

Prosjektrapport

Fremragende akuttmottak HNT – fase 1

Dato: 6. mars 2020

Versjonsnr: 1.0

Godkjenning

Organisasjon	Navn	Dato	Versjonsnr.
HNT	Tor Åm	6.3.20	1.0

Innhold

1	Innledning	3
	Endringshistorikk	3
	Formålet med dokumentet	3
	Dokumentets omfang og avgrensning	3
	Referanser.....	3
	Definisjoner og terminologi.....	3
2	Oppsummering	5
3	Prosjektgjennomføringen	6
3.1.	Bakgrunn og mål	6
3.2.	Organisering og fremdrift	6
4	Kartlegging og beskrivelse av nåsituasjonen	8
4.1.	Organisatoriske og administrative forhold.....	8
4.2.	Bemanning og kompetanse	9
4.2.1.	Sykehuset Namsos.....	9
4.2.2.	Sykehuset Levanger.....	9
4.3.	Pasientforløp og aktivitet	10
4.3.1.	Pasientforløp	10
4.3.2.	Aktivitet Sykehuset Namsos	11
4.3.3.	Aktivitet Sykehuset Levanger	12
4.4.	Areal.....	14
4.4.1.	Sykehuset Namsos.....	14
4.4.2.	Sykehuset Levanger.....	14
4.5.	Brukerundersøkelse.....	15
4.6.	Samhandling med primærhelsetjenesten	15
4.7.	Helseplattformen.....	18
4.8.	Spesialitet i akutt- og mottaksmedisin (AMM).....	18
4.9.	Innhenting av kunnskap fra andre foretak	19
5	Anbefalinger.....	23

1 Innledning

Endringshistorikk

Versjon	Endring	Dato	Forfatter
1.0	Ferdigstilt prosjektrapport	4.3.2020	Grete Sivertsen

Formålet med dokumentet

Dette dokumentet beskriver funnene og anbefalingene fra fase 1 av prosjektet Fremragende akuttmottak HNT. Målgruppen for dette dokumentet er styringsgruppen, prosjekteier, ledere og andre som har nytte av funnene og anbefalingene fra prosjektet.

Dokumentets omfang og avgrensning

Denne rapporten besvarer fase 1 av mandatet, gitt av *administrerende direktør* den 9. september 2019.

Referanser

Andre relevante prosjektdokumenter:

- [1] [Prosjektplan](#)
- [2] [Prosjektmandat](#)
- [3] [Fremdriftsplan](#)
- [4] Retningslinjer fra Helsedirektoratet: «[Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak](#)»

Definisjoner og terminologi

Ord/uttrykk	Forklaring
ADB	Akuttdatabasen
AM	Akuttmottak
AMM	Akutt- og mottaksmedisin
HNT	Helse Nord-Trøndelag Helseforetak
KAD	Kommunal akutt døgnenhet
KFK	Klinikk for kirurgi
KMS	Klinikk for medisinsk service
KPT	Klinikk for prehospitale tjenester
KMR	Klinikk for medisin og rehabilitering
LIS1	Lege i spesialisering 1, person med medisinsk embetseksamen og autorisasjon som lege, som har påbegynt første del av sin spesialistutdannelse. LIS1 er derfor de minst erfarne legene i et sykehus.
LIS2 /LIS3	Leger som spesialiserer seg innen kirurgi og indremedisin blir LIS2 etter fullført LIS1. Etter dette går de videre til en unik LIS3 for sin spesialitet. For eksempel vil en lege som spesialiserer seg innen hjertesykdommer først gå gjennom LIS1, så LIS2 for indremedisinske spesialiteter, og til

	slutt LIS3 for hjertesykdommer. Alle andre spesialiteter går direkte fra LIS1 til LIS3. ¹
LV	Legevakt
SL	Sykehuset Levanger
SN	Sykehuset Namsos
STO	St. Olavs Hospital Helseforetak

¹ Informasjon om legespesialistutdanning: <https://tidsskriftet.no/2017/08/aktuelt-i-foreningen/alt-du-ma-vite-om-ny-spesialistutdanning>

2 Oppsummering

Helse Nord-Trøndelag har to veldrevne akuttmottak som rekrutterer godt og som scorer bra i arbeidsmiljøundersøkelsene. Det utøves godt pasientarbeid. Samtidig utfordres nåværende drift på kapasitet, blant annet kompetanse og areal. Det er behov for endring og videreutvikling for å møte fremtidig behov.

Prosjektgruppa har vært sammensatt av klinikere fra begge sykehus, med god kjennskap til pasientbehandling i akuttmottaket.

I kartlegging av nåsituasjonen har fokuset vært på pasientforløp i overgangen til, og i akuttmottaket. Ansatte i foretaket, samt primærhelsetjenesten med fokus på legevakt har vært involvert i prosjektet. Internt i foretaket har akuttmottakene, legegruppene, Klinikk for prehospitale tjenester, Avdeling for bildediagnostikk og Seksjon for laboratoriemedisin vært prioritert. Brukerperspektivet er ivarettatt ved involvering av brukerrepresentant, det er gjennomført brukerundersøkelse og det har vært presentasjon av prosjektet i brukerutvalget.

Sengeposter og andre sykehusinterne seksjoner vil bli involvert i fase 2 av prosjektet.

Det synliggjøres i kartleggingen at flere forhold er premissgivende for driften i akuttmottaket – som for eksempel organisering, bemanning, kompetanse og areal.

Forbedringsområdene som ble funnet ved kartlegging i akuttmottakene, er bekreftet i møter med primærhelsetjenesten, og også sammenfallende med de innspill vi fikk ved studiebesøk.

På grunnlag av dette anbefaler prosjektgruppa at HNT prioriterer følgende tiltaksområder i videreutvikling av akuttmottakene:

- Økt kompetanse i front.
- God samhandling med alle involverte aktører i pasientforløpet.
- Etablere et system for alternativ til innleggelse.
- Etablere et system som sikrer optimal pasientlogistikk i akuttmottaket.
- Etablere nødvendig og hensiktsmessig areal i henhold til øvrige tiltaksområder.

I og med at Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos er ulike i størrelse og har ulike forutsetninger, så må tiltaksområdene konkretiseres og tilpasses lokalt i fase 2.

3 Prosjektgjennomføringen

3.1. Bakgrunn og mål

Framskrivninger tilsier en økt pasienttilstrømming til Helse Nord-Trøndelag HF (HNT), som vil kunne kreve økt kompetanse og areal i akuttmottakene som allerede i dag har store utfordringer innenfor disse områdene. «Fremragende akuttmottak» ble iverksatt som et utredningsprosjekt for å identifisere ulike utviklingsmuligheter og løsninger i akuttmottakene.

Overordnet mål for prosjektet har vært å beskrive ulike løsninger som vil sørge for «riktig pasient på riktig sted til riktig tid» ved å identifisere hvordan akuttmottakene kan utvikles for fremtidens behov på en måte som gir god pasienttilfredshet, god faglig kvalitet og god ressursutnyttelse.

Mandatet ber prosjektet redegjøre for følgende:

- 1) Kartlegge nåsituasjonen: Kartlegge dagens organisering og kompetanse. Beskrive pasientflyt og analyse av håndteringen av akuttpasientene ved Levanger og Namsos må legges til grunn for dette arbeidet. Brukererfaringer vektlegges.
- 2) Det må innhentes kunnskap fra lignende arbeid i andre foretak. Det er gjort en rekke tiltak ved flere sykehus og erfaringene fra dette arbeidet blir viktig å ta med seg i Helse Nord-Trøndelag. Det må påregnes besøksreiser til andre sykehus.
- 3) Bemanning: Vurdere kompetanse- og kapasitetsbehov, leger og sykepleiere. Det skal avklares om det skal igangsettes et arbeid opp mot akutt- og mottaksmedisinsk spesialitet (AMM).
- 4) Prosjektet må vurdere hvilke konsekvenser organisering av akuttmottaket eventuelt vil få for førstelinjetjenesten og trekke inn aktuelle ressurspersoner i disse vurderingene.
- 5) Utnyttelse av Helseplattformen.

3.2. Organisering og fremdrift

Det ble etablert en prosjektgruppe for fase 1 bestående av ressurser som jobber som ledere eller utøvende klinikere internt i HNT. Arbeidet med prosjektet har derfor kommet i tillegg til ordinær jobb. Dette har vært premissgivende for oppgavefordeling og arbeidsmetodikk.

