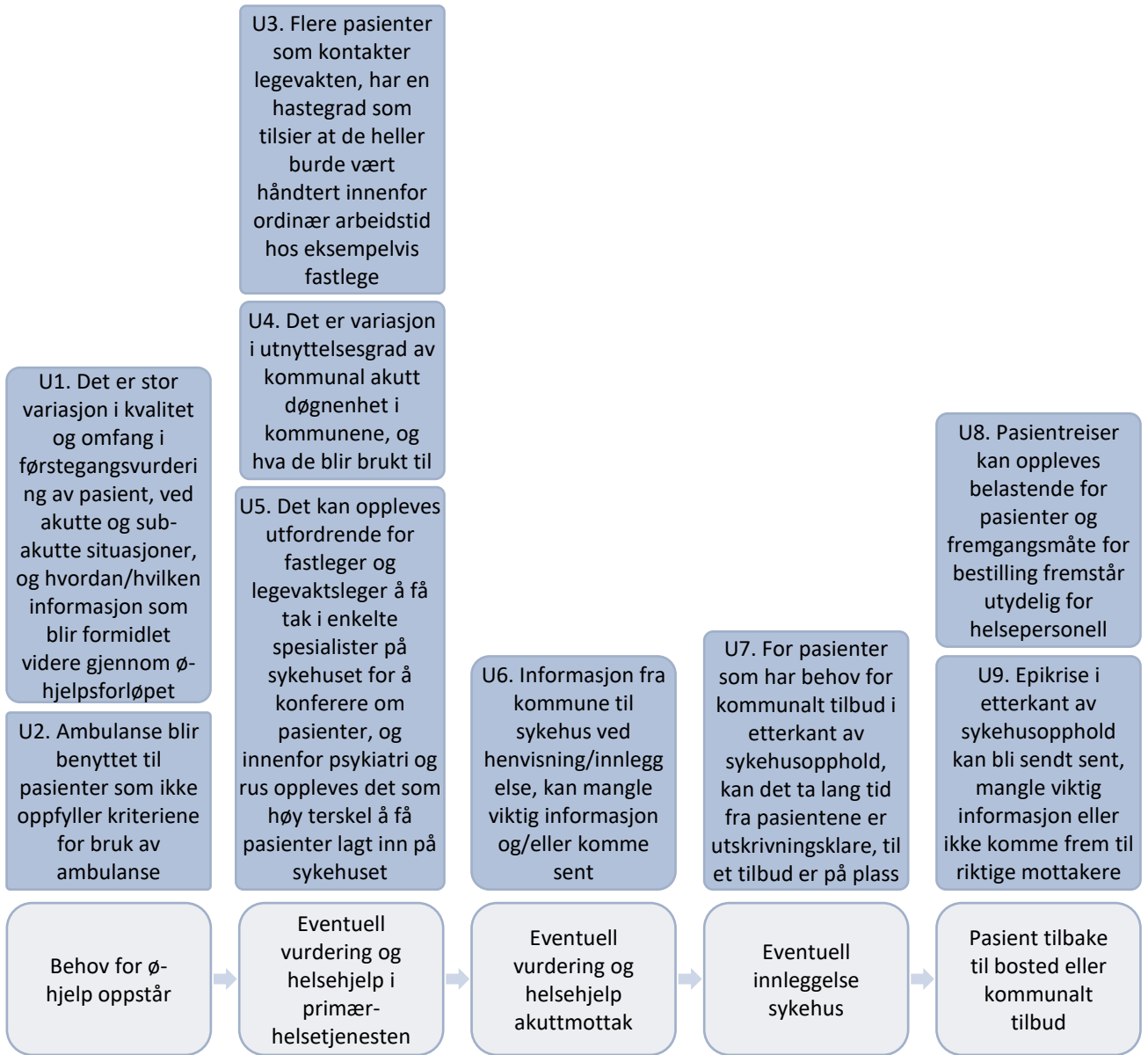
For å dekke ulike variasjoner mellom kommunene i Nordre-Trøndelag, ble 6 kommuner valgt ut som intervjukommuner. Resterende kommuner i nedslagsfeltet ble invitert til å gi innspill via innspillskjema, hvor prosjektet mottok 13/14 innspillskjema. Prosjektet gjennomførte til sammen 98 intervjuer med representanter fra alle aktørene i ø-hjelpsforløpet, både personer i lederfunksjoner og utøverleddet. De utvalgte kommunene var Levanger, Namsos, Røyrvik, Stjørdal, Nærøysund og Snåsa.



I tillegg inkluderer kartleggingen resultatet fra fase I av FAM, workshop med ambulanse, AMK og pasientreiser, 15 intervjuer innenfor psykisk helsevern og rus på sykehuset, samt 47 intervjuer med brukere og pårørende:



Resultatet fra kartleggingen danner en nullpunktsanalyse som oppsummerer 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

- U10. Pasienter og pårørende opplever å ikke få tilstrekkelig informasjon gjennom ø-hjelpsforløpet, og opplever kommunikasjon og samhandling mellom aktører som lite helhetlig
- U11. Pasienter opplever ventetiden som lang gjennom ø-hjelpsforløpet
- U12. 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

En oversikt over samhandlingsavvik mellom kommunene og HNT i 2020, viser at utfordringene som er identifisert gjennom kartleggingen, samhandler godt med samhandlingsavvikene. Deriblant samsvarer det godt med utfordring 6) «Informasjon fra kommune til sykehus ved henvisning/innleggelse, kan mangle viktig informasjon og/eller komme sent», 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» og 9) «Epikrise i etterkant av sykehusopphold kan bli sendt sent, mangle viktig informasjon eller ikke komme frem til riktige mottakere».

Vedlagt er en helhetlig oppsummering av kartleggingen (vedlegg 2), samt en egen oppsummering for psykisk helsevern og rus (vedlegg 3). Oppsummeringen er verifisert av hver av kommuneregionene og sykehusinterne representanter.

Workshop med deltakere på tvers av aktørene i ø-hjelpsforløpet

En viktig milepæl i delprosjekt 1, var en digital heldagsworkshop gjennomført den 25. januar 2022 med 81 deltakere på tvers av aktørene i ø-hjelpsforløpet, med representanter fra alle kommuneregionene i Nordre-Trøndelag. Deltakere inkluderte både personer i lederfunksjoner og det utøvende leddet. Formålet med workshopen var å få en økt felles forståelse for utfordringsbildet knyttet til øyeblikkelig hjelp i Nordre Trøndelag, og vurdere hvilke av utfordringene fra kartleggingen som er viktigst å løse for å oppnå sømløse pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

I starten av workshopen ble det holdt to bruker- og pårørende innlegg, med formål om å sette brukerne i fokus. Deretter ble det gjennomført fire gruppeoppgaver, der deltakerne var delt inn i 13 grupper på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten:

1. Refleksjon rundt konsekvenser av utfordringene kartlagt i prosjektet
2. Prioritering av hvilke utfordringer som er viktigst å løse
3. Refleksjon rundt potensielle løsninger
4. Idémyldring – teknologi og innovative løsninger

Svarene på oppgavene ble dokumentert i digitale tavler. Se [prosjektweb](#) for en sammenstilling av alle svarene fra workshopen. Figuren under viser resultatet av prioriteringen av utfordringene, listet i prioritert rekkefølge (numrene på utfordringene viser til illustrasjonen på forrige side) .

