

Veileder for landsomfattende tilsyn 2007

Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus

Godkjent av Lars E.Hanssen 15. januar 2007

1.	Innledning.....	3
1.1.	Bakgrunn	3
1.2.	Hva tilsynet skal handle om	3
1.3.	Hvordan veilederen skal forstås og brukes	5
2.	Gjennomgående utfordringer knyttet til internkontroll i akuttmottak.....	6
2.1.	Innledning.....	6
2.2.	Internkontroll i akuttmottak	6
2.2.1.	Organisering	6
2.2.2.	Koordinering og styring	6
2.2.3.	Personell- og kompetansestyring	7
2.2.4.	Kommunikasjon og samhandling.....	8
2.2.5.	Retningslinjer, prosedyrer og andre tiltak	8
2.2.6.	Avviksbehandling.....	9
3.	Valgte områder – om forsvarlig pasientbehandling i akuttmottak.....	9
3.1.	Mottak og prioritering av pasienter i akuttmottaket.....	9
3.1.1.	Kort om hvilke pasienter som kommer til akuttmottaket.....	9
3.1.2.	Beskrivelse av området	11
3.1.3.	Forsvarlig mottak og registrering ved innkost	11
3.1.4.	Forsvarlig prioritering	12
3.2.	Undersøkelse og diagnostisering av pasienter	13
3.2.1.	Beskrivelse av området	13
3.2.2.	Forsvarlig undersøkelse og diagnostisering	13
3.3.	Observasjon og medisinsk oppfølging av pasienter i ventetid før overføring til post	17
3.3.1.	Beskrivelse av området	17
3.3.2.	Forsvarlig medisinsk oppfølging, tilsyn, pleie og omsorg av pasienter i ventetid før overføring til post	19
4.	Revisjonskriterier	20
4.1.	Innledning.....	20
4.2.	Revisjonskriterier	21
5.	Planlegging, forberedelser og gjennomføring av tilsynet	25
5.1.	Generelt	25
5.2.	Tilsynsmetodikk	25
5.3.	Tilsynslagene.....	26
5.4.	Tilsynets tidsramme	26
5.5.	Valg av virksomheter	26
5.6.	Adressat for melding om tilsyn og tilsynsrapporter	27
5.7.	Forberedelser og dokumentinnhenting til det enkelte tilsyn	27
5.8.	Intervjuobjekter, intervjuer og verifikasjoner	28
6.	Rapporter.....	30
6.1.	Tilsynsrapport.....	30
6.2.	Regional oppsummeringsrapport	30
6.3.	Nasjonal oppsummeringsrapport.....	30
7.	Vedlegg	30
7.1.	Arbeidsgruppens mandat.....	30
7.2.	Arbeidsgruppens medlemmer	32

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

Statens helsetilsyn har besluttet at hovedtemaet for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2007 skal være:

- Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus

Sykehusenes akuttmottak illustrerer mange aktuelle problemstillinger ved organisering og drift av spesialisthelsetjenester, og tilsynet skal rette fokus på de spesielle utfordringene som fremkommer i en slik virksomhet. Akuttmottak har ulik organisatorisk plassering i sykehusene, og kan være en egen avdeling innenfor en akuttmedisinsk eller medisinsk klinikk/ divisjon, eller også en seksjon i en avdeling.

Uansett organisatorisk plassering vil akuttmottak ha særlige utfordringer med funksjonen som inngangsport til sykehuset. Pasientrelaterte aktiviteter utløses fra sykehusets kliniske avdelinger, og leger som arbeider i akuttmottak har ofte sin styringslinje i ulike avdelinger. Derfor kan det være vanskelig å forene ansvar og myndighet.

Ledelse, organisering og styring av akuttmottak er en utfordring ettersom aktivitetene i sin natur er uforutsigbare. De fleste henvendelser til akuttmottaket gjelder akutte problemstillinger som krever poliklinisk behandling eller innleggelse. Dette stiller særlige krav til kommunikasjon, samhandling og fleksibilitet, spesielt når det er behov for ekstra ressurser og/ eller iverksetting av ekstraordinære tiltak.

1.2. Hva tilsynet skal handle om

Hovedmålet med tilsynet er å undersøke om helseforetakene sikrer forsvarlig mottak, undersøkelse og behandling av pasienter som kommer til akuttmottaket.

Det lå i arbeidsgruppens mandat å avgrense temaet nærmere. Avgrensningen er gjort på bakgrunn av møter med fagmiljøet og med Riksrevisjonen som i 2005 undersøkte akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten. Videre er avgrensningen basert på gjennomgang av 3-3 meldinger og også tilsynsrapporter fra gjennomførte systemrevisjoner i akuttmottak.

For å målrette tilsynet er det valgt ut aktiviteter og prosesser der det er størst risiko for svikt som vil kunne få negative eller skadelige konsekvenser for pasientene. Tilsynet skal omfatte tidsperioden fra pasienten ankommer akuttmottaket til pasienten forlater akuttmottaket.

For å få en struktur i veilederen er det valgt å sortere akuttmottakets prosesser etter en tidslinje med følgende inndeling:

- Mottak og prioritering av pasienter
- Undersøkelse og diagnostisering av pasienter under opphold i mottaket
- Observasjon og medisinsk oppfølging av pasienter i ventetid før overføring til post

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, har sykehus plikt til å motta, undersøke og gi nødvendig behandling til øyeblikkelig hjelp- pasienter. Ved dette tilsynet er kravet til forsvarlig virksomhet,

jf spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 helt sentralt. I veilederens kapittel 3 er forsvarlighetsnormen konkretisert i forhold til de prosesser og aktiviteter som tilsynet omhandler.

I tilsynet skal spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 benyttes, fremfor helsepersonelloven § 16, jf. § 4. Grunnen til dette er følgende presisering i rundskriv I-59/2000: ”Forsvarlighetsnormen etter spesialisthelsetjenesteloven har et mer helhetlig utgangspunkt enn etter helsepersonelloven. Dersom en pasient blir skadet og det enkelte helsepersonell ikke kan bebreides, for eksempel fordi de rutiner som er etablert er uforsvarlige, vil likevel forsvarlighetsnormen i § 2-2 kunne anses overtrådt. Det ligger i forsvarlighetskravet at ledere må etablere systemer som i størst mulig grad sikrer at menneskelig svikt ikke skjer. Dersom svikt først skjer, bør systemet fange dette opp for å begrense skadevirkningene og for å unngå at tilsvarende feil skjer igjen.”