Prosjektorganiseringen og roller presenteres i tabellen under:

Rolle i prosjektet	Navn og rolle/tilhørighet
Prosjekteier	Tor Åm, administrerende direktør, HNT
Prosjektansvarlig	Stein Erik Breivikås, konst. klinikkleder, Klinikk for kirurgi
Styringsgruppe	Stein Erik Breivikås, styringsgruppeleder
	Randi Sudbø Brandtzæg, konst. klinikkleder, Klinikk for medisin og rehabilitering, SN
	Carl Platou, konst. klinikkleder, Klinikk for medisin og rehabilitering, SL
	Tore Andersen, klinikkleder, Klinikk for kvinne, barn og familie
	Astrid Tromsdal, avdelingsleder, Avdeling for akuttmedisin, SL
	Wenke Bogen Thun avdelingsleder, Avdeling for akuttmedisin, SN
	Truls-Are Halbostad, tillitsvalgt, Den norske legeforening
	Ola Sund-Derås, tillitsvalgt, Norsk Sykepleieforbund

Prosjektleder	Grete Sivertsen, prosjektleder, HNT
Prosjektstøtte	Pauline Kolset, prosjektkoordinator, HNT
Prosjektgruppe	Jørgen Selmer, seksjonsleder, Seksjon for akuttmottak, SL
	Odd Kåre Hestmo, seksjonsleder, Seksjon for akuttmottak, SN
	Steven Kudra, overlege anestesi, medisinsk faglig ansvarlig AM, SN
	Knut Larsen, overlege anestesi, medisinsk faglig ansvarlig AM, SL
	Gry Therese Heir, LIS3 ortopedi, SN
	Tuva Holan Bjerkan, LIS2 kirurgi, SL
	Sturla Røiseng, traumekoordinator, SL
	Nina Veronica Myrvik, fagutviklingssykepleier, akuttmottaket, SN
	Dale Pearson, overlege medisin, SN
	Børge Lillebo, LIS2 medisin, SL
	Odd Eirik Elden, overlege, Klinikk for prehospitale tjenester, HNT
	Rune Wagnild, avdelingsleder, Avdeling for bildediagnostikk, HNT
	Lars Erik Laugsand, assisterende klinikkjef, Akutt- og mottaksklinikken, St. Olavs Hospital HF (STO)

Tabell 1: Prosjektorganisering og roller

Ressurser fra Avdeling for fag og teknologi og Avdeling for forskning har bidratt ved behov.

Fase 1 har hatt en varighet på seks måneder, fra 2. september 2019 til 6. mars 2020. Det har blitt avholdt tre stedlige prosjektgruppemøter og 12 statusmøter på Skype. Arbeidsoppgaver for å svare ut punktene i mandatet for fase 1 ble fordelt på ulike arbeidsgrupper. Det er jobbet med disse arbeidsoppgavene mellom møtene. I tillegg ble det gjennomført fem studieturer til andre foretak. I løpet av fase 1 har det blitt avholdt fem styringsgruppemøter.

4 Kartlegging og beskrivelse av nåsituasjonen

I dette kapitlet oppsummeres hovedtrekkene fra kartleggingen av nåsituasjonen med den hensikt å synliggjøre bakgrunnen for anbefalingene i kapittel 5.

Innhenting av informasjon over organisatoriske og administrative forhold, bemanning og kompetanse, aktivitet og areal er utført av seksjonslederne for de to akuttmottakene. Se *vedlegg 1.A-D og 2.A-B* for detaljerte funn for hvert sykehus.

Akuttmottakene benytter Akuttdatabasen (ADB) for registrering av aktivitet. På grunn av ulike rutiner for registrering mellom sykehusene kan ikke datamaterialet fullt ut sammenlignes.

4.1. Organisatoriske og administrative forhold

Akuttmottakene er organisert i Avdeling for akuttmedisin, som en del av Klinikk for kirurgi. Klinikk for kirurgi er gjennomgående for HNT, Avdeling for akuttmedisin er stedlig på hvert sykehus. Prosjektgruppa har valgt å ikke ta stilling til andre alternativ når det gjelder klinikktilhørighet for akuttmottakene. Fra og med 1. mars 2020 vil Klinikk for kirurgi gå fra én til to stedlige klinikker, i tillegg skal det gjennomføres en utredning av «Helse Trøndelag». Prosjektet har derfor vurdert at større strukturelle endringer på lokalt nivå, er uhensiktsmessig på dette tidspunkt.

I Helsedirektoratets retningslinje for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak (Helsedirektoratet, 2014) står det blant annet følgende: «*Den organisatoriske plasseringen av akuttmottakene gjenspeiler ikke alltid de dominerende arbeidsoppgavene, og det er uklare retningslinjer*». Dette kan være gjenkjennbart i HNT. Akuttmottaket ledes av sykepleier (seksjonsleder), som har ansvar for personal, økonomi, drift og fag. Anestesioverlege har det medisinskfaglige ansvaret. Medisinskfaglig ansvarlig er i liten grad delaktig i daglig arbeid i akuttmottaket og har lite eierskap til de store volumgruppene av pasienter. Dette medfører at seksjonsleder har en krevende rolle i organisatoriske diskusjoner og prosesser hvor medisinskfaglig kompetanse er avgjørende.

All kommunikasjon med legekontor, legevakt, AMK og ambulanser, ut-varsling av teammottak, samt intern kommunikasjon ved sykehuset ivaretas av kommunikasjonssentralen på Levanger. I Namsos er det AMK som har denne funksjonen.

Sykepleiekoordinator har ansvar for pasientlogistikk og ressursfordeling 24/7, og er en sentral funksjon i akuttmottaket. I Namsos deltar sykepleiekoordinator i mottak av pasienter. På Levanger har koordinator ansvaret for kommunikasjonssentralen på natt og helg, og også her deltar koordinator i klinisk arbeid ved høy aktivitet. Dette bidrar til en samtidighetskonflikt, og man ser at når behovet for styring og koordinering er størst, så må man nedprioritere funksjonen. Dette ansees som en bemanningsutfordring.

Enkelte påpeker at akuttmottaket i hovedsak oppfattes som sykepleiernes arbeidsplass, mens seksjonsledere opplever at akuttmottaket har lav status i det medisinske fagmiljøet. Begge momenter kan være til hinder for gode samarbeidsprosesser internt.

Aktuelle prosedyrer, funksjonsbeskrivelser og retningslinjer som påvirker og styrer driften i akuttmottaket er kartlagt. Her avdekkes det at revisjonsfrist for enkelte av dokumentene er passert, samt at det finnes viktige rutiner som ikke er beskrevet – for eksempel kom det frem at LIS1 får mangelfull opplæring før oppstart i vakt.

4.2. Bemanning og kompetanse

Det er fortrinnsvis LIS1 som har ansvar for journalopptak og vurdering av pasienter i akuttmottaket, LIS2/LIS3 skal konfereres. Klinikk for medisin og rehabilitering Levanger har styrket kompetansen med mellomvakt LIS2/LIS3. Overleger deltar i definerte teammottak.

Tilgjengelighet for beslutningsstøtte og supervisjon til LIS1 er avhengig av andre arbeidsoppgaver som LIS2/LIS3 og overleger har ansvar for. Det påpekes at LIS2/LIS3 i vakt bekler flere funksjoner (ansvar for sengeposter, operasjon, mottak og poliklinikk), noe som skaper samtidighetskonflikter. I arbeidsprosesskartleggingen etterspørres det retningslinjer for vaktarbeid og fordeling av arbeidsoppgaver, ressurser og planer for tiltak ved økt aktivitet som kan bidra til felles forståelse av prioritering.

Det er tilsatt sykepleiere i alle årsverk i akuttmottakene. Ledere opplever at det går greit å rekruttere sykepleiere, men lekkasjen til videreutdanning i anestesi, intensiv og operasjon er en utfordring. En del kommer tilbake slik at akuttmottaket har noen sykepleiere med relevant videreutdanning, men de fleste søker seg til andre spesialavdelinger. Mulighet for videreutdanning i akuttsykepleie vil være et kompetansehevende og rekrutterende tiltak, og det er ønskelig at HNT fremmer dette for utdanningsinstitusjonene.

Felles for begge sykehusene er god bemanning på dag, men marginal bemanning på natt og helg. Med sårbar bemanning utfordres beredskapen når sykepleiere forlater avdelingen for å følge pasienter til bildediagnostikk eller sengepost.

Begge akuttmottak har god kompetanse på teammottak, som det øves systematisk på. Det bør vurderes kompetanseplan/-stige for sykepleier da det påpekes i arbeidsprosesskartlegging at det finnes mangler her.

4.2.1. Sykehuset Namsos

Akuttmottaket har medisinsk poliklinikk 24/7. Kirurgisk poliklinikk har dagåpent, men etter kl. 16.00 på kveld, natt og helg kommer pasientene til akuttmottaket. Båre-pasienter kommer alltid til akuttmottaket.

De fleste sykepleiere ruller mellom akuttmottak og AMK, og en liten andel av sykepleierne alternerer mellom akuttmottak og kirurgisk poliklinikk. Legevakt er lokalisert i tilstøtende areal til akuttmottaket med felles venteareal, og legevakt leier 1,5 time sykepleieressurs pr. døgn fra akuttmottak. ISS har stengt på natt, og funksjon ivaretas av akuttmottak (telefon og dør). Har sekretærressurs på dag og kveld, mandag til torsdag. Det er et ønske om farmasøytisk kompetanse i akuttmottaket.