U1. 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
U5. 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
U6. Informasjon fra kommune til sykehus ved henvisning/innleggelse, kan mangle viktig informasjon og/eller komme sent
U12. 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
U7. 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
U3. Flere pasienter som kontakter legevakten, har en hastegrad som tilsier at de heller burde vært håndtert innenfor ordinær arbeidstid hos eksempelvis fastlege
U9. Epikrise i etterkant av sykehusopphold kan bli sendt sent, mangle viktig informasjon eller ikke komme frem til riktige mottakere
U10. Pasienter og pårørende opplever å ikke få tilstrekkelig informasjon gjennom ø-hjelpsforløpet, og opplever kommunikasjon og samhandling mellom aktører som lite helhetlig
U2. Ambulanse blir benyttet til pasienter som ikke oppfyller kriteriene for bruk av ambulanse
U11. Pasienter opplever ventetiden som lang gjennom ø-hjelpsforløpet
U4. Det er variasjon i utnyttelsesgrad av KAD-plasser i kommunene, og hva de blir brukt til
U8. Pasientreiser kan oppleves belastende for pasienter og fremgangsmåte for bestilling fremstår utydelig for helsepersonell

Under workshopen reflekterte deltakerne rundt hvilke konsekvenser de ulike utfordringene kunne ha, og hva som kan være aktuelle/potensielle løsninger på utfordringene. Flere av konsekvensene var de samme for flere av utfordringene, deriblant forsinket forløp, feil, over- eller underbehandling. Under er to eksempler med utdrag fra hva deltakerne kom frem til:

- Ambulanse blir benyttet til pasienter som ikke oppfyller kriteriene for bruk av ambulanse, som kan føre til svekket beredskap, og forsinket helsehjelp til de pasientene som har behov for ambulanse. Eksempler på potensielle løsninger som ble dokumentert av deltakerne var å innføre differensiering av tjenestene som «hvite biler» og psykiatriambulanser.
- 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, kan føre til uklarheter rundt hvem som har ansvar for pasienten, og at pasienten ikke får riktig helsehjelp av riktig aktør, til riktig tid. Eksempler på potensielle løsninger som ble dokumentert av deltakerne var felles øvelser for alle aktuelle tjenester, hospitering og felles plattform for kompetansedeling.

I gruppene ble det også diskutert hvordan man kan sikre rett pasientbehandling, til rett tid og sted i fremtiden med blant annet teknologi og innovative løsninger. Forslag til løsninger var blant annet:

- Økt bruk av videokonsultasjon mellom aktørene i ø-hjelpsforløpet og med pasient.
- Økt bruk av velferdsteknologi, som sensorovervåking for oppfølging av pasienter i hjemmet.
- Økt bruk av UL også i prehospital tjeneste

Delprosjekt 2 - Tiltaksområder i grensesnittet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Innholdet i delprosjekt 2 er tiltaks-/mandatområder som går på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Delprosjektet dekker både somatikk og psykisk helsevern og rus. Lars Johan Kverkild har vært delprosjektleder for delprosjekt 2.

Det var planlagt å jobbe med tiltaks-/mandatpunktene på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, parallelt med kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra bosted til bosted. På bakgrunn av innspill fra prosjektgruppen tidlig i prosjektperioden, ble det besluttet å vente med disse til etter kartleggingen, da det var ønskelig å få oversikt over det totale utfordringsbildet, knyttet til disse områdene, før det ble jobbet med løsning. Disse tiltakpunktene var:

- Etablere samhandlingstelefon for konferanse mellom spesialisthelsetjenesten og legevakt/fastlege
- Utarbeide samarbeidsavtaler med primærhelsetjenesten med tanke på utnyttelse av KAD senger
- Vurdere å etablere felles møtepunkt på tvers av fagmiljø for fastleger, legevakt og sykehusleger
- Legge til rette for at avklarte sengeliggende pasienter som skal til institusjon eller hjem, raskt får båretransport

Gjennom kartleggingen er også primærhelsetjenesten sine utfordringer knyttet til områdene over, kartlagt. For å sikre likeverdighet, eierskap og skape gode løsninger som gir varige resultater, er det viktig å jobbe videre sammen om løsningene. Dette er anbefalt i videre arbeid, se kapitel 9.

Standardisering av forløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten

Gjennom prosjektet er det jobbet med standardisering av pasientforløp, som har inkludert de 4 tiltaks-/mandatpunktene under. Arbeidet har vært et samarbeidsprosjekt mellom delprosjekt 2, 3 og 4, da også innhospital flyt blir påvirket.

- 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)
- Vurdere potensialet prehospital tjeneste har til å bidra i tidlig diagnostikk og i mottakssituasjon
- Utrede og foreslå hvordan kunnskap i front skal styrkes for de prehospitale tjenestene. 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

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

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

Prosjektet gjorde analyser på volumgrupper av pasienter* i ø-hjelpsforløpet, for å finne de største pasientgruppene som bruker akuttmottaket. Volumgruppene samsvarer godt med volumgruppene av ø-hjelpspasienter prehospitalt.

Pasientgruppe	Antall pasienter i akuttmottakene (totalt for 2018, 2019, 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 (STO- DVT**)	805	765
Ryggsmerter	772	530
Hodeskader	728	421
Svimmelhet (STO**)	650	430
Unormal hjerterytme	556	679

*Datagrunnlaget er fra ADB, og er basert på ESS koder, som er henvendelsesårsak registrert på pasientene når de kommer til AM. Diagnosekoder er ikke brukt, da diagnosen ikke er satt når pasientene ankommer AM

**Pasientforløp som St. Olav har standardisert sammen med kommunene

I tillegg fikk prosjektet mange innspill til hvilke pasientforløp det er ønskelig å forbedre.

- DVT (startet på)
- Småskader ortopedi (startet på)
- Svimmelhet
- FCF (fast track hofte Levanger)
- Lavrisiko bryst smerter
- Magesmerter
- Sepsis
- Reinnleggelser/pasienter som er kjent i systemet
- Atrieflimmer
- Ortpol- ankler og radius/ulnafrakturer mm
- Ryggsmerter
- Hodeskader
- TIA

Basert på innspillene startet prosjektet å forbedre 2 forløp på tvers av forvaltningsnivåene:

1 Pasienter med mistanke om DVT ved SN og kommuner i nedslagsfeltet til sykehuset

2 Pasienter med småskader ortopedi ved SL og kommuner i nedslagsfeltet til sykehuset

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). Det ble etablert arbeidsgrupper på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, som jobbet sammen om å forbedre forløpene til det beste for pasientene. Det er laget forslag til ny pasientflyt/løsning for begge forløp, og testing/innføring er i gang.