Kravet om forsvarlighet er således også et krav om forsvarlig organisering av virksomheten, som innebærer at det skal gjennomføres organisatoriske og styringsmessige tiltak som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse.

På denne bakgrunn skal det fokuseres på sammenhengen mellom faglige og styringsmessige utfordringer knyttet til oppgaveløsningen i akuttmottaket. Noen utfordringer er spesifikke for enkelte aktiviteter eller prosesser, mens følgende er gjennomgående og felles for alle aktiviteter og prosesser:

- Ledelse, organisering og styring som sikrer faglig forsvarlighet
- Virksomhetens forbedringsarbeid
- Kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell
- Tilstrekkelig kompetanse og forsvarlige vaktordninger

Ved mange helseforetak er akuttmottaket samlokalisert med kommunal legevakt (felles akuttmottak, FAM). Dette har synliggjort en rekke problemstillinger rundt finansiering, styring og ledelse som mange steder fortsatt krever prinsipielle avklaringer. Derfor skal tilsynet avgrenses til ikke å omfatte den kommunale legevakten.

De enkelte helseforetakene har i varierende grad etablert såkalte observasjonsposter i tilknytning til akuttmottaket, eventuelt i andre lokaler. Det varierer om personellet som jobber i observasjonsposter også jobber i akuttmottaket eller andre enheter i sykehuset. Videre er det ulikt hvordan observasjonspostene brukes i pasientbehandlingen. Tilsynet skal derfor ikke inkludere pasientbehandling i observasjonsposter.

En del av akuttmottakets virksomhet er knyttet til store og dramatiske hendelser, som for eksempel store ulykker. For de fleste større sykehus vil dette utløse særlige innsatsgrupper, der det til dels arbeides etter standardiserte retningslinjer. Det er Helsetilsynets vurdering at dette synes å være såpass godt ivaretatt at det ikke representerer en stor organisatorisk risiko, og er derfor ikke en del av tilsynet. Tilsynet skal fokusere på de daglige situasjoner med tilfeldig opphopning og ekstra belastning, altså på hvordan ”hverdagskrisene” og samtidighetskonfliktene håndteres.

I akuttmottak er det mange ulike pasientkategorier, og dermed også mange ulike legespesialister som yter helsetjenester.

Pasienter med uavklarte diagnoser er valgt som kasus for å undersøke hvordan virksomheten i akuttmottaket fungerer. Dette kan være pasienter med ulike typer symptomer som for eksempel

ryggmerter, magesmerter, bevisstløshet, uklarhet, kvalme. Det er ofte eldre pasienter med svikt i flere organer. Disse pasientene representerer en større utfordring for akuttmottaket, både faglig og organisatorisk enn mange andre pasientkategorier, som for eksempel pasienter med multitraumer eller mistanke om hjerteinfarkt. For de sistnevnte pasientgruppene er behandlingsforløpet godt planlagt og organisert med rask overføring til relevante avdelinger i sykehuset.

Legene er ikke organisert under akuttmottaket, men under ulike avdelinger/ klinikker/ divisjoner, noe som representerer en styringsmessig utfordring for helseforetaket. Tilsynet skal undersøke hvordan et slikt mangehodet lederskap fungerer i forhold til forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket og vi har valgt å følge pasienter som ved innkomst undersøkes av leger fra medisinske og kirurgiske avdelinger/ klinikker/ divisjoner siden disse utgjør flertallet av pasientene.

1.3. Hvordan veilederen skal forstås og brukes

I veilederen er tilsynets tema presentert som ulike delprosesser. I kapittel 3 er kravet om faglig forsvarlighet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, konkretisert og drøftet i forhold til de aktiviteter og prosesser som tilsynet omhandler. De gjennomgående utfordringene knyttet til kravene til ledelse, organisering og styring i internkontrollforskriften beskrives i kapittel 2, internkontroll i akuttmottak. Dette kobles sammen i revisjonskriterier i kapittel 4. Følgelig må kapittel 2, 3 og 4 leses i sammenheng for å få oversikt over hva faglig forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket innebærer.

Revisjonskriteriene er organisert under fem ”bolker”. Alle revisjonskriteriene med underkriterier må vurderes samlet, og skal danne et totalbilde av om pasientbehandlingen i akuttmottaket er faglig forsvarlig. Først når hele bildet er dannet, vil det være mulig å formulere eventuelle avvik som tydelig viser hva det er i pasientbehandlingen som svikter eller representerer risiko for svikt, og hvilke elementer i internkontrollen som ikke fungerer i forhold til å sikre dette. Revisjonskriteriene representerer altså ikke nødvendigvis et lovbrudd hver for seg. De er bygget opp på en slik måte at det skal være tydelig hva som må undersøkes både når det gjelder faglige og styringsmessige utfordringer. Kriterier som ikke oppfylles, kan kombineres på alle hensiktsmessige måter bare avvikene blir tydelige og samtidig godt underbygget. Avvik kan være knyttet til risiko for svikt både for enkeltoppgaver eller enkeltprosesser og for flere prosesser i pasientbehandlingen.

Internkontrollforskriften § 4 første ledd sier at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Internkontrollforskriften § 5 sier at internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Dette betyr at det må utøves et betydelig skjønn i vurderingen av hvilke tiltak som skal kreves, og hvilke prosedyrer som skal kreves å være skriftlige. Uansett skal driften i akuttmottakene være underlagt styring, og det skal ikke være tilfeldig og avhengig av enkeltpersoner at helsetjenestene som ytes i akuttmottaket er faglig forsvarlige. Revisjonskriteriene gir rammen for kravene, men det finnes rom for ulike løsninger og tilpasninger i de ulike akuttmottakene. Det vil blant annet kunne være forskjellige behov ved små og store virksomheter, og dette må tas hensyn til ved gjennomføringen av tilsynet.

2. Gjennomgående utfordringer knyttet til internkontroll i akuttmottak

2.1. Innledning

Krav til å yte forsvarlige tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 har betydelige innslag av krav til ledelse, organisering og styring. Det samme har internkontrollforskriften som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen, i dette tilfellet spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Ledere skal systematisk overvåke at internkontrollen fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

For at mottak, prioritering, undersøkelse, diagnostisering, overvåking og behandling av pasienter i akuttmottak skal være faglig forsvarlig er det en forutsetning at myndighetskravene vedrørende ledelse, organisering og styring etterlevs. Det er i et akuttmottak, på samme måte som helsetjenesten for øvrig, en nær sammenheng mellom faglige og styringsmessige utfordringer.