4.2.2. Sykehuset Levanger

Kommunikasjonssentral er en funksjon som er tillagt akuttmottaket ved Sykehuset Levanger. Medisinsk poliklinikk ivaretar øyeblikkelig hjelp-pasienter på dagtid, med unntak av bære-

pasienter, og pasienter med cerebrale og cardielle symptomer – disse kommer til akuttmottaket. Etter kl. 15.00 kommer alle til akuttmottaket. Kirurgisk poliklinikk ivaretar øyeblikkelig hjelp på dag og kveld, samt kl. 12.00–20.00 på helg. Pasienter kommer via akuttmottaket når poliklinikken er stengt. Ansvarsforholdene er noe uavklart.

Levanger har en gruppe sykepleiere som ruller mellom akuttmottak og kommunikasjonssentral. Farmasøyt er til stede på dag og kveld. Det er muligens behov for sekretær.

4.3. Pasientforløp og aktivitet

Dagens arbeidsprosesser og pasientforløp ble kartlagt ved begge sykehus. Alle sykepleierne i akuttmottakene, samt representanter fra legegruppene, var invitert til å delta i dette arbeidet.

Data ble i etterkant av kartleggingen bearbeidet og fremstilt skjematisk, med påfølgende prioritering av tiltak både fra sykepleie- og legegruppene. Videre ble det foretatt en avgrensning av hvilke forbedringsområder som skal følges opp som en del av daglig drift ved sykehusene, og hvilke områder som foreslås fulgt opp i fase 2 av prosjektet, jamfør kapittel 5. Dette ble lagt frem for prosjektgruppen for diskusjon og vurdering.

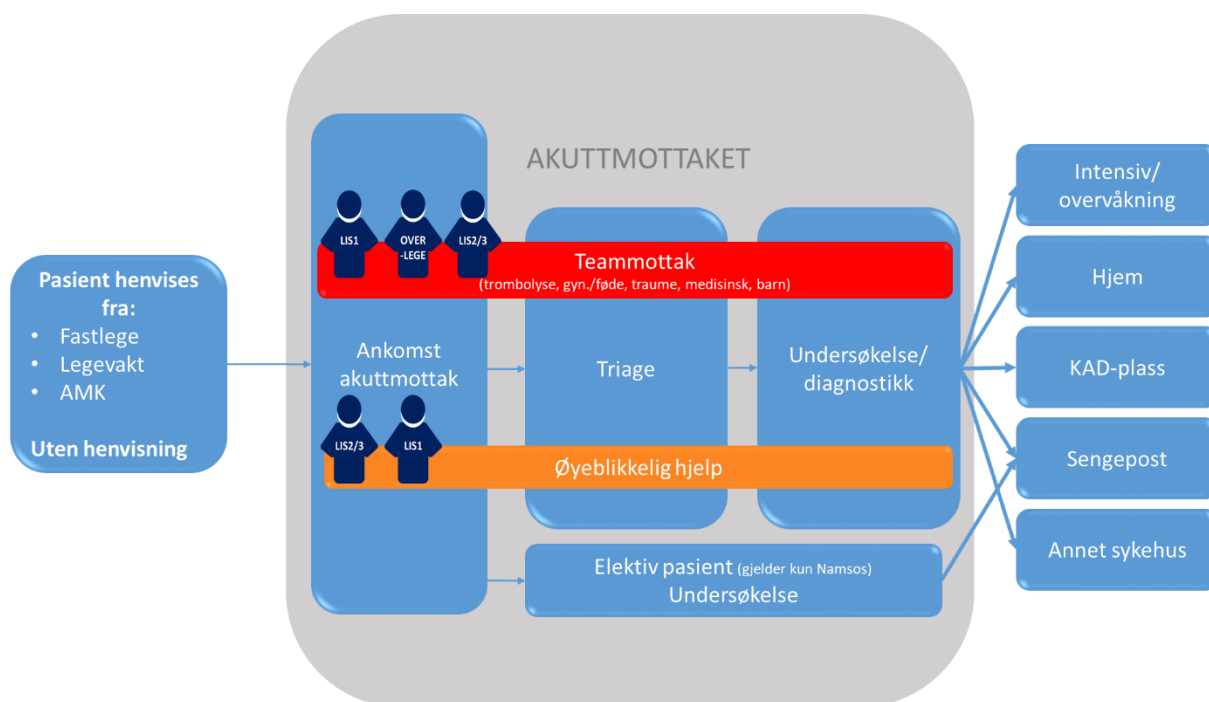
4.3.1. Pasientforløp

Det er noe ulikt hvilke pasientgrupper som kommer til akuttmottakene ved de to sykehusene. Dette illustreres i tabellen under.

Hvilke pasientgrupper kommer til akuttmottaket	Namsos	Levanger
Øyeblikkelig hjelp	ja	ja
Elektive pasienter	ja	nei
Overflytting fra andre sykehus	ja	nei
Pasienter med åpen retur	ja	ja
Kreftpasienter som legges inn etter onkologisk vurdering i poliklinikk	ja	ja
Polikliniske øyeblikkelig hjelp pasienter i deler av døgnet	ja	ja

Tabell 2: Pasientgrupper i akuttmottaket

Kartlegging viser at pasienter som får gul og grønn triage ved mottak kan vente i flere timer på avklaring uten overvåking. Daglig ligger pasienter i korridor med begrenset mulighet for å tilkalle helsepersonell. Dette utfordrer pasientsikkerheten. Gjennomsnittlig liggetid i akuttmottaket er 2,5 timer.



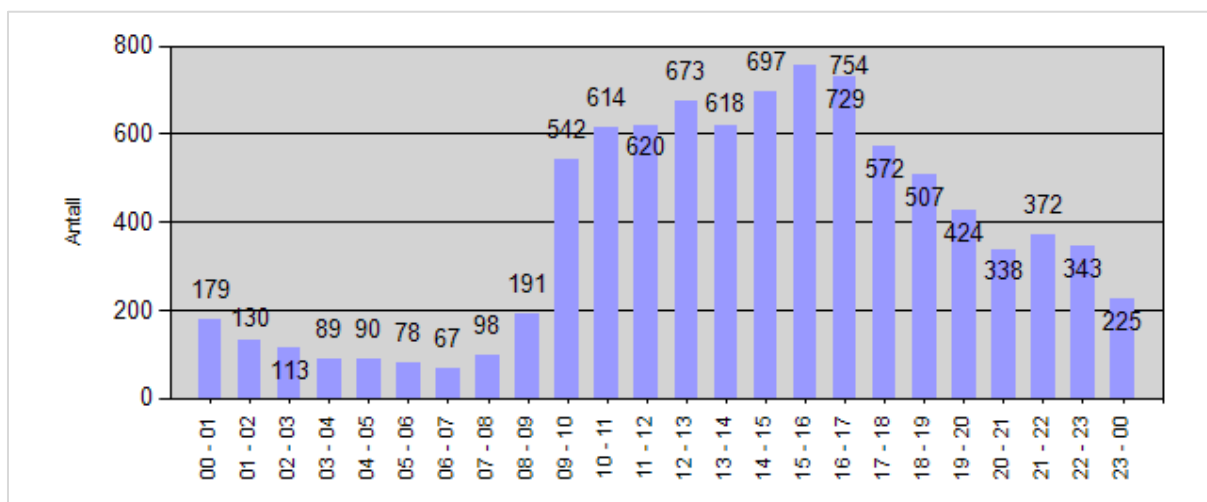
Figur 1: Nåsituasjon pasientflyt

Pasienttilstrømmingen er uforutsigbar og det er stor variasjon i arbeidsmengde gjennom døgnet og uka. Hovedmengden av pasientene kommer mellom kl. 12.00 og 20.00, og cirka 50 % av pasientene som kommer til akuttmottaket henvises til Klinik for medisin og rehabilitering (medisinske avdelinger).

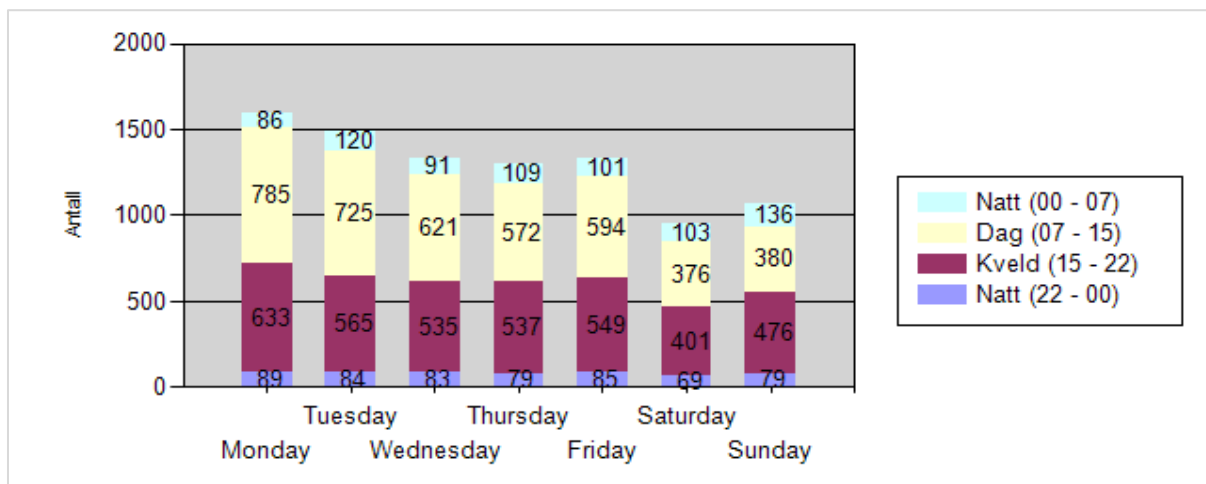
HNT har ikke system for «alternativ til innleggelse», det er heller ikke utarbeidet forløp for pasienter som er «halv-øyeblikkelig» (dvs. har behov for vurdering av spesialisthelsetjenesten, men kan vente til neste dag).