1. Pasienter med mistanke om DVT



Illustrasjon av ny flyt (se vedlegg for detaljer)

2. Pasienter med småskader ortopedi

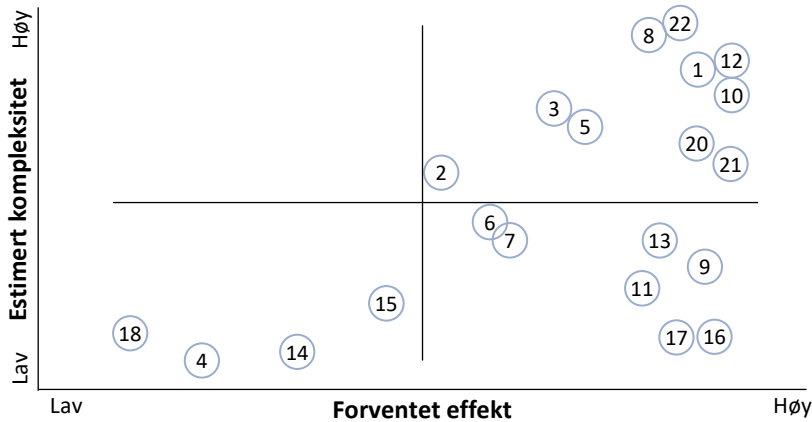


Illustrasjon av ny flyt (se vedlegg for detaljer)

For mer informasjon om arbeidet med standardisering av forløp, se vedlegg 1.

Delprosjekt 3 og 4 - Tiltaksområder internt i akuttmottakene ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger

Delprosjekt 3 og 4 handler om sømløse pasientforløp i akuttmottaket og i grensesnittene mellom AM og andre in-hospitale tjenester. Arbeidet i delprosjekt 3 og 4 bygget på anbefalingene om forbedringsområder fra fase I av prosjektet, som primært omhandlet somatikk. Forbedringsområdene/mandatpunktene som skulle løses i delprosjekt 3 og 4, bestod av 22 tiltakspunkter som skulle tilpasses og implementeres på hvert sykehus. I oppstarten av prosjektet gikk delprosjektgruppene gjennom alle tiltakspunktene med Lars Erik Laugsand (ass. klinikk sjef, klinikk for akutt- og mottaksmedisin STO) og prioriterte dem i en matrise basert på forventet effekt og kompleksitet ved implementering. Lars Erik Laugsand har erfaring med flere av disse problemstillingene fra STO. Se under for oversikt over tiltakspunktene og prioritering basert på forventet effekt/kompleksitet.



1. Vurderer på overordnet nivå om spesialitet i AMM er aktuelt og gjennomførbart for foretaket	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.	annet omsorgsnivå skal som hovedregel utføres på sengepost
2. 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	11. Utarbeide rutinebeskrivelse, definere ansvar og kompetansekrav for leger i vakt	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»
3. Vurdere om bemanningsplaner er i henhold til aktivitet	12. Vurdere organisatorisk plassering av Seksjonsansvarlig overlege i akuttmottak	20. Etablere standardiserte pasientforløp for volumgrupper av pasienter som kan avklares uten innleggelse (halv-øyeblikkelig hjelp)
4. Anskaffe storskjerm for anonymisert visning av akutttdatabase	13. Avklare felles forståelse for «øyeblikkelig hjelp» mellom lege, sykepleier, laboratoriemedisin og billeddiagnostikk slik at det prioriteres riktig ved rekvirering og utførelse av undersøkelser	21. 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)
5. Sikre at sykepleiekoordinator ivaretar primær oppgave 24/7	14. Avklare hvem som har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billeddiagnostikk	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
6. Revidere overordnet prosedyre for aktivitetsstyring i HNT ID 7615	15. Sørge for at avklarte pasienter fortløpende går fra akuttmottak til sengepost	
7. Utarbeide plan for håndtering av aktivitetsendring (eskaleringsplan)	16. Journaloptak av elektive pasienter skal utføres på sengepost (kun SN)	
8. Etablere avklaringsenhet og eventuelt andre alternativer til innleggelse, som time til poliklinikk	17. Journaloptak på pasienter som er avklart av spesialist ved poliklinikk eller overflyttet fra	
9. Legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket		
10. Utrede og foreslå hvordan		

*Tiltakspunkt 19: «Utrede og foreslå hvordan løsningen for Bed Planning i Helseplattformen kan brukes og bidra i arbeidet med pasientlogistikken internt i sykehusene», er tatt ut av Fase II som eget prosjekt og er derfor fjernet fra listen

Odd Kåre Hestmo har vært delprosjektleder for delprosjekt 3 i Namsos og Grete Sivertsen har vært delprosjektleder for delprosjekt 4 i Levanger. Sammen med en bredt sammensatt gruppe fra blant annet akuttmottak, sengepost, billediagnostikk, laboratorium og legespesialitetene, har de jobbet strukturert med tiltaks-/mandatpunktene innhospitalt. Under viser noen eksempler på hva som er gjennomført på de 2 sykehusene i prosjektperioden. For fullstendig oversikt over tiltakspunkt og status se vedlegg 1.

Eksempler på hva som er gjennomført i fase II av Fremragende akuttmottak internt på sykehusene:



Arbeid med mål om å bedre pasientflyt internt på sykehuset:

- Journalopptak av elektive pasienter er flyttet fra AM til sengepost ved SN, for å få en bedre pasientflyt med færre kontaktpunkter for pasientene.
- På SL er det laget ny pasientflyt med færre kontaktpunkter, for elektive pasienter på poliklinikk, som besluttes innlagt som øyeblikkelig hjelp.
- 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.



Forbedring og utarbeidelse av nye interne rutiner og retningslinjer:

- På SN 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. 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.
- På SL er det definert hvor mye som skal være avklart før en pasient forlater akuttmottaket, for å sikre felles forståelse mellom sengepost og AM, og bedre pasientflyt.
- Det er avklart felles forståelse for «øyeblikkelig hjelp» mellom lege, sykepleier, laboratoriemedisin og billediagnostikk slik at det prioriteres riktig ved rekvirering og utførelse av undersøkelser.
- 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.
- Det er utarbeidet rutinebeskrivelser for leger i vakt innen medisin, kirurgi og ortopedi, hvor ansvar og kompetansekrav er definert.



Arbeid for å bedre kapasiteten og kompetansen i akuttmottakene:

- 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.
- Det er jobbet med fagutvikling med fokus på å beholde og styrke kompetansen i akuttmottakene, hvor blant annet flere av sykepleierne tar videreutdanning i akuttsykepleie.