2.2. Internkontroll i akuttmottak

2.2.1. Organisering

Akuttmottakene kan være ulikt organisert under helseforetaket. Mange steder vil det være fast personell tilknyttet akuttmottaket. Det gjelder hovedsaklig sykepleiere, og eventuelt hjelpepleiere og helsesekretærer. Legene, laboratoriepersonell (hovedsaklig bioingeniører) og røntgenpersonell (hovedsaklig radiografer) hentes oftest inn fra andre avdelinger, klinikker eller divisjoner. Det betyr at flere avdelinger/ klinikker/ divisjoner som regel er involvert i tjenesteytingen i akuttmottaket. Administrerende direktør kan i mange tilfeller bli første felles organisatoriske nivå, og da må det forventes at arbeidet i akuttmottaket blir underlagt styring, koordinering og oppfølging fra dette nivået.

Et akuttmottak preges av hektisk aktivitet og mye personell som er innom med ujevne mellomrom. Det er derfor viktig at alle har klar og felles forståelse av den enkeltes arbeidsoppgaver, ansvar og myndighet. Dette gjelder også akuttmottakets faste personell. Alle som yter helsetjenester i akuttmottaket skal ha klare fullmakter der ansvar og myndighet er tydeliggjort.

Det skal være klart hvem som overvåker den enkelte pasient og hvem som har det medisinske ansvaret for de ulike pasientene. Dette gjelder også pasienter som ikke er klart definerte som medisinske eller kirurgiske. Akuttmottaket skal til enhver tid ha oversikt over alle pasienter i akuttmottaket, og hvem som har hvilket ansvar for dem.

2.2.2. Koordinering og styring

Uansett organisering skal det være ett felles organisatorisk ledd som styrer og koordinerer aktivitetene og ressursene knyttet til virksomheten i akuttmottaket.

Daglig leder i akuttmottaket skal ivareta daglig styring og koordinering i tråd med retningslinjer og delegasjoner. Det skal være implementert et kvalitetsstyringssystem som tilfredsstillende oppfyller kravene i internkontrollforskriften, og som sikrer forsvarlig virksomhet i akuttmottaket. Pasienter

i akuttmottaket skal registreres, vurderes av sykepleier, undersøkes og diagnostiseres av lege, overvåkes og behandles på en planlagt, organisert og forutsigbar måte. Ledere på ulike nivåer og i ulike klinikker/ divisjoner skal følge opp at dette skjer. Helseforetaket skal ha etablert resultatmål/ aktivitetsmål for denne delen av akuttmottakets virksomhet. Det skal være kjente mål som gjenspeiles i prioriteringskriteriene som igjen styrer pasientstrømmen og pasientbehandlingen. Eksempler på slike mål kan være hvor lang tid det er akseptabelt at en pasient oppholder seg i akuttmottaket, hvor ofte det er akseptabelt at pasientene hoper seg opp i akuttmottaket fordi moderavdelingene ikke har kapasitet til å overta pasienter som er ferdigbehandlet i akuttmottaket og hvor ofte det må påregnes at det ”trykkes på knappen” ved hverdagskriser.

Ledere skal sikre seg oversikt over den faktiske situasjonen. Dette kan gjøres ved å gjennomføre interne revisjoner, ledelsens gjennomgang (strategisk møte) eller på andre måter.

Kritiske trinn i tjenesteytingen skal være identifisert, og nødvendige tiltak skal iverksettes for i størst mulig grad å redusere risikoen for svikt. Tiltakene kan være skriftlige prosedyrer, opplæring, omrokking av personell, tilrettelegging av lokaler, kontrolltiltak som for eksempel oppfølging med interne revisjoner, endrede rutiner med mer.

Det skal være kjent hvilke pasientkategorier som skal mottas. Med pasientkategorier menes både hvilke pasienter det enkelte sykehuset skal motta, og hvilke av disse pasientene som skal gjennom akuttmottaket. Dette får betydning for planlegging av kapasitet, kompetanse og beredskap og videre hvor lenge pasienten forventes å være i akuttmottaket.

2.2.3. Personell- og kompetansestyring

Bemanningen skal være tilpasset oppgavene som varierer både gjennom døgnet og i forhold til helger, ferier og høytider. Dette inkluderer både personellressurser og kompetanse i forhold til å mestre de oppgaver som skal løses. Det skal være definert kompetansebehov for ulike funksjoner, og personellet skal ha gjennomgått opplæring for sine oppgaver i akuttmottaket. Alle skal ha nødvendig innsikt i akuttmottakets rutiner, også avviksbehandlingssystemet, før de kan yte helsetjenester der på egen hånd. Nyansatte og vikarer krever ekstra oppfølging til de er sikre på akuttmottakets rutiner.

Knapphet på ressurser og tidsfaktoren vil alltid være risikofaktorer i akuttmottakene. Derfor må tilgjengelige personellressurser styres slik at de dårligste pasientene alltid kan prioriteres. Dette gjelder blant annet pasienter med uavklarte diagnoser som må følges nøye opp med tanke på om de blir akutt dårligere mens de oppholder seg i akuttmottaket. For å ivareta en forsvarlig ressursdisponering, må variasjoner i arbeidsbelastningen være kjent og fulgt opp gjennom turnusplanlegging med videre.

Det må være avklart hvem som skal tilkalle, følge opp og koordinere personell som organisatorisk ikke hører til i akuttmottaket, og det skal være klare kriterier for når det må tilkalles mer personell og personell med høyere kompetanse. Dette gjelder både når hverdagskrisene tar overhånd og de som er på vakt mister oversikten, og det gjelder dersom pasientene anses så dårlige at bakvakter og andre må tilkalles før eller samtidig med at primærvakt tilkalles.

Tilgang på personellressurser skal baseres på kjente variasjoner i pasientstrømmen i akuttmottaket. Akuttmottaket må ha en oversikt over deres pasientbelegg som viser variasjoner

gjennom døgnet, uka og året. Det betyr at det minst skal registreres når pasienten ankommer akuttmottaket og når pasienten forlater akuttmottaket. Det bør også registreres hva slags ekstra personell som er tilkalt slik at det kan brukes i en strategisk planlegging.

2.2.4. Kommunikasjon og samhandling

Arbeid i akuttmottak forutsetter samarbeid og samhandling mellom ulike profesjoner, avdelinger og klinikker/ divisjoner. Lederne må bruke de ansattes og pasientenes erfaringer strategisk i sitt utviklings- og forbedringsarbeid. I et akuttmottak oppstår det stadig kritiske situasjoner der samhandlingen må fungere optimalt for at pasientene ikke skal bli skadelidende. Effektiv kommunikasjon og samhandling mellom involvert personell er helt avgjørende for forsvarlig pasientbehandling. De involverte må være kjent med hvordan dette fungerer, og hvem som har hvilket ansvar og hvilken myndighet, og dette må etterleves.