4.3.2. Aktivitet Sykehuset Namsos

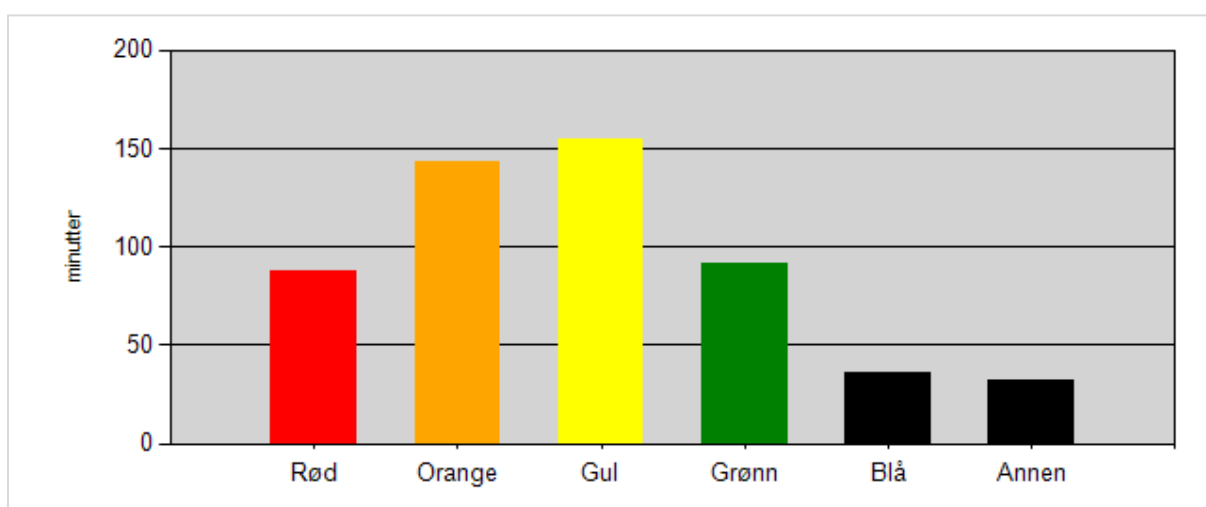
Akuttmottaket ved Sykehuset Namsos mottar rundt 9 000 pasienter pr. år. Dette tallet inkluderer elektive og polikliniske pasienter.



Figur 2: Antall pasienter pr. klokke 2019, akuttmottaket SN (kilde: ADB)



Figur 3: Antall pasienter pr. skift ved Sykehuset Namsos, 2019 (kilde: ADB)



Figur 4: Oppholdstid pr triagegrad i akuttmottaket ved Sykehuset Namsos, 2019 (kilde: ADB)

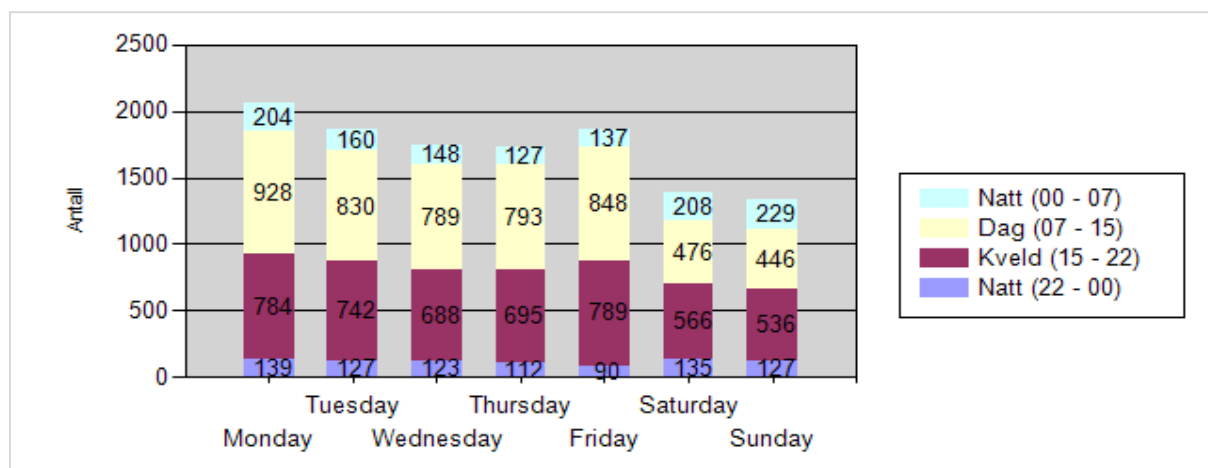
Hastegrad	Snitt (minutter)	Antall	N	%
Rød	88	714	723	98.8 %
Orange	143	2005	2008	99.9 %
Gul	155	3650	3661	99.7 %
Grønn	92	2253	2268	99.3 %
Blå	36	116	117	99.1 %
Annen	32	93	94	98.9 %
Total		8831	8871	99.5 %

N = Antall registrerte pasienter totalt

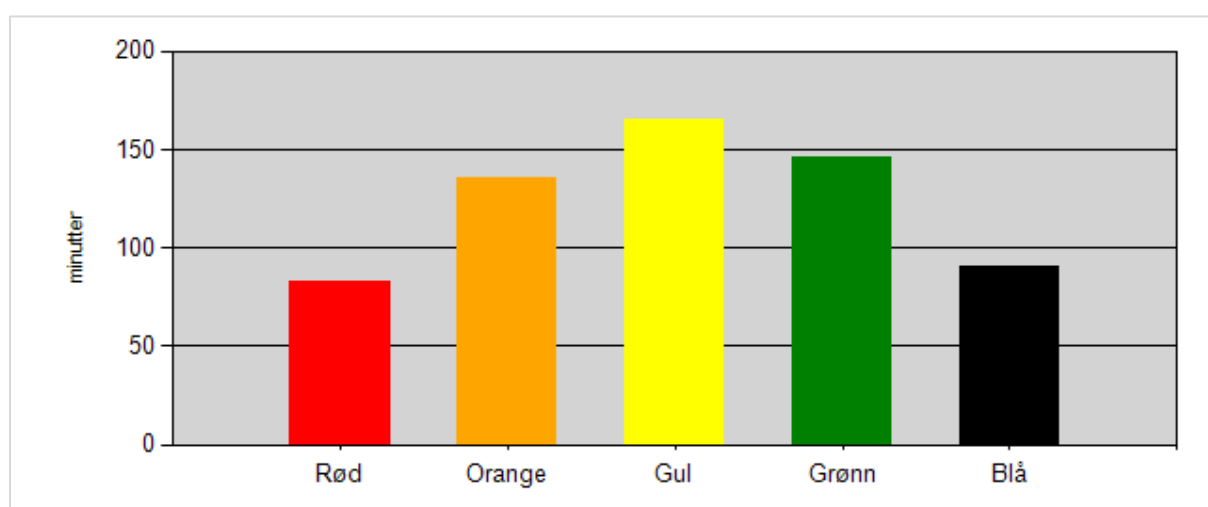
Tabell 3: Oversikt over antall pasienter i akuttmottaket fordelt på hastegrad, Sykehuset Namsos, 2019 (kilde: ADB)

4.3.3. Aktivitet Sykehuset Levanger

Akuttmottaket ved Sykehuset Levanger mottar rundt 12 000 pasienter pr år. I tillegg mottar kirurgisk poliklinikk cirka 10 000 øyeblikkelig-hjelp-pasienter. En del av disse behandles i akuttmottaket.