Beskrivelse av fremtidig areal- og utstørsbehov, inkludert avklaringsenhet:

For begge sykehus er fremtidig arealbehov beskrevet, inkl. arealer til økt avklaring av pasienter i akuttmottakene, for å redusere innleggelse og frigjøre kapasitet på sengepostene. Det er også beskrevet ulike typer utstyr som kan tilrettelegge for økt avklaring av pasienter i akuttmottakene. 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. framskrivningstall. Antall rom/type rom i andre akuttmottak i Norge er også sett på, men grunnet variasjoner mellom sykehus, som ulik organisering, er det utfordrende å sammenligne med andre. Fordelingen av antall rom/str. mellom SL og SN er ikke basert på befolkningsgrunnlag, men pasientstrømmer. Årsaken til dette er ulik organisering av akuttmottakene, og at befolkningsgrunnlaget ikke tar høyde for pasientstrømmer til eks. STO. Se under for en kort oppsummering av anbefalingene, og vedlegg 1 for mer informasjon

Bakgrunn og utfordringsbilde knyttet til areal

Framskriving tilsier en økning i akuttinnleggelse i Norge på 43% fra 2017 til 2035*. Akuttmottakene på SL og SN opplever utfordringer knyttet til arealknapphet og funksjonalitet, som utfordrer kapasitet og pasientflyt i akuttmottaket. Per i dag har akuttmottaket på SL 8 mottaksrom og SN 7 mottaksrom. Gjennomsnittlig er det 6 pasienter samtidig i akuttmottaket SN og 9 pasienter på SL, mellom kl. 15 og 16. På SL medfører dette at det i ca. 50% av dagene er flere pasienter mellom kl. 15 og 16, enn det er rom til i akuttmottakene. På SN vil det være litt færre enn 50% av dagene hvor det er flere pasienter enn rom tilgjengelig. 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. 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

Utviklingstrekk mot 2030 fra I konseptprogram* for planlegging av akuttmottak, fra sykehusbygg

- Mer diagnostikk (inkludert bildediagnostikk), avklaring og behandling i akuttmottak/observasjonspost (24 timer), gjør at pasientene unngår unødvendige flerdøgns innleggelse.
- 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.
- Mer avansert diagnostikk og behandling prehospitalt (utstyr, kompetanse og kommunikasjon).
- Spissing av aktivitetene i AM til sortering/avklaring/oppstart av behandling slik at en økende pasientstrøm kan ivaretas uten unødig ventetid.
- Mer bruk av «point-of-care» utstyr i AM, 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.
- Leger med spesialisering i akutt og mottaksmedisin med bred klinisk erfaring i front ved de fleste AM.

Beskrivelse av areal- og utstysrbehov

I arealbehovet som er beskrevet er utfordringer knyttet til dagens arealer og pasienttilstrømming tatt med i vurderingene, samt framskriving og fremtidig tiltak for å dempe forventet økning i tilstrømming, og øke avklaring av pasienter i akuttmottakene. I tillegg er behov for senger/stoler vurdert og enerom ift. rom med plass til flere pasienter. Rom for videobasert kommunikasjon er inkludert i arealbehovet, da det kan bidra til å avklare flere pasienter nærmere hjemmet. Da det er mange faktorer som påvirker fremtidig arealbehov, er det utfordrende å vurdere nøyaktig hva det 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 rom/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.

Utdypning triageplasser: Mangel på areal til triage idag skaper mye forflytninger av pasienter inn og ut av mottaksrom på grunn av prioritering av sykere pasienter. 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.

Utdypning avklaringsenhet: 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 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.

Ustysrbehov:

Under utstysrbehov er det beskrevet ulike typer utstyr som kan tilrettelegge for økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet og i akuttmottakene. Eksempler på dette er utstyr for bruk av videokonsultasjon, sikre tilgang på utstyr for gjennomføring av ultralyd, sensorteknologi for overvåking av pasienter i akuttmottakene, Telemetri, samt utstyr for økt monitorering av pasienter hjemme



Beslutningsgrunnlag for kompetanse i front i akuttmottakene:

På tvers av sykehus har prosjektet laget et beslutningsgrunnlag knyttet til kompetanse i front. Prosjektet anbefaler HNT å innføre 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 AM. Det anbefales å ha et langsiktig mål om at overlegen innehar spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Seksjonsansvarlig overlege med daglig arbeidssted i AM vil ha stor betydning for videreutvikling av akuttmottaket og innflytelse på daglig drift. Med dagens organisering der anestesilege er seksjonsansvarlig, vil leder for sykepleietjenesten ofte bli stående alene ved interessekonflikter mellom grenspesialister, da anestesilege er lite involvert i daglig drift.

Eirik H. Ofstad (avdelingsoverlege akuttmottaket, ved Nordlandssykehuset Bodø) og Lars Erik Laugsand (ass. klinikkssjef, klinikk for akutt- og mottaksmedisin STO) har vært involvert i arbeidet og bidratt med erfaringer knyttet til kompetanse i front i akuttmottakene. Den 20.09.21 presenterte Eirik og Lars Erik hvordan de har fått til kompetanse i front og hvilke gevinster de har oppnådd, for FL i HNT og avdelingsoverleger på SL og SN. Se opptak og presentasjon [her](#). Sjukehuset Orkdal er nærmest SL og SN i størrelse med en årlig pasienttilstrømming til akuttmottaket på i underkant av 10.000 pasienter. I akuttmottaket i Orkdal har de 1 overlege og 1 LIS med spesialitet i AMM på dagtid ukedager. I periodene hvor AMM ikke er tilstede merkes dette godt. I styringsgruppemøtet 08.11.2021 ble det besluttet å øke legekompentanse i front i akuttmottakene iht. anbefaling fra prosjektet. Det jobbes fortsatt med ulike alternativer for hvordan det skal løses på sykehusene. Se under for en kort oppsummering av beslutningsunderlaget og vedlegg 1 for mer informasjon

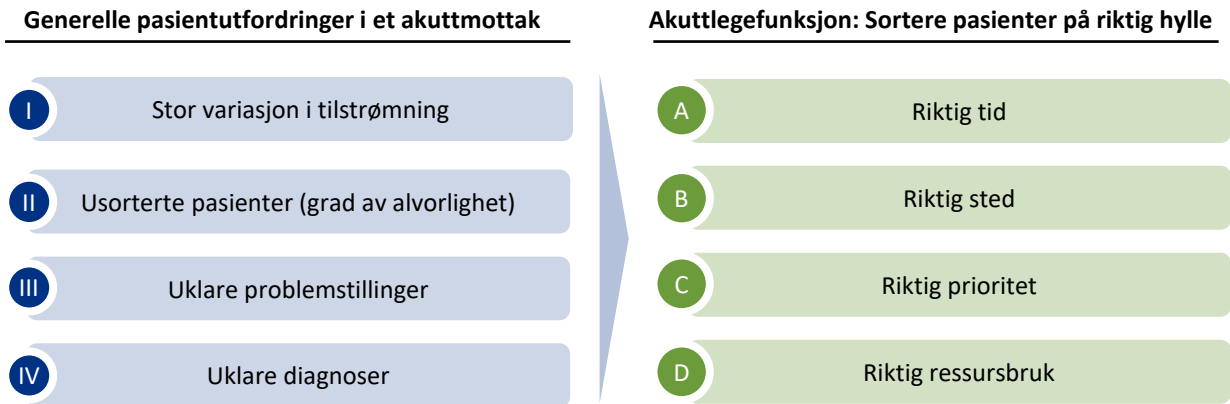
Bakgrunn:

- Framskrivning tilsier en økning i akuttinnleggelser i Norge på 43% fra 2017 til 2035*, noe som underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer.
- 74% av alle pasienter som legges inn på SL og SN, er øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottaket en viktig funksjon for å sikre riktig behandling på riktig omsorgsnivå.
- Tidligere ble pasientene henvist til akuttmottaket for innleggelse, mens i dag blir de henvist til vurdering for innleggelse, noe som påvirker behovet for kompetanse i akuttmottaket.
- Per i dag legges hhv. ca. 80 og 65% av pasientene som kommer til akuttmottaket, inn på sykehusene.