Vaktskifter er sårbare i forhold til å sikre kontinuitet i arbeidet, og må derfor foregå på en styrt måte slik at all nødvendig informasjon og alle nødvendige oppgaver videreføres.

2.2.5. Retningslinjer, prosedyrer og andre tiltak

Det er nødvendig at kritiske trinn i arbeidsprosessene knyttet til pasientbehandling i akuttmottaket sikres gjennom kjente retningslinjer, prosedyrer og andre tiltak. Se også kapittel 2.2.2. Styringssignaler fra ledere om hvordan driften skal innrettes og fungere, må sikres iverksatt slik at pasientbehandlingen i akuttmottaket til enhver tid er faglig forsvarlig. Videre må det sikres at de rette prioriteringene gjøres, og at rett medisinsk kompetanse tilkalles for videre vurdering.

Retningslinjer og prosedyrer skal være tydelige og tilpasset kompetansen til involvert personell. Risikovurderinger basert på momenter som arbeidsprosessens kompleksitet, intern opplæring, personellens utdanning og erfaring, hastegrad, utskiftning av personell vil avgjøre om prosedyrer må være skriftlige eller ikke. Vedtatte retningslinjer og rutiner skal fungere tilfredsstillende uavhengig av hvem som er på vakt, og pasienter skal sikres faglig forsvarlige helsetjenester. Alle skriftlige prosedyrer skal være kjent og skal benyttes av aktuelt personell.

Alt personell skal være kjent med sine arbeidsoppgaver i akuttmottaket, og de skal ha klare fullmakter der ansvar og myndighet er tydeliggjort. Funksjonsbeskrivelser bør være skriftlige, i alle fall for de arbeidsoppgaver som anses som kritiske trinn i pasientbehandlingen der det er fare for svikt.

Det skal etableres retningslinjer, prosedyrer og andre nødvendige tiltak som sikrer faglig forsvarlig mottak, prioritering, undersøkelse, diagnostisering, observasjon og medisinsk oppfølging også av pasienter med uavklarte diagnoser. Dette for å hindre at de av disse pasientene som har ukjente alvorlige diagnoser, ikke overses og nedprioriteres i den første fasen etter innkomst enten innkomsten skjer ved normal arbeidsbelastning eller i forbindelse med hverdagskriser.

Det skal blant annet være prosedyrer for hva som skal registreres av pasientopplysninger og hvordan det skal registreres. Prosedyren skal inkludere registrering av pasientenes legemiddelbruk, og bør være skriftlig.

2.2.6. Avviksbehandling

Helseforetaket skal ha et fungerende avviksbehandlingssystem som fanger opp, retter opp og forebygger risiko for svikt knyttet til forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket. Et slikt system kan bestå av avviksskjemaer, forbedringsskjemaer, rapporteringsbøker, evalueringer, møter med mer. Hensikten er at kunnskap om svikt fører til forbedring og utvikling av pasientbehandlingen, og håndteres på en systematisk måte slik at akuttmottaket og helseforetaket kan lære av egne og gjerne også andres feil. Det er ikke bare de alvorlige pasientskadene som skal meldes eller tas opp, men svikt i daglige rutiner. Svikt i akuttmottaket involverer gjerne personell fra flere avdelinger/ klinikker/ divisjoner. Derfor er det helt vesentlig at avviksbehandlingen inkluderer alt involvert personell, altså alle involverte avdelinger/ klinikker/ divisjoner slik at det kan iverksettes korrigerende tiltak som har ønsket effekt.

Avviksbehandling skal prioriteres og jobbes med kontinuerlig for å sikre forsvarlig tjenesteyting. Alle som yter helsetjenester i akuttmottaket skal være kjent med akuttmottakets avviksrutiner, og melde fra om avvik som skjer under tjenesteyting i akuttmottaket. Lederne skal følge opp at avvikene korrigeres, at korrigerende tiltak har ønsket effekt, at prosedyrer endres om nødvendig og at avvik som ikke lukkes innen akseptabel tid løftes opp i organisasjonen.

3. Valgte områder – om forsvarlig pasientbehandling i akuttmottak

3.1. Mottak og prioritering av pasienter i akuttmottaket

3.1.1. Kort om hvilke pasienter som kommer til akuttmottaket

Akuttmottaket skal ta i mot, undersøke og eventuelt iverksette primærbehandling av alle øyeblikkelig- hjelp pasienter med behov for innleggelse og spesialisert behandling. Akuttmottaket skal deretter formidle pasientene videre til en av sykehusets avdelinger, heretter kalt moderavdeling.

I NOU 1998:9 er øyeblikkelig- hjelp innleggelse i sykehus definert som: *Henvisning til eller mottak av pasient i helseinstitusjon som har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie. Gjelder pasienter med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten.*

Øyeblikkelig hjelp er følgelig et samlebegrep som brukes om pasienter som kommer til sykehuset på kort varsel. Pasientgruppen, som utgjør flertallet av innleggelser i norske sykehus, er meget differensiert. Det kan være pasienter med livstruende sykdom som krever umiddelbar behandling, men også pasienter med diffuse diagnoser som trenger undersøkelse og observasjon uten at akutt behandling er nødvendig.

Til et akuttmottak kommer det tre typer øyeblikkelig hjelp pasienter:

Pasienter henvist fra primærhelsetjenesten/ legevakten

Dette er pasienter som er meldt til sykehuset på forhånd, og personellet i akuttmottaket venter på at de skal komme. Hovedsakelig er dette pasienter med medisinske eller kirurgiske problemstillinger. De er på forhånd undersøkt av lege i primærhelsetjenesten, og det er som regel stilt en foreløpig diagnose ofte i samarbeid med vaktstående lege på sykehuset. Ut fra dette vil vaktteamet ha mulighet til å planlegge mottak og forløp med tanke på rask diagnose og behandling.