Figur 5: Antall pasienter inn pr. skift 2019 Sykehuset Levanger (kilde: ADB)

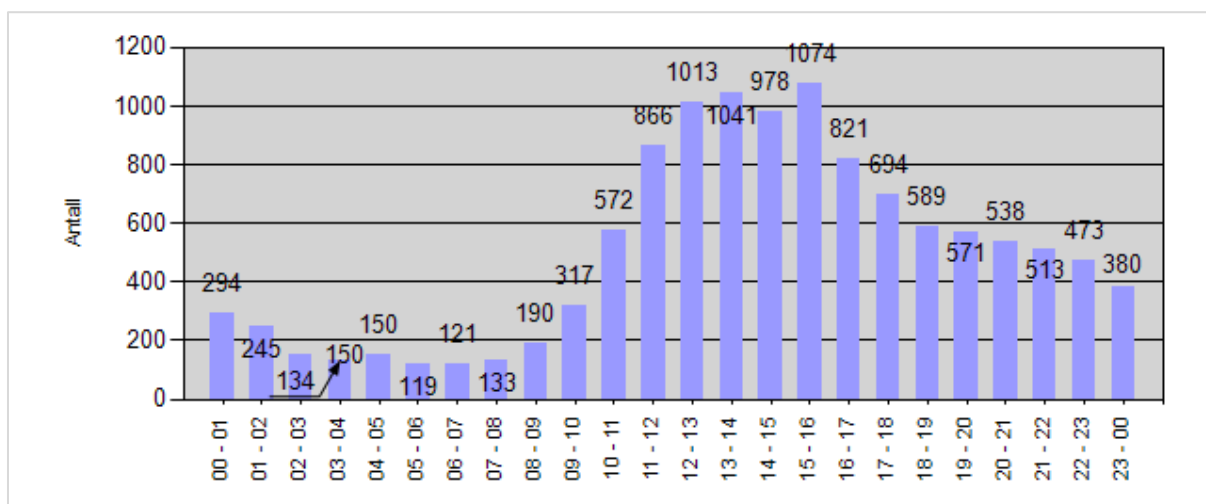


Figur 6: Oppholdstid pr triagegrad, Sykehuset Levanger (kilde: ADB)

Hastegrad	Snitt (minutter)	Antall	N	%
Rød	83	1300	1304	99.7 %
Orange	136	4265	4267	100.0 %
Gul	165	4567	4594	99.4 %
Grønn	146	1071	1122	95.5 %
Blå	90	591	601	98.3 %
Total		11794	11888	99.2 %

N = Antall registrerte pasienter totalt

Tabell 4: Oversikt over antall pasienter i akuttmottaket fordelt på hastegrad, Sykehuset Levanger, 2019 (kilde: ADB)



Figur 7: Antall pasienter pr. klokke time 2019 Sykehuset Levanger (kilde: ADB)

4.4. Areal

Arbeidsoppgaver og pasientforløp påvirkes av samarbeidende enheters drift og lokasjon, dette gjelder hovedsakelig laboratorietjenester, billediagnostikk, poliklinikker, legevakt, ISS, AMK og kommunikasjonssentral.

Akuttmottakene påpeker at dagens areal begrenser mulighetene for optimal drift og utvikling. Akuttmottakene har i dag arealmessige utfordringer for god nok håndtering av pasienter som skal isoleres av smittevern hensyn.

4.4.1. Sykehuset Namsos

Akuttmottaket ligger perifert i forhold til andre funksjoner på sykehuset, med avstand til laboratorium, billediagnostikk og kirurgisk poliklinikk. Potensialet i utnyttelse av felles ressurser med poliklinikk, både med tanke på lokaliteter og personell, er ikke optimalt med dagens beliggenhet. Akuttmottaket har fem pasientrom, derav to akuttstuer. Den ene akuttstuen har takhengt røntgen. Korridoren brukes daglig til mottak og triagering av pasienter. Vaktrommet er svært lite og brukes både som arbeids- og pauserom. Sekretær og sykepleiekoordinator har arbeidsplass i tilknytning til vaktrommet. Støtterom er små og uhensiktsmessig utformet.

Legevakt er lokalisert nært akuttmottak med felles ventesone. Dagens legevaktareal er ikke egnet for mottak av pasienter på båre og legevakten benytter i mange tilfeller akuttmottakets areal til mottak og behandling. Nærheten medvirker også til at «gråsoner»-pasienter i større grad kommer til akuttmottak i stedet for til legevakt.

4.4.2. Sykehuset Levanger

Akuttmottaket er hensiktsmessig plassert i sykehuset med nærhet til mange samarbeidende enheter som laboratorium, billediagnostikk og kirurgisk poliklinikk. Akuttmottaket har åtte pasientrom, derav to akuttstuer. Vaktrommet er et kombinert arbeids- og pauserom, og er plassert sentralt i inngangspartiet til akuttmottaket. Kommunikasjonssentralen er plassert vegg i vegg med vaktrom. Akuttmottaket har ikke venterom, korridor brukes som ventesone. Byggearbeidet for etablering av CT og skjelett-lab tilknyttet akuttmottaket er startet. Dette vil bedre tilgang til radiologi, samtidig medfører dette en reduksjon i antall pasientrom for akuttmottaket.

4.5. Brukerundersøkelse

For å kunne vurdere endringer etter implementering av tiltak i fase 2, ble det gjennomført en brukerundersøkelse (baseline) blant pasienter i akuttmottak. Spørsmålene ble utarbeidet på bakgrunn av tilsvarende spørreskjema fra britiske helsemyndigheter (Bos 2016) og Folkehelseinstituttets (FHI) kortversjon (somatikk)², og Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak (Helsedirektoratet). Utvikling av spørsmål og beskrivende analyse er gjort i samarbeid med Avdeling for fag og teknologi og Forskningsavdelingen.

Pasientene ga tilbakemelding ved å svare på en anonym Questback-undersøkelse. Nettbrett ble benyttet som verktøy, og pasientene svarte på undersøkelsen like før de forlot akuttmottaket.

Sykepleier veiledet pasienten i praktisk gjennomføring av undersøkelsen i forkant. I akuttmottaket på Levanger besvarte alle pasienter spørsmålene uten at helsepersonell var til stede i rommet. I akuttmottaket i Namsos bisto helsepersonell en del av pasientene når de skulle besvare spørsmålene.³ Resultatene viser at pasientene som deltok i undersøkelsen er overveiende fornøyd.

Oppsummering:

- Det deltok henholdsvis 101 og 103 pasienter ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Gjennomsnittsalder var 59,8 år (fra 4 til 97 år). Det var en større andel av pasientene ved Sykehuset Namsos som var 60 år eller eldre (10 %)
- Andelen kvinner var 44 %.
- Nesten alle pasientene (cirka 95 %) ved begge sykehusene mente at behandlingen de fikk i akuttmottaket i stor/svært stor grad var tilfredsstillende.
- Over 90 % av pasientene opplevde i stor/svært stor grad at de fikk tilstrekkelig informasjon, at lege og sykepleier tok dem på alvor og snakket med dem slik at de forsto.
- Organisering og utstyr var rapportert positivt (cirka 90 %) ved begge sykehus. Det betyr at det kan være vanskelig å måle endringer/forbedringer ved statistisk prosesskontroll etter at nye tiltak er iverksatt.

Mulige forbedringsområder:

- Cirka halvparten av pasientene hadde smerter, hvorav omlag en tredjedel anga at de «ikke i det hele tatt/i noen grad» fikk hjelp for smertene.
- Flere ble undersøkt av lege innen 0-15 min ved Sykehuset Namsos enn ved Sykehuset Levanger (45 % mot 22 %).
- Ved Sykehuset Namsos svarte 14 % at helsepersonell var til stede hele tiden, ved Sykehuset Levanger svarte 9 % at helsepersonell var til stede hele tiden.

Se *vedlegg 3* for resultat fra undersøkelsen.

4.6. Samhandling med primærhelsetjenesten

Pasienter som kommer til akuttmottaket er i hovedsak henvist fra fastlege og legevakt. I samarbeid med samhandlingssjef i HNT er det kartlagt avtaler og samarbeidspunkt mellom HNT og primærhelsetjenesten, som har betydning for pasientflyten i akuttmottaket.

² FHIs generiske kortversjon: <https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/sporreskjemabanken/brukererfaringer-kortversjoner-tilpasset-ulike-grupper/>

³ Pasienter som utløste team-mottak ble ikke inkludert i undersøkelsen.

Prosjektrapport «Fremragende akuttmottak HNT»

I prosesskartleggingen kom det frem hva som fungerer bra og hvor det er forbedringsområder med tanke på samhandling på tvers av omsorgsnivå.

Sammen med samhandlingssjef og medisinsk faglig rådgiver i HNT er det avholdt møter for å presentere prosjektet og funn fra kartlegging. Vi ba også om innspill på hvordan tjenesten i akuttmottaket oppleves fra primærhelsetjenesten sitt perspektiv.