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

Akuttlege funksjon:

Akuttpatienter 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. Det er fortsatt LIS 1 som vil være i front, men med lettere tilgang på beslutningsstøtte.



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

Fordeler med å ha overlege med arbeidssted og seksjonsansvar i akuttmottaket:

- Økt pasientsikkerhet og kvalitet på behandling
- Reduksjon i opphopning av pasienter 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
- Bedre utnyttelse av LIS1 da de med støtte fra erfaren lege også kan bidra til å avklare pasienter som tilhører andre fagområder
- Økt avklaring i akuttmottaket, da 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

Eksempel fra Nordlandssykehuset Bodø, hvor en LIS1 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.

7. Resultater

FAM fase II har gitt resultater både internt ved sykehusene og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet på tvers av forvaltningsnivåene har av kommunerepresentant i prosjektet blitt omtalt som historisk. På tross av at prosjektet var initiert og eid av Helseforetaket, har kommunene vært tett involvert i arbeidet. Eksempler på resultater:

- Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er gjennomgått i samarbeid med kommunene, som oppfyller et av punktene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023* og HNT sin strategi for 2030.
- Prosjektet har etablert et godt samarbeid mellom forvaltningsnivåene gjennom prosjektet, basert på likeverdighet og tillit. Dette gir et godt grunnlag for resultatoppnåelse og videre arbeid med å løse utfordringene som er kartlagt, i felleskap.
- Gjennom kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem har deltakere fra kommuner, helseforetak og brukere fått en økt felles forståelse for utfordringsbildet knyttet til øyeblikkelig hjelp i Nordre-Trøndelag. Gjennom workshopen som ble gjennomført på tvers av forvaltningsnivå med 81 deltakere, økte troen til deltakerne på at de i felleskap klarer å løse utfordringene.
- Gjennom arbeidet med standardisering av pasientforløp har prosjektet startet arbeidet mot å flytte deler av pasientstrømmen fra ettermiddag, kveld og natt, til dagtid påfølgende dag. Dette kan gi positive resultater for alle aktører involvert, gjennom økt forutsigbarhet i pasienttilstrømming og jevnere pasientbelegg, som igjen kan redusere unødvendig ventetid for pasienter og skape økt pasienttilfredshet.

Internt på sykehusene er det jobbet med å bedre pasientflyt, øke kompetanse, sikre gode rutiner og retningslinjer, samt bemanning ihht. behov

- På sykehusene er det jobbet helhetlig med å forbedre innhospitale pasientforløp som kan sikre bedre ressursutnyttelse og redusere unødvendig ventetid og oppholdstid på sykehuset, for pasientene
- Det er jobbet mye med å forbedre/etablere rutiner og prosedyrer innhospitalt, som kan føre til økt pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene. Kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt i HNT sin strategi 2030 for en fremragende helsetjeneste, og samsvarer med stortingsmeldingen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2014 (Meld. St. 12 (2015 – 2016)).
- Det er jobbet med å øke kompetansen i akuttmottakene, som kan bidra til å øke kvaliteten i tjenesten og beholde personell
- Arbeidet internt på sykehusene har vært preget av godt samarbeid, både på tvers av avdelinger og sykehus

8. Gevinstpotensial

Gevinstpotensialet vil være stort dersom kommune og sykehus jobber videre sammen for mer helhetlige pasientforløp, med en rekke gevinster for både brukere, helseforetak og kommuner.

EKSEMPLER PÅ GEVINSTER FOR BRUKER:

- Økt pasientsikkerhet
- Økt pasienttilfredshet
- Økt trygghetsfølelse hos pasient og pårørende
- Bedre informasjonsflyt gjennom forløpet
- Raskere oppstart av behandling
- Kortere ventetid gjennom forløpet
- Raskere avklaring mtp. behov for innleggelse på sykehus eller poliklinisk behandling
- Redusert unødvendig transport, som fører til mindre belastning for pasienten
- Redusert unødvendig diagnostikk gjennom forløpet
- Økt brukermedvirkning
- Redusert risiko for reinnleggelse
- Mer diagnostikk og behandling nærmere hjemmet
- Mer fokus på forebyggende helsetjenester, som kan gi redusert behov for øyeblikkelig hjelp



EKSEMPLER PÅ GEVINSTER FOR HELSEFORETAK:

- Bedre samhandling og informasjonsflyt mellom aktørene i ø-hjelpsforløpet
- Økt forståelse av ansvarsområder og roller på tvers av de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden
- Redusert unødvendig transport og bedre utnyttelse av ambulanse
- Redusert tilstrømming til akuttmottakene, som kan påvirke fremtidig bemanningsbehov
- Reduksjon i unødvendig diagnostikk
- Jevnere belegg av pasienter i akuttmottaket som kan gi jevnere arbeidsbelastning, med redusert behov for innleie/overtid, og bedre utnyttelse av areal
- Reduksjon i antall liggedøgn, som kan gi rom for mer elektiv aktivitet og redusere innleie/overtid
- Reduksjon i reinnleggelser
- Økt medarbeidertilfredshet og redusert sykefravær
- Redusert turnover
- Økt grad av rett pasientbehandling til rett tid og sted, som gir bedre ressursutnyttelse

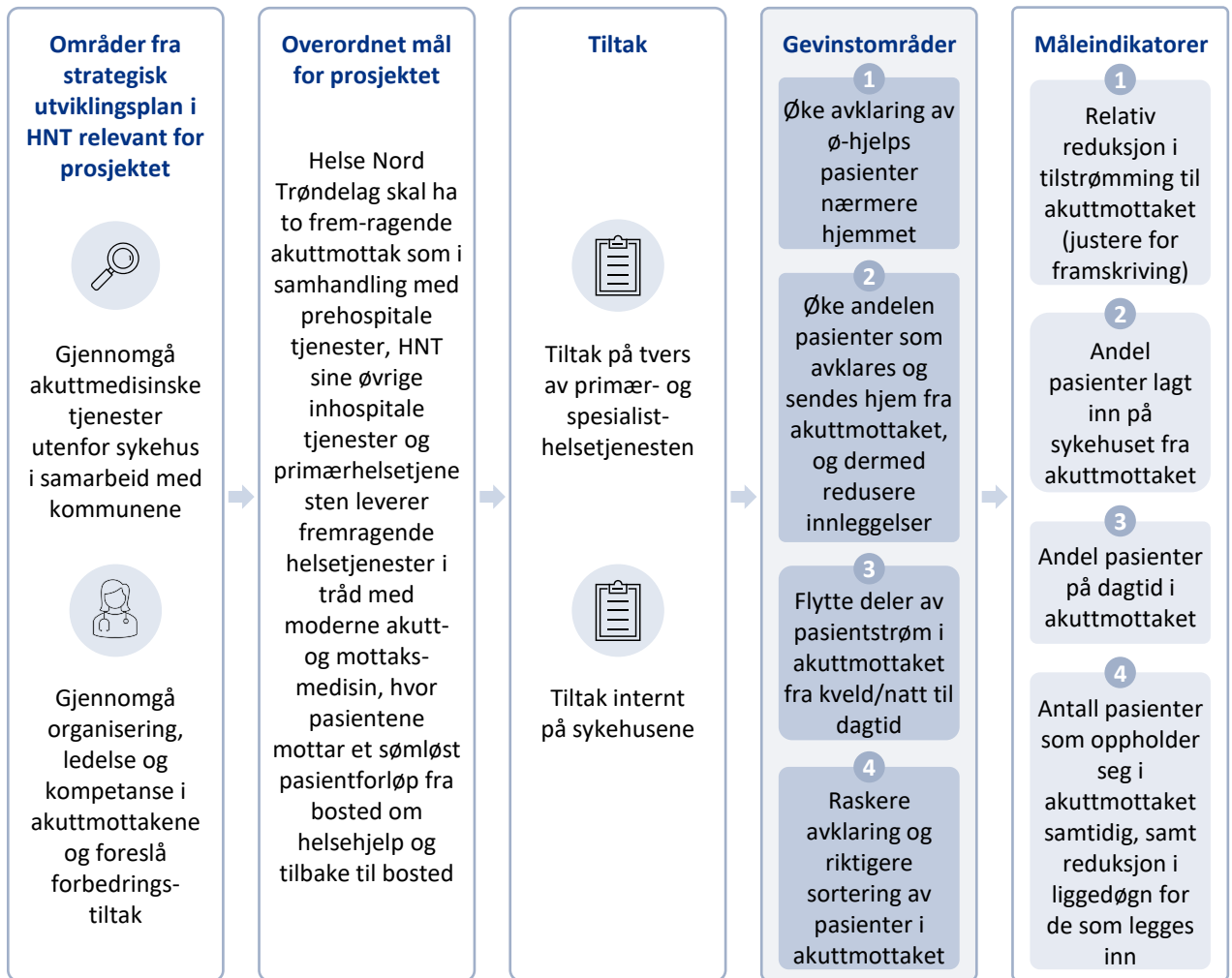
EKSEMPLER PÅ GEVINSTER FOR KOMMUNER:

- Bedre samhandling og informasjonsflyt mellom kommune og sykehus
- Bedre samhandling og informasjonsflyt mellom aktørene i ø-hjelpsforløpet, innad i kommunen
- Økt forståelse av ansvarsområder og roller på tvers av de ulike aktørene i den akuttmedisinske kjeden
- Økt grad av rett pasientbehandling til rett tid og sted, som gir bedre ressursutnyttelse gjennom forløpet
- Reduksjon i unødvendig diagnostikk
- Jevnere arbeidsbelastning gjennom forløpet
- Økt medarbeidertilfredshet og redusert sykefravær
- Mer tid til pasientrettet behandling for alle aktører
- Økt forutsigbarhet for planlegging av kapasitetsbehov/bemanningsbehov



Eksempelene er en samling av innspill som har kommet gjennom prosjektperioden, basert på foreslåtte og gjennomførte tiltak

Basert på målet til prosjektet, gjennomførte og foreslåtte tiltak, har prosjektet utdypet gevinstpotensialet for 4 områder, som også kan brukes som mål i det videre arbeidet.

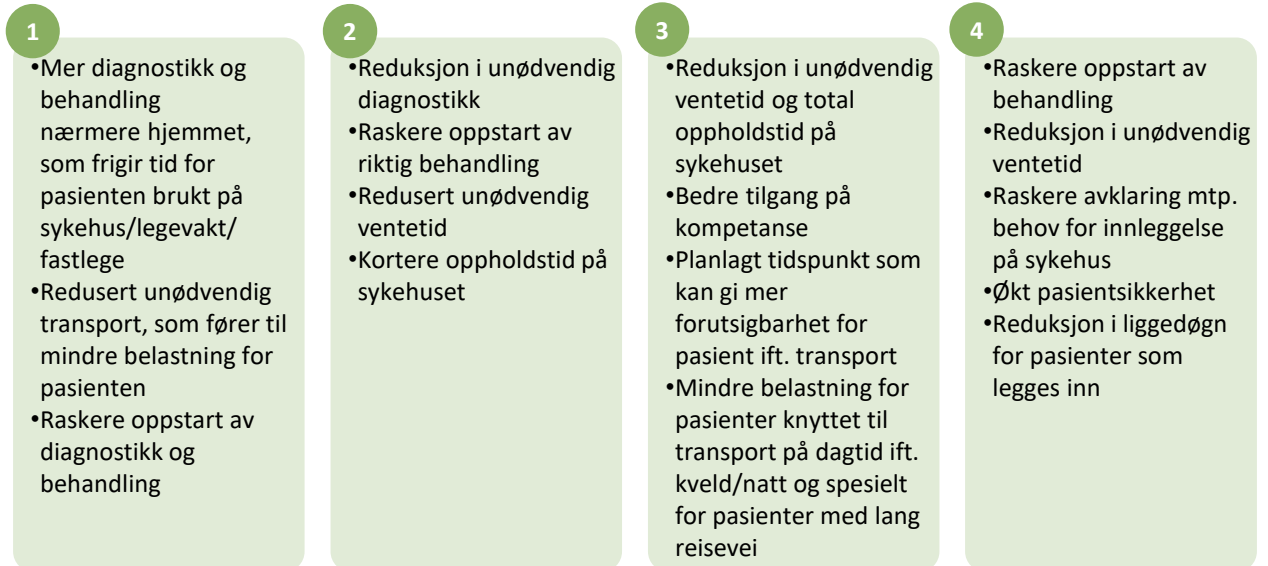


Gevinstområdene vil ha en positiv effekt på hele ø-hjelpsforløpet, fra hjem til hjem.

Gevinstområdene som er konkretisert her, er beregnet fra sykehusets ståsted da prosjektet kun har hatt tilgang på data tilknyttet sykehuset. Effektene vil likevel være store for alle aktørene i ø-hjelpsforløpet.



Eksempler på gevinster for brukere for hvert av de 4 områdene



Under er et sammendrag av gevinstområdene i figuren over, se mer informasjon i vedlegg 5.