Pasienter som kommer direkte til akuttmottaket via ambulansetjenesten

Dette er pasienter med akutt sykdom eller skade hvor akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) har blitt kontaktet for å frakte den enkelte pasient til akuttmottaket. Det kan være pasienter med akutte brystmerter, plutselig bevissthetstap, ulykker med mistanke om større skader osv. De er som oftest meldt til akuttmottaket med en viss form for problemstilling/diagnose stilt av ambulanspersonellet, men er som oftest ikke undersøkt av lege. Også disse pasientene vil vaktteamet være forberedt på, selv om de ikke alltid kan styres i forhold til ankomsttidspunkt. Mange av dem er kritisk syke, og det vil være nødvendig med rask diagnose og umiddelbar igangsetting av behandling. Tilstedeværelse av kvalifisert personell vil være avgjørende.

Pasienter som uanmeldt henvender seg direkte til akuttmottaket uten å ha vært i kontakt med helsepersonell på forhånd

Mange av disse kommer med tilstander som normalt skulle vært tatt hånd om av legevakten. Årsaken til at de kommer direkte kan være manglende kjennskap til hvor legevakten er, lang kø på legevakten eller mistanke om akutt, alvorlig sykdom som gjør at pasienten bringes direkte til sykehuset. Det kan også være pasienter med skader som kan ivaretas ved kirurgisk poliklinikk. På vakttidspunkter vil det ofte være de samme legeressursene som må håndtere pasientene både i akuttmottaket og i poliklinikken. Den største utfordringen med denne pasientgruppen vil være å skille ut de som er alvorlig syke med tanke på rask diagnose og behandling. En stor del vil kunne informeres om å ta kontakt med primærhelsetjenesten/ legevakten. Dette kan til en viss grad styres ved å samarbeide med legevakten, samt ved å gi generell informasjon. Hvis denne pasientgruppen er stor, vil det kunne få negative følger for mottaket av de mest alvorlig syke pasientene.

Planlagte pasienter som ikke er tiltrengende øyeblikkelig hjelp:**Elektive pasienter**

Til akuttmottaket kan det også komme såkalte elektive pasienter, avhengig av hvordan foretaket har organisert mottaket av pasienter. Betegnelsen elektive pasienter beskriver pasienter som ikke trenger øyeblikkelig hjelp, men som planlagt skal innlegges i sykehuset. Mange sykehus mottar pasienter til planlagt innleggelse sammen med akutt pasienter, ved at de elektive pasientene innskrives via akuttmottaket. Flere sykehus er imidlertid organisert slik at mottak av elektive pasienter skjer direkte i aktuell avdeling.

Der de planlagte pasientene mottas i akuttmottaket, registreres innkomst vanligvis av merkantilt eller helsefaglig personell, og pasientene blir deretter oftest henvist til de respektive sengeavdelingene for undersøkelse og forberedelser til behandling. Disse pasientene kan til en viss grad styres ved at det angis i innkallingen på hvilket tidspunkt de skal møte.

Ved stor pågang av øyeblikkelig hjelp pasienter, kan de planlagte innleggelsene skape en opphopning av pasienter i akuttmottakets lokaler som kan føre til mangelfull oversikt over de kritiske syke pasientene, og oppta kapasitet og ressurser for akuttmottakets personell. Disse pasientene kan forbruke noen sykepleiefaglige ressurser i forbindelse med slusingen gjennom akuttmottaket.

Der hvor også denne pasientgruppen blir undersøkt av lege i akuttmottaket, øker risikoen for ressursknapphet og mangel på oversikt ved stor pågang av øyeblikkelig hjelp.

3.1.2. Beskrivelse av området

Ved innkomst skal pasientene registreres og identifiseres, og tilgjengelig pasientdokumentasjon fremskaffes. Dette gjøres enten av merkantilt personell, en helsesekretær eller ofte også av en sykepleier.

Parallelt med at pasienten registreres foretas en fortløpende prioritering på bakgrunn av pasientens tilstand. Prioriteringen av pasientene i et akuttmottak vil alltid være en utfordring. Vanligvis mottas pasienten av en sykepleier som straks må gjøre seg opp en mening om alvorlighetsgraden av pasientens sykdom eller skade. Sykepleier samtaler med pasienten, vurderer pasientens funksjonsevne og tilstand, og foretar kliniske observasjoner som danner grunnlag for prioritering av nødvendige sykepleiertiltak. Sykepleieren vil ha ansvar for å iverksette prioriterte sykepleiertiltak ut fra pasientenes symptomer og behov.

Sykepleier vil som regel foreta noen undersøkelser som måling av blodtrykk, puls, respirasjon, temperatur og andre observasjoner. Andre relevante undersøkelser som EKG og enkle urinundersøkelser ved hjelp av "sticks" vil også kunne bli gjort før lege tilser pasienten. Ellers iverksettes ofte nødvendig behandling som for eksempel intravenøs væsketilførsel. Pasientenes symptomer og resultatene av denne første undersøkelsen vil være avgjørende for hva som skjer videre med pasienten. Det er også av vesentlig betydning at det skaffes oversikt over pasientens legemiddelbruk. Praksis kan variere i forhold til om det gjøres av sykepleier eller lege.

3.1.3. Forsvarlig mottak og registrering ved innkomst

I perioder med stor pågang kan det oppstå samtidighetskonflikter for personellet i mottaket slik at pasientene ikke kan registreres i tur og orden. Foruten de kritiske og svært alvorlige tilstandene, kan pasienter som kommer til mottaket bli sittende å vente på å bli registrert.

Ved samtidighetskonflikter som oppstår når flere pasienter kommer samtidig, må virksomheten sikre at alle pasienter som er kommet inn dørene blir "oppdaget" og vurdert i prioriteringskøen, og også ivaretatt i eventuell ventetid før registrering.

For at virksomheten skal kunne sikre forsvarlig oppholdstid i mottaket, og kunne planlegge driften i forhold til belastning, må tidspunkt for innkomst registreres sammen med pasientens personalia.

Uavhengig av om pasienten er henvist fra lege, eller kommer til akuttmottaket etter henvendelse og innleggelse fra AMK, må virksomheten sikre at diagnostiske overveielser og tiltak som er foretatt i forkant av innkomst, følger pasienten videre inn i akuttmottaket og sykehuset. Sykehusene kan ha valgt ulike løsninger for å sikre at denne informasjonen følger pasienten, og blir kjent for helsepersonellet som til enhver tid skal behandle pasienten. Det kan være registrering sammen med pasientens personalia, skriftlige notater som vedlegges i pasientjournal, eller pasienttavle i mottaket hvor diagnose, klokkeslett for innkomst med mer skrives opp.

Det må finnes tiltak som sikrer at man til enhver tid har oversikt over hva som skjer med pasienten under oppholdet i akuttmottaket, hvor pasienten befinner seg og hvem som har hvilket ansvar, også medisinsk ansvar. Dette kan løses ved bruk av koordinator, oversiktstavler eller på andre måter.