Det er gjennomført følgende møter med primærhelsetjenesten⁴:

- Levanger kommune
- Steinkjer interkommunale legevakt (region)
- Innherred interkommunale legevakt (region)
- Legevaktsamarbeid i Namdalen (LINA)

Her følger en oppsummering over funn og innspill som er diskutert:

Områder	Funn og innspill
Avtaleverk	• Det kommer frem i møtene at samhandling på overordnet nivå fungerer bra, men at kunnskap om avtaler og informasjon fra samarbeidsfora i mindre grad når ut i klinisk fagfelt. • Av seksjonsledere ved akuttmottakene er det avdekket at det pr. i dag mangler formelle samarbeidsmøter på lokalt nivå mellom legevakt og akuttmottak. • Mye handler om å forholde seg til eksisterende samarbeids- og tjenesteavtaler (Tjenesteavtale 3 og 5). • Det stilles spørsmål fra en legevaktregion hvorvidt Tjenesteavtale 12 (Samarbeid om kvalitetsforbedring- og pasient og brukersikkerhet og rutiner for avvikshåndtering og forbedringsarbeid) fungerer. Det vises til møtepunkt som ikke avholdes, og få avvik / forbedringsmeldinger.
Henvisning	• Primærhelsetjenesten har plikt til å melde. Det er viktig for arbeidet i akuttmottak at pasienten er henvist ved ankomst, så fremt det er mulig. • Behov for tydeligere kommunikasjon av at pasienten tas imot til vurdering i spesialisthelsetjenesten, ingen automatikk i at dette nødvendigvis fører til en innleggelse. • Pasienten skal meldes til akuttmottak, og akuttmottak må beslutte eventuell avdeling for innleggelse.
Konferere	• Primærhelsetjenesten har mulighet til å konferere. • Primærhelsetjenesten opplever at det kan være vanskelig å nå «riktig» person ved behov for konferering. Det fungerer relativt bra mot medisinske spesialiteter, men meget vanskelig å få tak i kirurg / ortoped i vakt på telefon (kan være opptatt på operasjon). • Erfarne primærleger opplever det uhensiktsmessig å konferere med LIS1, de har behov for å bli satt i konferanse med erfaren lege på en rask og enkel måte. • Lege i akuttmottak opplever at det er vanskelig å få tak i fastlege eller legevakt ved behov for konferering om henvist pasient.

⁴ Prosjektet lyktes ikke med å få til et møte med Værnesregionen og Namsos kommune som del av fase 1.
Prosjektrapport «Fremragende akuttmottak HNT»

Avklaring	• Primærhelsetjenesten ga innspill på at det har vært tilfeller der pasienter er vurdert i akuttmottaket og sendt tilbake til hjemmet / institusjonsplass uten behandlingsplan. Dette er krevende for kommune og pasient. • Elektroniske dialogmeldinger er et verktøy med potensiale for økt bruk, det vil kunne lette informasjonsflyten mellom behandlere på ulike nivå. • I tillegg til PLO-melding med «<i>innlagt pasient</i>» er det behov for å kunne sende melding om «<i>pasient til vurdering</i>».
Kronikere – hyppig innleggelse	• Primærhelsetjenesten formidler at pasientene ofte opplever omstendelige journalopptak i akuttmottak før de overflyttes til en kjent sengepost. Dette er kjent også for akuttmottakene. • Hvis pasienten får en lav triage, så vil det kunne medføre lang liggetid i akuttmottaket før overflytting til en sengepost hvor pasienten er godt kjent.
KAD-plasser	• Beleggsprosent for senger er på landsbasis 40 %. • Med utgangspunkt i dette, samt at enkelte pasienter som kommer til akuttmottaket kunne unngått innleggelse i sykehus hvis muligheten for KAD var et alternativ, fremmer HNT spørsmålet om det kan åpnes for at leger i spesialisthelsetjenesten kan legge inn avklarte pasienter fra akuttmottak på KAD-plass. • Primærhelsetjenesten uttrykker at de utnytter sine KAD-plasser på en god måte, og at de ønsker å opprettholde «råderetten» på plassene da det er kommunelege / legevakt som vil få ansvaret for pasient innlagt på KAD-plass. • Fra noen kommuner fremholdes det at om en slik avtale skal gjøres, så må det avklares med «lege til lege-vurdering». • Steinkjer kommune beskriver økning i beleggsprosent etter samlokalisering av KAD-plasser fra flere kommuner i det nye Helse- og beredskapshuset.
Pasientforløp	• Primærhelsetjenesten sier at det kan være vanskelig å ha kjennskap til sykehusets rutiner for diagnostikk og avklaring av pasienter. Det er behov for å utarbeide pasientforløp i samarbeid med primærhelsetjenesten
Arena der leger kan møtes	• Dette oppleves som utfordrende å skape arenaer der leger kan møtes. Enkelte antar at møter med faglig fokus vil bidra til at oppmøte prioriteres. Felles møtepunkt vil kunne være nyttig for gjensidig kompetanseutveksling og forståelse. • Hospitering på tvers av nivå fremmes også som et forslag fra HNT. • HNT: Er det et alternativ at akuttmottaket er et tjenestested ved spesialisering i allmennmedisin ?
Alternativ til innleggelse	• HNT spurte primærhelsetjenesten om de tror at innleggelser i sykehus kan reduseres hvis HNT etablerer alternativ til innleggelse som for eks. polikliniske timer påfølgende dag for de som kan vente, mulighet for avklaringsenhet, samhandlingstelefon. • En av de erfarne fastlegene tror at 20 % av pasientene kan avklares uten at innleggelse er nødvendig.

4.7. Helseplattformen

Prosjektet har påbegynt arbeidet med å se på muligheter og begrensninger ved innføring av Helseplattformen. Underveis i prosjektet ble det klart at fremdriften i det regionale prosjektet tilsier at det må forventes å gjøre en nærmere vurdering av dette punktet i mandatet. Dette ble vurdert og besluttet av styringsgruppa 29.1.29. Det er utarbeidet et notat som kort beskriver det som antas å komme med innføringen av dette verktøyet. *Se vedlegg 4.*

4.8. Spesialitet i akutt- og mottaksmedisin (AMM)

Bakgrunnen for at HNT ikke har prioritert spesialisering i AMM er kartlagt i samtale med fagsjef. Ved etablering av ny spesialistutdanning for leger i 2014, vurderte HNT at det ikke var behov for egne AMM-spesialister i foretaket. Det var heller ønskelig å prioritere flere overlegestillinger som kunne knyttes opp til akuttmottakene.

For å samle et kunnskapsgrunnlag for å kunne ta stilling til om AMM bør vurderes på nytt i HNT er følgende gjort:

- Anestesioverlege Kristin Åkerøy ble invitert i møte for å bidra med sin kompetanse. Åkerøy representerte norske småsykehus og Helse Midt Norge RHF i en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet i 2015, med det oppdrag å utarbeide læringsmål for AMM-spesialiteten.
- AMM har vært et tema ved alle studiebesøk. Våre studiebesøk har gått til sykehus som er i front på utvikling av akuttmottak. Hos disse akuttmottakene har AMM-spesialiteten vært etablert eller under etablering. På denne måten har prosjektet ervervet seg ytterligere innsikt i spesialiteten.
- Temaet har vært diskutert i prosjektgruppa, og prosjektgruppemedlem og spesialist i AMM, Lars Erik Laugsand, har bidratt med sin kunnskap og erfaring.

Kilde	Innspill
Møte med Åkerøy	Vi fikk innblikk i bakgrunnen for innføringen av spesialiteten, uenigheten innad i fagmiljøene under prosessen, styrker ved AMM, utfordringer opp mot andre spesialiteter, og utfordringer med tanke på vaktteam for mindre sykehus. <i>Se vedlegg 5.</i>
Studiebesøk	• Man oppfatter at de fleste sykehus der AMM er etablert eller er under etablering, anser at AMM er den spesialiteten som er best egnet til å lede et akuttmottak. • Noen akuttmottak har overleger i medisinsk spesialitet med daglig arbeidsted i akuttmottaket, og anser overlegekompetansen som det mest avgjørende. • Ved de sykehusene vi besøkte var AMM en del av medisinsk vaktteam, med unntak av St. Olavs hospital som hadde egne vaktteam med AMM-spesialister i mottakelsen på dagtid.
Diskusjon i prosjektgruppa	• Noen mener at AMM <i>vil</i> være et tiltak for å styrke akuttmottaket, andre mener at AMM <i>kan</i> være et tiltak for å styrke akuttmottaket, mens noen mener at AMM <i>ikke</i> vil være tiltak som styrker akuttmottaket. • For HNT kan det være mulig å dra nytte av et regionalt samarbeid med St. Olavs for å etablere spesialiteten.

	• For å lede daglig drift av akuttmottaket kan det være nødvendig med stedlig arbeid av overlege, AMM-spesialist vil her være den med mest relevant kompetanse. • Spesialist i AMM vil kunne gi veiledning av medisinstudenter og LIS i akuttmottaket. • Det stilles spørsmål til om mindre sykehus har tilstrekkelig med arbeidsoppgaver for utdanning av LIS, ved etablering av flere spesialiteter. • Noen stiller seg tvilende til at det er et behov for AMM-spesialiteten, og mener at det urealistisk å innføre denne. • Noen mener at innføring av AMM er realiserbart og nødvendig for å styrke akuttmottaket, men må bygges opp over tid.
--	---

Tabell 5: Oversikt over innspill vedrørende spesialitet i AMM

Prosjektet anbefaler at HNT på nytt vurderer om spesialitet i AMM er aktuelt og gjennomførbart for foretaket.