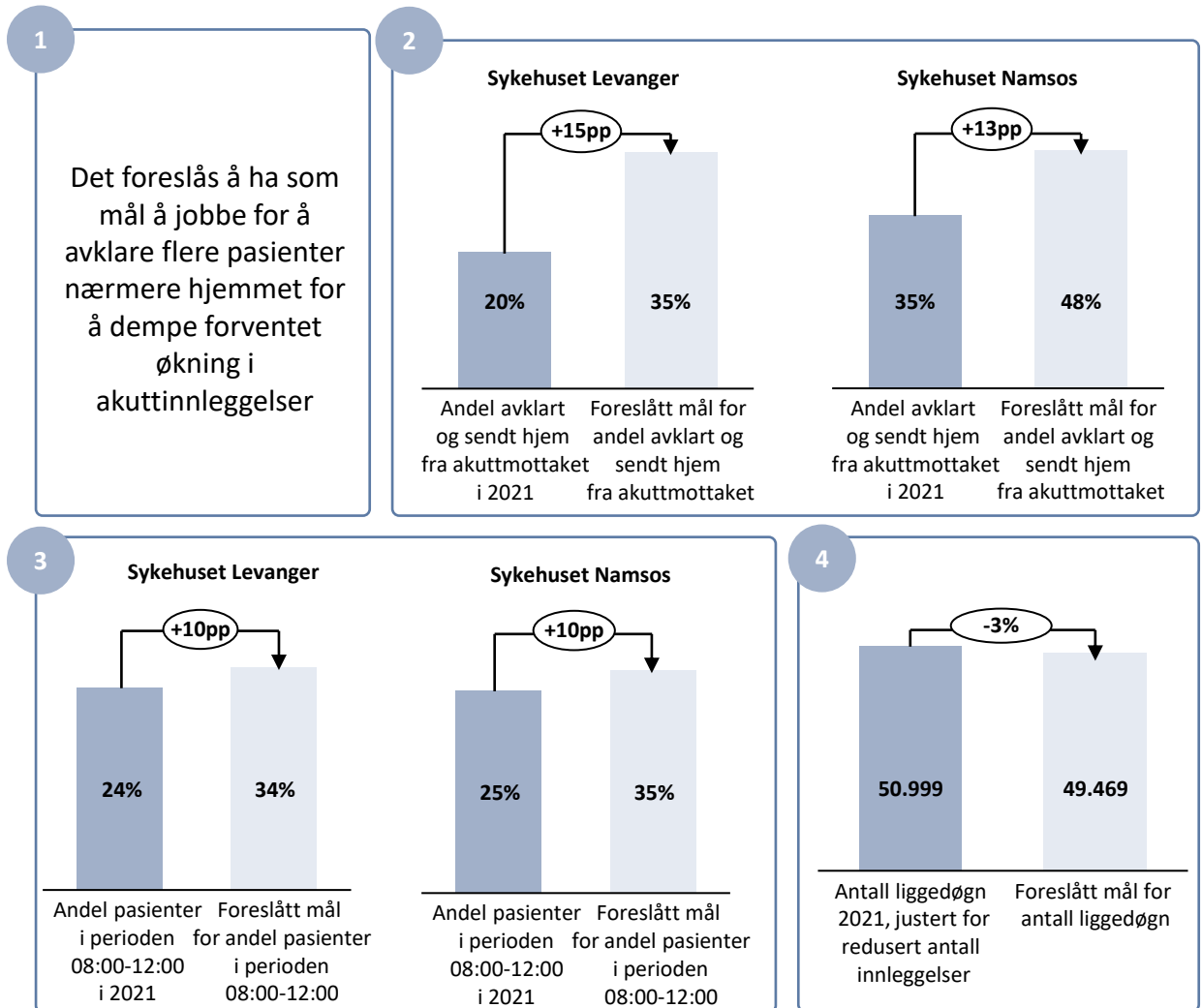
1 Det foreslås å ha som mål å jobbe for å avklare flere pasienter nærmere hjemmet for å dempe forventet økning i akuttinnleggelser (ref. Framskrivning). Ved å gjøre det som er riktig for pasienten, så tidlig som mulig i pasientforløpet, vil det kunne ha stor påvirkning på nødvendig ressursbruk videre i forløpet og ha en positiv påvirkning på kostnadsutviklingen. Gjennom å jobbe sammen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten med utfordringene kartlagt i fase II av prosjektet, samt med standardisering av pasientforløp, vil dette kunne bidra til økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet, som igjen kan påvirke tilstrømming til akuttmottakene.

2 Ved å øke andel pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene, vil HNT kunne redusere innleggelser på sengepost. HNT har et potensial for å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene gjennom tiltak som økt kompetanse i front, standardisering av pasientforløp, samt arealer tilpasset behov. Dette kan resultere i reduksjon i kostnader, gi rom for mer elektiv aktivitet og sikre kapasitet til forventet økt behov for helsetjenester i fremtiden. 74% av alle innleggelser i HNT er øyeblikkelig hjelp, noe som gir akuttmottakene et potensial til å påvirke antall innleggelser i stor grad. Det foreslås et mål om å øke andelen pasienter som avklares og sendes hjem fra akuttmottakene til 35% på SN og 48% på SN, noe som i 2021 tilsvarer en reduksjon i innleggelser på ca. 2796 pasienter totalt i HNT. Omregnet til senger tilsvarer dette ca. 8 senger.

3 Gjennom å flytte flere subakutte pasienter til planlagt time påfølgende dag, vil det gi mer forutsigbarhet i pasienttilstrømmingen, som kan være positivt for alle aktører som er involvert, eks. akuttmottaket, bildediagnostikk, ambulanse og pasientreiser. Det kan jobbes strukturert med å snu deler av pasientstrømmen til dagtid, gjennom standardisering av pasientforløp og å utarbeide tilbud for pasienter som etter konferering med fastlege/legevakt, kan styres til dagtid (halv-øyeblikkelig hjelp). Akuttmottaket vil kunne utnytte kapasiteten bedre gjennom dagen, ved å sette opp planlagte ø-hjelpstimer i deler av døgnet med lavere aktivitet. Det vil gi en jevnere belastning av pasienter gjennom døgnet og dermed også kunne føre til bedre utnyttelse av areal. Det foreslås et mål om å øke andel pasienter som ankommer akuttmottaket på dagtid i perioden kl. 08:00-12:00, med 10%.

4 Ved raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket, vil liggedøgn for pasienter som legges inn, kunne reduseres. Dette gjennom riktig diagnostikk og oppstart av behandling tidligere i forløpet, samt riktig valg av sengepost i større grad, ved innleggelse. Tiltak som økt kompetanse i front, standardisering av pasientforløp for volumgrupper av pasienter, og arealer tilpasset pasientmengde, vil kunne bidra til raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter. Det foreslås å ha et mål om å redusere antall liggedøgn innen øyeblikkelig hjelp med 3%, som tilsvarer 1.530 liggedøgn eller 4,2 senger. Raskere avklaring og riktigere sortering av pasienter i akuttmottaket, vil også kunne redusere «toppene» av antall pasienter samtidig i akuttmottaket, som vil kunne redusere areal- og bemanningsbehov.

Prosjektet foreslår å jobbe videre med følgende mål fremover i HNT, og måle resultater jevnlig, etter tiltak er iverksatt:



Det estimeres en total økonomisk gevinst årlig på mellom 45-90 MNOK, som inkluderer beregning av økonomiske gevinster for gevinstområde 2 og 4. De to andre gevinstområdene vil også kunne gi økonomiske gevinster, men for å unngå dobbelttelling av gevinster, er dette ikke beregnet.

Da FAM fase II er et stort prosjekt med stort gevinstpotensial, er det også komplekst å beregne alle gevinstene som gjennomførte og foreslåtte tiltak kan gi. Gjennom å sikre rett pasientbehandling til rett tid og sted, som blant annet vil innebære økt avklaring av pasienter tidligere i forløpet, og mer bruk av telefon/video, vil det, i tillegg til gevinstene som er skissert, også kunne gi økonomiske gevinster gjennom redusert; unødvendig transport, unødvendig diagnostikk gjennom forløpet, sykefravær (gjennom blant annet jevnere arbeidsbelastning), ressursbehov for alle aktører gjennom hele ø-hjelpsforløpet og reinnleggelser.