3.1.4. Forsvarlig prioritering

I følge Norsk indeks for medisinsk nødhjelp er hastegradene for akuttpasienter følgende:

- **Akutt:** Antatt kritisk tilstand der vitale funksjoner kan være truet eller manifest forstyrret. Pasienten må behandles øyeblikkelig (rød kode).
- **Haster:** Antatt alvorlig tilstand der vitale funksjoner kan bli truet. Pasienten må behandles så snart som mulig (gul kode).
- **Vanlig:** Tilstand som skal behandles innen 24 timer (grønn kode).

Inndeling fra indeks gjelder prehospital fordelig/ prioritering, og kan derfor ikke direkte overføres til behov for innleggelse. Foruten traume- og multitraumemanualene, må virksomheten ha et prioriteringssystem for akuttmottaket.

Virksomheten må sikre et nødvendig informasjonsgrunnlag om pasientene for å kunne prioritere forsvarlig. I tillegg til informasjon om eventuelle diagnostiske overveielser og tiltak i forkant av innkomst, skal det, i hvert fall for de pasientene som ikke krever akutt intervensjon, lages en kort innkomstrapport. Her dokumenteres hovedinntrykket av pasienten samt pasientens funksjonsnivå og omsorgsbehov. Denne skrives av mottakende personell, normalt sykepleier.

Virksomheten skal videre ha rutiner for å fremskaffe pasientjournal ved innkomst. For de virksomhetene som benytter både skriftlig og elektronisk journal, vil dette innebære at papirjournal som ikke er skannet inn i elektronisk, må hentes fra journalarkiv.

Virksomheten må sikre at all informasjon følger pasienten videre inn i sykehuset. Se også kapittel 3.2.

De uavklarte pasientene kan ved stor pågang bli nedprioritert i forhold til akutt syke pasienter med avklarte tilstander. Dette skaper en risiko for at disse pasientene blir liggende å vente uforsvarlig lenge på videre undersøkelse og diagnostisering. Se også kapittel 1.2. om pasienter med uavklarte tilstander.

Virksomheten må sikre at det foretas en fortløpende observasjon av disse pasientene. Pasientenes tilstand må overvåkes og vurderes kontinuerlig slik at endringer i pasientens tilstand som kan påvirke prioriteringen fanges opp.

For noen av de uavklarte pasientene kan det være nødvendige å iverksette strakstiltak mens det ventes på undersøkelse og diagnostisering, for eksempel ved akutt funksjonssvikt hos eldre. Lang ventetid kan medføre risiko for alvorlig forverring av tilstanden, forvirring, trykksår og inntørkning. Aktuelle strakstiltak kan være å sikre vitale funksjoner, oksygentilførsel, blodtrykkmåling, avhjelpe urinretensjon og å sikre at pasienten ikke faller med mer.

Virksomheten skal sikre at nødvendige strakstiltak iverksettes og dokumenteres for pasienter som venter på undersøkelse og diagnostisering. Både endring i tilstand og iverksatte strakstiltak skal dokumenteres.

3.2. Undersøkelse og diagnostisering av pasienter

3.2.1. Beskrivelse av området

Etter ankomst i mottaket blir pasienten tilsett av lege, som skal stille en tentativ diagnose og iverksette prioriterte medisinske undersøkelser og behandling.

Utover de tilfellene hvor en kritisk syk pasient er meldt til akuttmottaket, har det tradisjonelt vært en relativt uerfaren lege, kirurgisk eller medisinsk turnuslege, eventuelt en legestudent med lisens som er den første legen som tilser pasienten. De vil etter egen vurdering tilkalle bakvakt (assistentlege under spesialistutdanning eller overlege ved de mindre sykehusene) for å tilse pasienten i akuttmottaket. Alternativt vil de kun informere bakvakt etter at pasienten er sendt videre. Primærlegens tilgang på bakvakt, både ved overbelastning og behov for rådgivning, kan variere mellom avdelinger og sykehus. Dette vil også kunne være kulturelt betinget.

Hvor fort legeundersøkelsen kan gjøres vil være avhengig av antall pasienter i akuttmottaket, tid på døgnet og hvor mange leger som er tilgjengelige til enhver tid. Pasienter som er kritisk syke vil som oftest bli fraktet direkte til intensivavdeling, operasjonsstue eller til radiologisk avdeling for nærmere diagnostikk. Ved knapphet på ressurser vil det være pasientenes symptomer og tegn som avgjør prioriteringen. Noen ganger vil det for å spare tid bli tatt blodprøver av pasienten før legeundersøkelsen gjøres. I situasjoner der legeteamet er opptatt med andre pasienter vil sykepleiernes vurderinger være helt avgjørende for det videre forløp. Systemer for hvordan og når lege skal tilkalles er også helt avgjørende.

Mens pasienten er i akuttmottak, kan det i utredningsøyemed være nødvendig å frakte pasienten til andre lokaliteter, for eksempel til røntgen. Det er forskjellige ordninger for hvem som frakter pasienten til og fra. Det kan være sykepleier fra akuttmottaket, portør, eller andre. Det kan også variere hvem som har ansvaret for overvåking med mer av pasienten under transporten og under oppholdet på røntgen. Risiko- og sårbarhetsundersøkelsene og vurderingene vi har gjort i forbindelse med planleggingen av tilsynet, tilsier at dette kan være sårbart. Det forekommer at oppgaven med å overvåke pasientens tilstand, og eventuelt reagere med medisinske tiltak og nødvendig pleie forsømmes. Dette gjelder særlig når det er stor pågang i mottaket, og personellet er opptatt med andre oppgaver.

Ut fra resultat av legeundersøkelse, blodprøver og eventuelle røntgenundersøkelser blir det lagt planer for behandling. Ofte starter denne behandlingen etter at pasienten er flyttet videre til sengepostene (moderavdelingene). Hos de kritisk syke pasientene starter behandlingen straks det er stilt en diagnose. Kvaliteten på oppfølgingen av slik behandling av en dårlig pasient i akuttmottaket er helt avhengig av at det finnes kvalifiserte personellressurser tilgjengelig. Ved stor pasientpågang kan dette bli problematisk.