4.9. Innhenting av kunnskap fra andre foretak

I dette kapitlet vil vi oppsummere innspill og kunnskap hentet fra andre foretak. Det ble gjort et bredt forarbeid hvor alle i prosjektgruppa hadde mulighet til å komme med innspill til hvilke foretak prosjektet burde besøke.

For å høste mest mulig erfaring prioriterte prosjektet å gjennomføre studiebesøk til sykehus som har gjennomført endringer, følgende sykehus ble valgt:

- St. Olavs Hospital HF
- Sykehuset Østfold Kalnes
- Universitetssykehuset i Stavanger
- Nordlandssykehuset Bodø
- Haukeland Universitetssykehus

Alle prosjektgruppemedlemmene har deltatt på én eller flere turer. Noen kombinerte studietur til Haukeland med Nasjonal Konferanse i Akutt - og Mottaksmedisin.

Med unntak av Nordlandssykehuset Bodø, har prosjektet besøkt store universitetssykehus. Det ble erfart at små og store sykehus har de samme utfordringene uavhengig av størrelse, og at tiltaksområdene er de samme. Se *vedlegg 6* for detaljert oppsummering av alle studiebesøkene.

Helse Møre og Romsdal (HMR) har utført et arbeid opp imot etablering av korttidspost i nytt sykehus. Prosjektledelsen har hatt to Skype-møter med ressurser fra Hemit som var involvert i dette arbeidet. Det er mange erfaringer og innspill fra arbeidet i HMR som kan være nyttig i fase 2 av «Fremragende akuttmottak». Se *vedlegg 7* for sluttrapporten fra HMR.

Orkanger er i gang med samlokalisering av akuttmedisinske tjenester for spesialist- og primærhelsetjeneste, hvor akuttmottak, legevakt, observasjonssenger og KAD-plasser blir etablert i samme areal. Dette kan også være av interesse i fase 2.

Innspill:

- Økt legekompentanse i front fremheves som det avgjørende tiltaket, hvor erfaren LIS2/3 eller overlege har ansvar for initial vurdering av pasient.
- Etablering av system for alternativ til innleggelse anses som nødvendig, som f.eks. observasjonspost / avklaringspost, akutt poliklinikk.
- Definere volumgrupper av pasienter som kan avklares på observasjonspost, eller styres til poliklinikktime påfølgende dag.
- Det er fokus på å styrke sykepleiekompetanse med systematisk fagarbeid.
- Scenariotrening med tanke på teammottak av akutt kritisk syke har prioritet. Noen sykehus prøver ut «teammottak» på alle pasienter, dvs. sykepleier, LIS1 og erfaren lege går inn sammen til pasient.
- Samarbeid på tvers av profesjon og avdelinger fremheves.
- Det er variasjon i organisatorisk plassering av akuttmottakene. Det fremheves at stedlig arbeidsted i akuttmottaket og tilhørighet i linjeledelse for beslutningstaking er av betydning for medisinsk faglig ansvarlig i akuttmottaket.
«Grenspesialistene eier pasientforløpene, men akuttmottaket må eie organisering av arbeidet i akuttmottaket» (Siri Lerestøl Olsen, avdelingsoverlege Akuttmottaket Stavanger).

Helseforetak		St. Olavs	Kalnes	Bodø	Stavanger	Haukeland
Område		Befolkningsgrunnlag 310 000	Befolkningsgrunnlag 297 000	Befolkningsgrunnlag 84 000	Befolkningsgrunnlag 333 000	Befolkningsgrunnlag 380 000
Kompetanse i front	Lege	Daglig ledelse AMM-overlege. AMM, 8 overleger og 4 LIS. Legekompetanse er avgjørende	Daglig ledelse medisinsk overlege. 6 overleger bemanner AM. Medisinere, 2 AMM.	Ingen leger tilsatt i AM, tilhører respektive klinikker. Medisinsk overlege daglig arbeidsted. 4 i AMM-løp. Overlege i front på dagtid.	Overleger er tilsatt i egne klinikker. Grenspesialister er teamledere på dagtid. 1 AMM i front. AMM-leger ansvarlig for organisering i AM, grenspesialitetene eier pasientforløpene.	Overlege i front. Leger ansatt i mottaksklinikken
	Sykepleier	KITS og ALMS kurs sammen med leger og ambulanse. Videreutdanning akuttisykepleier. Sykepleiere alternerer mellom AM og AMK, eller AM og observasjonspost	Sykepleiere starter oftest på obsposten, før de etter hvert går over til AM. Ingen rulling. Rekrutteringsstillinger i akuttisykepleieløp. Fagdag i turnus 6.hver uke	Sykepleiere ruller mellom AM og AMK, eller AM og obsposten. Behov for akuttisykepleiere. Kursdag i turnus 8.hver uke.	Kompetansestige	Noen sykepleiere ruller med AMK
	Andre profesjoner	Helsefagarbeidere Helsesekretær	Helsesekretær. Helsefagarbeidere. Jobbgidning fra sykepleier til helsesekretær.	Helsesekretær	Helsesekretær	Helsesekretær
Alternativ til innleggelse		Akutt poliklinikk 2 x avklaringsenhet: 5 timer (stol) og 24 timer (seng)	Akutt poliklinikk Obs.post 22 senger, 4 korttidssenger.	Observasjonspost 12 senger /24 timer (fleksibel). Mangler system for ø-hjelps timer.	Akutt poliklinikk og avklaringspost	Obs.post 20 senger (24 timer). Sengepost 23 + 18 senger. Geriatrisk og kirurgisk profil. Diagnostisk senter
Pasientforløp		JA Brystsmerter Magesmerter DVT Tungpust Svimmelhet	JA DVT Brystsmerter Magesmerter Akutt appendicitt	Har ikke standardiserte pasientforløp, men følgende diagnoser som går til obs.post: Brystsmerter Nyrestein Gallestein Atrieflimmer med el.konvertering Syncope Intox Commotio Lette infeksjoner Akutt appendicitt	System for hvilke pasienter som avklares på akutt poliklinikk eller i avklaringsenhet.	Tungpust System for hvilke pasienter som avklares på diagnostisk senter, akutt poliklinikk eller i avklaringsenhet.
Samhandling		Samhandlingstelefon Facebookgruppe Egne samhandlingsmøter Utvikle pasientforløp sammen med fastlegene som legges i NELL.	Overlege i AM har konferansetelefon, i tillegg til spesialister. Ett nummer inn til sykehuset. Partnerskapsmodellen. KAD-sløyfe (LV sørger for KAD plass før pasienten vurderes i AM)		Konferansetelefon	Konferansetelefon til spesialister, men ikke satt i system i AM

Organisatorisk og administrativt	Kapasitetsmøter med klinikker og beleggsadministrator. Fullt sykehus-prosedyre - eskaleringsplan.	Styrer pasienter etter triage. Gul og grønn til LV, rød og orange til AM. 3 sykepleiere styrer logistikk til enhver tid. Triagespl/vaktansvarlig / flytkoordinator. Plan for høyaktivitet.	Mottar ø.h. Med.pol hele døgnet, kir.pol på vaktid.	Plan for høy aktivitet. Smart crowding-app. Kapasitetsmøter hver morgen.	Plan for høy aktivitet.
Areal	10 behandlingsrom 4 akuttrom 12 plasser i triagesal	19 mottakssenger Triagesal	6 mottaksrom Triagesal	Triagesal Mottaksrom	Triagesal 6 senger + 2 stoler Mottaksrom
Tips	Månedlig rapportering til direktør på aktivitet. Unngå silotenkning - samarbeid på tvers. Tenk fra døgnet til dag.	Oversikt over aktivitet IMATIS. Store skjermer sentralt og på telefon. Øke poliklinisk aktivitet i AM for å få flere LIS2-stillinger. Overlege på obs.post.	Ikke definere sengeplasser til spesialiteter. Må drives diagnostikk og behandling i akuttmottak. Ultralydkompetanse er sentralt. Har egne ambulante psyk.team.	Egne kurs for klinisk ledelse. Ved nybygg - trekkspill mottak. Team-mottak på «ordinære» innleggelser, med sykepleier, overlege og LIS1- rask avklaring - LIS 1 tar opp journal. Definert brytningspunkt på 100 pasienter/døgnet. Har rus-akutt team. Tenk samarbeid på tvers av avdeling og profesjon.	80 % av pasientene skrives ut fra mottaksklinikken. Rusakutt enhet i samarbeid mellom AMM og psyk.