Økt avklaring av ressurser i akuttmottakene vil også innebære økt kostnad, gjennom økt kompetanse og areal. Kostnaden knyttet til utvidelse av arealer er ikke estimert i prosjektet. Årlig kostnad for økt kompetanse i front (totalt 1 årsverk per sykehus) er estimert til ca. 2.2MNOK. Det er estimert at det vil være behov for 1 ekstra sykepleierressurs gjennom døgnet for å sikre nok kapasitet til å bemanne avklaringsenheten. Denne kostnaden er ikke beregnet.

For å oppnå gevinstene, er det viktig å ha fokus på forbedringsarbeid og evaluering i det videre arbeidet.

9. Anbefalte fokusområder for videre arbeid

Befolkningens alderssammensetning vil i løpet av de neste ti-årene endres kraftig, med stor vekst i folketallet og antall eldre, noe som innebærer betydelig vekst i etterspørselen etter helsetjenester. Framskrivning tilsier en økning i akuttinnleggelser på 43% fra 2017 til 2035*, noe som underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer. 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 2021 hadde HNT et overforbruk av helsetjenester innen øyeblikkelig hjelp på 16,3% basert på DRG poeng og 15% basert på opphold. I tillegg hadde HNT en kostnad per DRG-poeng på 2088kr høyere enn landsgjennomsnittet, for somatiske tjenester i 2019. Dette underbygger behovet for endring og videreutvikling av dagens løsninger og arbeidsformer.

For å realisere estimert gevinstpotensial er det viktig å jobbe strukturert og målrettet videre med tiltak og utfordringsområder. De viktigste områdene prosjektet anbefaler å arbeide videre med er:



Øke kompetanse i front i akuttmottakene

- 74% av innleggelsene på sykehusene i HNT er ø-hjelpspasienter, noe som gir akuttmottakene en viktig rolle for å sikre rett pasient til rett tid og sted. Ved å ha høy kompetanse i front, vil det kunne bidra til å avklare pasienter raskere, som kan redusere innleggelser på sykehuset og korte ned oppholdstiden for dem som legges inn
- Prosjektet anbefaler å opprette en stilling for en overlege på hvert sykehus, med arbeidssted i akuttmottaket, som inkluderer dagens rolle som seksjonsansvarlig overlege i akuttmottakene. Det anbefales også å ha et langsiktig mål om at overlegen innehar spesialitet i akutt- og mottaksmedisin (AMM), og at HNT starter søknadsprosessen så snart som mulig for utdanning innen AMM. (Se vedlegg 1).



Etablere avklaringsenhet i akuttmottakene og tilpasse dagens arealer til behov

- 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
- Prosjektet anbefaler å etablere en avklaringsenhet og tilpasse dagens arealbehov iht. til behov beskrevet i vedlegg 1, for å legge til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring, kan utføres i akuttmottakene. En forutsetning for å lykkes med avklaringsenheten er at en har tilgang på nødvendig spesialistfaglig beslutningskompetanse



Fortsette arbeidet med standardisering av pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene

- De største volumgruppene av pasienter i akuttmottakene er magesmerter, feber/infeksjon og brystmerter. Gjennom å forbedre forløp for volumgrupper av pasienter, vil det kunne ha en stor effekt for alle aktører involvert. Dette gjennom eksempelvis tidlig diagnostikk og oppstart av behandling, og å flytte pasienter med lavere hastegrad til planlagt ø-hjelpstime på dagtid påfølgende dag.
- Prosjektet anbefaler å fortsette arbeidet med standardisering av pasientforløp på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten i henhold til oversikten over innspill til pasientforløp.



Løse utfordringene fra kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem, i felleskap gjennom Helsefellesskapet.

- Prosjektet har prioritert de 12 utfordringene fra kartleggingen og kommet med forslag til potensielle løsninger (se [prosjektweb](#)). For å sikre eierskap og gode løsninger for brukere, kommuner og HF, anbefales det å bygge videre på den gode samarbeidskulturen som er etablert i prosjektet og jobbe videre med å løse utfordringene i felleskap.
- I tillegg til de 12 utfordringene fra kartleggingen, er det en rekke andre utfordringer fra kartleggingen som også kan tas tak i etter hvert
- 30.03.22 ble det lagt frem forslag til videre struktur i en fase III av prosjektet for ASU og PSU (se vedlegg 4 for mer informasjon).



Jobbe videre med utfordringene kartlagt på tvers av somatikk og psykisk helsevern og rus

- Vurdere muligheten for tverrfaglig vurdering ved mottak av pasienter i grensesnittet mellom somatikk og psykisk helsevern og rus
- Avklare roller/ansvar mellom somatikk og psykisk helsevern og rus ved samarbeid om felles pasienter
- Definere hvor mye som skal være avklart før en pasient flyttes mellom somatikk og psykisk helsevern og rus

I tillegg til områdene over anbefales det å jobbe videre med følgende:



- Vurdere muligheten for å opprette et generelt tilbud om å henvise subakutte pasienter innen øyeblikkelig hjelp, til dagtid påfølgende dag.
- Vurdere økt bruk av videokonsultasjon i akutte situasjoner mellom aktørene i ø-hjelpsforløpet. Eksempelvis kan ambulanse, legevakt og sykehusleger gjennom dette bidra til økt avklaring av pasienter nærmere hjemmet.
- Vurdere tilstedeværelse av farmasøyt i akuttmottaket i Namsos for å sikre bedre pasientflyt
- Følge opp videre aksjoner knyttet til ferdigstilte tiltakspunkt fra fase II av FAM internt på sykehusene.
- Ferdigstille tiltakspunktene som ikke ble fullført gjennom fase II av FAM:
 - Utarbeide plan og prosedyre for håndtering av aktivitetsendring (eskaleringsplan) (SL)
 - Revidere overordnet prosedyre for aktivitetsstyring i HNT ID 7615.
 - Det må tilrettelegges for kunnskapsdeling, felles kurs og øvelser for ansatte i akuttmottaket og ambulansetjenesten
 - Journalopptak av pasienter som er avklart av spesialist ved poliklinikk eller overflyttet fra annet omsorgsnivå skal som hovedregel utføres på sengepost (SN)



Prosjektet ser kompetanse i front som den viktigste anbefalingen internt på sykehusene, da det er en kritisk suksessfaktor for å lykkes med flere av de andre anbefalingene og for å realisere gevinstpotensialet.

I det videre arbeidet anbefales det å sikre tilstrekkelig involvering, forankring og kommunikasjon til alle relevante parter. Dette har vært et av suksesskriteriene i fase II av FAM.

10. Oversikt over vedlegg

	Vedlegg
1	Oversikt over status for tiltakspunktene i delprosjekt 3 og 4 og dokumentasjon på arbeidet
2	Oppsummering av utfordringer fra kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem
3	Oppsummering av utfordringer innen psykisk helsevern og rus fra kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem
4	Forslag til struktur på videre arbeid i Helsefellesskapet
5	Gevinstpotensial Fremragende akuttmottak fase II
6	Utdrag fra analyser
7	Endringsprosessen i Akutten, AMMs betydning for St. Olavs hospital
8	Rapport "Lege-i-front» Nordlandssykehuset Bodø

Se prosjektets prosjektweb for andre relevante dokumenter, [her](#)