3.2.2. Forsvarlig undersøkelse og diagnostisering

Hvilke krav som kan stilles til virksomhetens sikring av forsvarlig undersøkelse og diagnostisering, er drøftet og samlet under fire hovedproblemstillinger:

- Er undersøkelse og diagnostisering gjennomført i rett tid
- Er undersøkelse og diagnostisering gjennomført på en forsvarlig måte
- Laboratorium og røntgenundersøkelser
- Undersøkelsesforhold

3.2.2.1 Er undersøkelse og diagnostisering gjennomført i rett tid

Undersøkelse og diagnostisering vil her være den første legeundersøkelsen etter at pasienten er mottatt, registrert og foreløpig prioritert. Med rett tid forstås at undersøkelsen blir gjennomført i henhold til foreløpig prioritering ved innkomst og at undersøkelse blir fremskyndet dersom det skjer endring i pasientens tilstand som endrer den initiale prioriteringen.

Stor pågang av pasienter til akuttmottaket, lav bemanning og samtidighetskonflikter for personellet kan føre til at pasienter må vente på medisinsk undersøkelse. De uavklarte pasientene kan på grunn av sin tilstand ofte bli nedprioritert i forhold til mer opplagt syke pasienter, som skaper risiko for at disse pasientene må vente uforsvarlig lenge på videre undersøkelse og diagnostisering.

Kapittel 3.1, mottak og prioritering av pasienter, har fokus på hvordan virksomheten sikrer at det foretas en forløpende prioritering av disse pasientene gjennom overvåking av tilstand, og eventuell iverksetting av strakstiltak i ventetiden. Her er hovedfokus på hvordan virksomheten sikrer at medisinsk undersøkelse iverksettes og startes på bakgrunn av den fortløpende prioriteringen.

Ansvar og rutiner for tilkalling av lege

Det må være klare rutiner for tilkalling av lege. Ettersom rutinene skal sikre samhandling, må disse være omforente mellom helsepersonellet i akuttmottaket og helsepersonellet i avdelingene. Av rutinene må det fremgå:

- Hvem som til enhver tid har ansvaret for å tilkalle lege
- Hvilken lege som skal tilkalles i de ulike situasjoner og til ulike sykdommer/ skader
- Hvordan legen skal tilkalles
- Hvem som har ansvar for og følger opp at legen faktisk kommer

Tilstrekkelig og planlagt medisinsk faglig bemanning i forhold til belastning

Akuttmottaket kan ikke selv planlegge og styre den medisinsk faglige bemanningen som er nødvendig for å ivareta oppgavene som skal løses i mottaket, men er avhengig av kommunikasjon og samhandling med moderavdelingene for at legeberedskapen er tilstrekkelig. Dette byr på styringsmessige utfordringer mellom akuttmottaket og moderavdelingene.

I forhold til medisinsk undersøkelse og diagnostisering, skal virksomheten sikre at akuttmottaket er bemannet med tilstrekkelig medisinsk faglig personell til en hver tid. Undersøkelsene foretas som oftest av leger fra medisinsk eller kirurgisk avdeling, det innebærer at virksomheten må sikre at disse avdelingene er tilstrekkelig bemannet i forhold til oppgavene og behovet i mottaket.

For å sikre forsvarlig planlegging og styring av medisinsk faglig bemanning, må virksomheten ha oversikt over belastningen i mottaket til ulike tider. Det gjelder både gjennom døgnet, uka og året og fordelt på medisinsk spesialitet. Fordelingen mellom akutte henvendelser, planlagte innleggelser og polikliniske pasienter bør også registreres der dette håndteres av det samme personellet.

Det bør også være registrering for hvor lenge pasienter oppholder seg der i påvente av videre håndtering.

Ved normal belastning må virksomheten ha planlagt en tilstrekkelig bemanning i forhold til forventet aktivitet. For situasjoner med unormalt stor belastning må det foreligge konkrete retningslinjer for tiltak som skal iverksettes. Slike tiltak kan kalles "sikkerhetsventiler". Det dreier seg ikke om "katastrofesituasjoner" slik de beskrives i sykehusets traumemanualer, men hverdagskrisene som kan oppleves minst like belastende både for pasienter og personell.

Slike retningslinjer må beskrive:

- Hvem som skal iverksette "krisetiltak". Er det ledende sykepleier, vakthavende lege fra medisinsk eller kirurgisk avdeling, andre?
- Hvilke tiltak som skal iverksettes.

Det må være felles forståelse og enighet om retningslinjene mellom akuttmottaket og moderavdelingene.

Ansvar og oppgaver i ventetid på lege/ medisinskfaglig undersøkelse

Det må være klarlagt og kjent i organisasjonen hvem som har ansvar for overvåking av pasienter som venter på undersøkelse. Dette gjelder både venting som oppstår ved normal belastning i mottaket og ved samtidighetskonflikter eller andre kriser/ overbelastninger.

Det må videre være omforente rutiner for hvordan pasienten skal overvåkes i denne ventetiden. Skal pasienten for eksempel ha fast og regelmessig tilsyn og/eller plasseres synlig for personellet?

3.2.2.2. Er undersøkelse og diagnostisering gjennomført på en forsvarlig måte

Et av hovedformålene med den første legeundersøkelsen, er å stille en (tentativ) diagnose slik at nødvendige behandlingstiltak kan iverksettes. Med undersøkelse og diagnostisering gjennomført på forsvarlig måte forstås:

- Relevant og nødvendig informasjon om pasienten er tilgjengelig
- Det er benyttet personell med riktig kompetanse
- Det er gjort relevante kliniske observasjoner og undersøkelser
- Det er gjennomført relevante supplerende undersøkelser, for eksempel laboratorie- og røntgenundersøkelser

Tilgjengelig pasientdokumentasjon og overføring av relevant og nødvendig pasientinformasjon for øvrig

Virksomheten må ha etablerte rutiner og praksis for at relevant og nødvendig pasientinformasjon blir formidlet til undersøkende lege ved muntlig kommunikasjon og/ eller ved skriftlige eller elektroniske arbeidsdokument/ journal.

Nødvendig og relevant pasientinformasjon kan være:

- Innkomstrappert, herunder opplysninger fra innleggende lege/ ambulanspersonell
- Observasjoner og sykepleievurderinger gjort i ventetid på undersøkelse av lege
- Resultatet av supplerende undersøkelser utført i ventetid på undersøkelse av lege

Denne informasjonen bør fortrinnsvis formidles skriftlig.

Virksomheten må ha rutiner for å sikre at oppdatert pasientjournal er tilgjengelige for undersøkende lege.

Lege med riktig kompetanse

Virksomheten har ansvar for at den/ de leger som tilser pasienten har tilstrekkelig kompetanse.