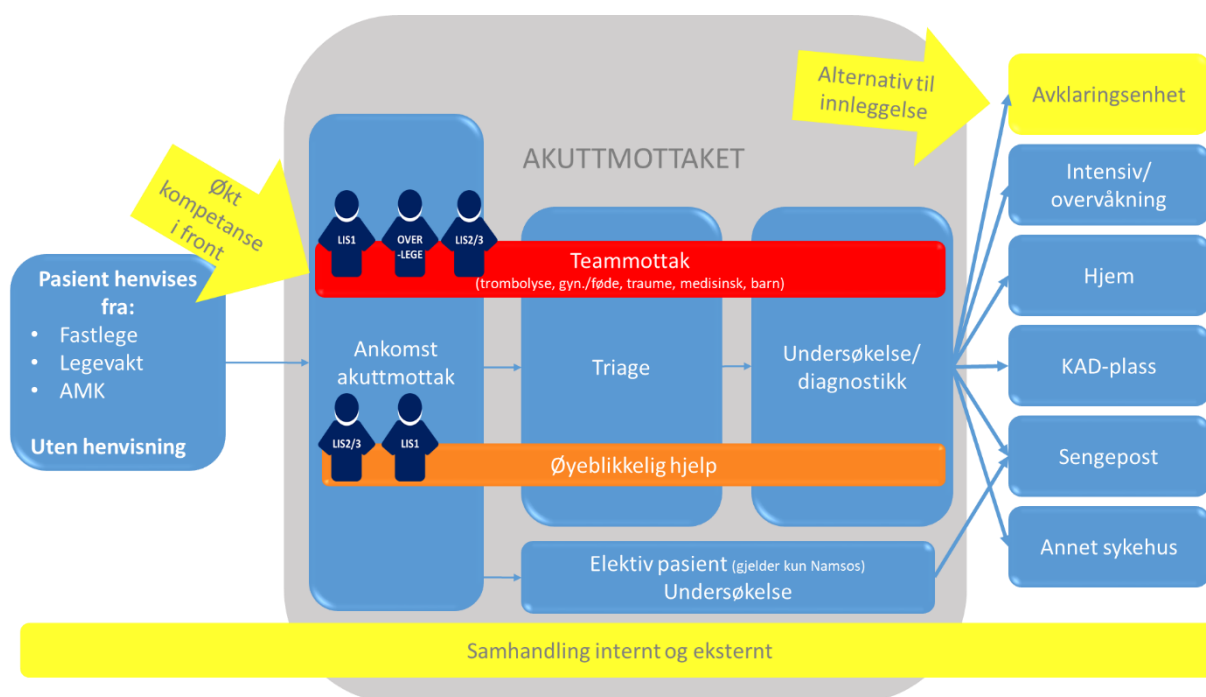
5 Anbefalinger

«Fremragende akuttmottak» i Helse Nord-Trøndelag skal yte trygg helsehjelp. Det må sikres at man samhandler godt om håndteringen av pasienter med mistenkt akutt alvorlig sykdom og skade. Akuttmottakene skal sikre at pasientene får rask og presis diagnostikk og rett behandling på rett sted til rett tid. Det er viktig at pasientbehandlingen utføres på en ressurseffektiv måte med god faglig kvalitet og god brukertilfredshet. Det skal legges til rette for utdanning og forskning.

I dette kapitlet presenteres tiltaksområdene som det anbefales å gå videre med i fase 2. Prosjektet peker på tiltaksområder hvor det er samsvar mellom kartleggingsarbeidet som er utført lokalt ved begge sykehus, innspill fra prosjektgruppemøter, innspill fra møter med primærhelsetjenesten og anbefalinger som vi har fått på studiebesøk.

Det har kommet innspill i kartleggingsarbeidet som ikke omfattes av tiltaksområdene, disse oppsummeres i siste del av kapittel 5.

I og med at Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos er ulike i størrelse og har ulike forutsetninger, skal tiltaksområdene konkretiseres og tilpasses lokalt i fase 2.



Figur 8: Forslag til pasientflyt

Tiltaksområde 1:	Økt kompetanse i front
	1. HNT bør avklare hvordan legetjenesten kan organiseres slik at pasienter initialt får vurdering av erfaren lege sammen med LIS1. 2. Prosjektet anbefaler at HNT på et overordnet nivå vurderer om spesialitet i AMM er aktuelt og gjennomførbart for foretaket 3. 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. 4. HNT bør arbeide for at det etableres et tilbud om videreutdanning i akuttsykepleie i regionen.
Merknad	
	• Vedrørende punkt 1 (legetjenesten) har det kommet motforestillinger i prosjektgruppa med bakgrunn i ressurstilgang på kompetanse (bemanningsutfordring), hensiktsmessig disponering av spesialister og personell i henhold til vaktplaner, samt optimalisering av spesialistløp for LIS2/LIS3. • Vedrørende punkt 2 er det uenighet i gruppa om betydningen av AMM og om det er realiserbart. Det er enighet om at dette må avklares på et overordnet nivå i HNT.

Tiltaksområde 2:	God samhandling med alle involverte aktører i pasientforløpet
Primærhelsetjenesten:	
	1. Det bør etableres samhandlingstelefon for konferanse mellom spesialisthelsetjenesten og legevakt / fastlege. 2. HNT bør initiere utarbeidelse av samarbeidsavtaler med primærhelsetjenesten med tanke på utnyttelse av KAD senger. 3. Det bør etableres standardiserte pasientforløp for volumgrupper av pasienter som kan avklares uten innleggelse (halv-øyeblikkelig hjelp). 4. Det må gis mulighet for flere alternativer til første PLO-melding. I tillegg til melding om «<i>innlagt pasient</i>» er det behov for å kunne sende melding om «<i>pasient til vurdering</i>». 5. Det bør vurderes etablering av felles møtepunkt på tvers av fagmiljø for fastleger, legevakt og sykehusleger.
Prehospitale tjenester:	
	6. Vurdere om felles kurs for ansatte i akuttmottak og ambulansetjeneste kan være av interesse. 7. HNT bør vurdere potensialet prehospital tjeneste har til å bidra i tidlig diagnostikk og i mottakssituasjon. 8. Det må legges til rette for at avklarte sengeliggende pasienter som skal til institusjon eller hjem, raskt får båretransport.
Inhospitale tjenester:	
	9. HNT må avklare felles forståelse for «øyeblikkelig hjelp» mellom lege, sykepleier, laboratoriemedisin og billediagnostikk slik at det prioriteres riktig ved rekvirering og utførelse av undersøkelser. 10. Det må vurderes om bemanningsplaner er i henhold til aktivitet. 11. Det må sørges for at avklarte pasienter fortløpende går fra akuttmottak til sengepost. 12. Det må avklares hvem som har ansvar for pasienter som avleveres avdeling for billediagnostikk.
Merknad	
	• Vdr. pasientforløp anbefales det å se til St. Olavs (etablere liknende modell).

Tiltaksområde 3:	Etablere system for alternativ til innleggelse
1. Det må legges til rette for at nødvendig diagnostikk og avklaring kan utføres i akuttmottaket. 2. 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). 3. Det må etableres avklaringsenhet.	
Merknad:	
• Dette vil blant annet få konsekvenser for areal og bemanning.	

Tiltaksområde 4:	Etablere system som sikrer optimal pasientlogistikk i akuttmottaket
1. Journalopptak av elektive pasienter skal utføres på sengepost. 2. Journalopptak på pasienter som er avklart av spesialist ved poliklinikk eller overflyttet fra annet omsorgsnivå skal som hovedregel utføres på sengepost. 3. Det må sikres at sykepleiekoordinator ivaretar primæroppgave 24/7. 4. Organisatorisk plassering av Seksjonsansvarlig overlege i akuttmottak bør vurderes, når tiltak økt kompetanse i front er gjennomført. 5. Storskjerm for anonymisert visning av akuttdatabase må anskaffes, dette vil bidra til bedre oversikt over aktiviteten i akuttmottaket for alle involverte. 6. Det bør utarbeides rutinebeskrivelse, definere ansvar og kompetansekrav for leger i vakt. 7. Overordnet prosedyre for aktivitetsstyring i HNT ID 7615 må revideres. 8. Det må utarbeides plan for håndtering av aktivitetsendring (eskaleringsplan).	

Tiltaksområde 5:	Etablere nødvendig og hensiktsmessig areal i henhold til øvrige tiltaksområder
1. Det må sikres nødvendig areal for god pasientlogistikk og god pasientbehandling. 2. Akuttmottakene må ha areal og fasiliteter som gir gode arbeidsforhold for ansatte 3. Det bør kartlegges muligheter for nødvendig tilpasning i og rundt dagens areal, evt. beskrive arealbehovet med tanke på ny plassering av akuttmottaket.	
Merknad	
• Det påpekes at areal behov vil være en konsekvens av tiltaksområde 3. • Akuttmottakene påpeker at dagens areal begrenser mulighetene for optimal drift og utvikling. • Akuttmottakene har i dag arealmessige utfordringer for god nok håndtering av pasienter som skal isoleres av smittevern hensyn.	

Andre innspill som bør vurderes i det videre arbeidet
1. Det har kommet innspill fra Klinikk for psykisk helsevern og rus med tanke på involvering opp imot akutte ruspasienter i fase 2. 2. Akuttmottaket Namsos har behov for farmasøyt. 3. Akuttmottaket Levanger har behov for sekretær.