Ettersom det tradisjonelt er en relativt uerfaren lege, kirurgisk eller medisinsk turnuslege, eventuelt legestudent med lisens, med ulik kompetanse og erfaring, som er den første legen som tilser pasienten, må virksomheten sikre fleksible ordninger for tilkalling av bistand.

Det må være klare rutiner for når bakvakt (ass. lege og eller overlege/ spesialist) skal kontaktes og hvem som kan og skal gjøre det. Dette gjelder under alle faser av oppholdet i mottaket, både i forbindelse med utredning av pasient og ved komplikasjoner og endring i pasientens tilstand.

Det må være enighet og felles forståelse om disse rutinene mellom avdelingene og mellom aktuelt helsepersonell.

Det må foretas en vurdering av reell tilgjengelighet av bakvakt, herunder ”kulturelle forhold” som terskel for tilkalling med mer.

Samhandling med andre spesialiteter

I forbindelse med utredning, undersøkelse og tentativ diagnose, kan det være behov for vurdering fra annen spesialitet enn den som har foretatt den første undersøkelsen.

Virksomheten må sikre at legene tilknyttet akuttmottaket har tilgang til relevante spesialiteter både i akutte situasjoner og ved diskusjoner omkring ”problemkasus”. Det må være etablerte rutiner og praksis for når og i hvilke tilfeller øvrige spesialiteter kan tilkalles og hvem som kan tilkalles.

I tilknytning til tilsyn fra annen spesialitet, må det være etablert rutiner for kommunikasjon, skriftlig og/eller muntlig. Dersom det er nødvendig med løpende bistand, må ansvar og oppgaver være avklart.

Det må være enighet og felles forståelse om disse rutinene blant legene som skal samhandle i mottaket.

3.2.2.3. Laboratorie- og røntgenundersøkelser

Laboratorie- og røntgenundersøkelser krever samhandling med andre avdelinger. Ved røntgenundersøkelser kan det være nødvendig å frakte pasienten mellom akuttmottaket og røntgenavdelingen.. Nedenfor drøftes tre risikoområder.

Oversikt over pågående utredning av pasient

Akuttmottaket må ha tiltak som sikrer at man til enhver tid har oversikt over hva som skjer med pasienten og hvor pasienten befinner seg, for eksempel tavle i mottaket og/ eller koordinator.

Transport av pasient, ansvar og oppgaver

Ved de fleste sykehus vil det være nødvendig å frakte pasienter fra mottaket til og fra røntgen.

Hvem som transporterer pasientene til røntgen, kan variere mellom sykepleiere fra akuttmottaket, portører eller personell fra moderavdeling. Denne tiden i undersøkelsesfasen er sårbar ettersom oppgaven med å overvåke pasientens tilstand, og eventuelt reagere med

medisinske tiltak og nødvendig pleie, kan være vanskelig å ivareta ved stor pågang i mottaket der personellet er opptatt med andre oppgaver. Det er fare for at pasienter blir glemt.

Sikring av forsvarlig overvåking av pasientens tilstand, pleie og eventuell smertelindring er særlig viktig der sykehuset bruker andre enn pleiepersonellet fra mottaket til transporten.

Dersom sykehuset benytter annet personell til transport enn pleiepersonell fra mottaket, må det være etablert rutiner og praksis for kommunikasjon mellom dette personellet og mottaket, slik at mottaket kan ivareta sitt ansvar for pasienten.

Akuttmottaket må ha tiltak som sikrer at pasienten blir observert og gitt nødvendig behandling – også i den perioden pasienten ikke befinner seg i mottaket.

Formidling av prøvesvar, ansvar og oppgaver

Akuttmottaket må ha klare samarbeidsrutiner med aktuelle laboratorier og med røntgenavdelingen når det gjelder formidling av resultater både når det gjelder normalsituasjoner og hastesituasjoner. Av rutinene må det fremgå hvem i mottaket som skal motta svar i normalsituasjonen og i hastesituasjoner. Mottaket må uansett sikre at svar når frem til den som har det medisinske ansvaret for pasienten, og som skal vurdere svarene.

Det må være etablert rutiner for varsling av rekvirerende lege, vakthavende lege eller pasientens avdeling ved prøvesvar som er slik at rask intervensjon kan være nødvendig (stor hastegrad). Dersom det ikke er ansvarlig lege som mottar varselet direkte, må virksomheten sikre at svar fra laboratorie- og røntgenundersøkelser formidles til behandlende lege innen den tid kravet til faglig forsvarlighet setter.

3.2.2.4. Undersøkellesforhold

Plassmangel i akuttmottaket kan føre til undersøkelsesforhold som gjør det vanskelig for personellet å foreta forsvarlig medisinsk undersøkelse, og forsvarlig informasjonsutveksling med pasient. Det kan forekomme at adekvate opplysninger innhentes fra pasient mens andre pasienter og pårørende kan høre samtalen. Dette kan føre til at pasienter holder tilbake sensitiv informasjon. Ved enkelte mottak kan det også i perioder med stor pågang av pasienter, være så fullt at undersøkende lege har vanskelig tilgjengelighet for undersøkelse rundt seng/ bære.

Virksomheten skal sikre at forholdene i akuttmottaket er lagt til rette for at personellet kan foreta en forsvarlig medisinsk undersøkelse. Ved normal aktivitet i mottaket, må det være tilgang på enerom der den medisinske undersøkelsen krever det. Det må være tilrettelagt for skjerming og samtaler på tomannshånd ved innhenting av pasientopplysninger og formidling av alvorlige og sensitive opplysninger til pasienter. Tilretteleggingen må etterfølges i praksis.

3.3. Observasjon og medisinsk oppfølging av pasienter i ventetid før overføring til post

3.3.1. Beskrivelse av området

Når alle undersøkelser er utført og alle papirer klargjort, skal pasienten i utgangspunktet flyttes til sengepost/ moderavdeling. Der vil man videreføre, eventuelt starte opp med annen medisinsk behandling. Hvor fort pasienten flyttes fra akuttmottaket er avhengig av disponible sengeplasser på sengepostene.

Plassmangel i moderavdelingene er gjennomgående en flaskehals i sykehuset på den måten at pasienter som er ferdig undersøkt i mottaket ikke kan overflyttes, men blir liggende å vente i akuttmottaket. Dette medfører risiko for at pasienter ikke får forsvarlig medisinsk oppfølging, nødvendig tilsyn, pleie og omsorg i perioden pasienten må vente på å bli overført.

Pasientene som blir liggende i mottaket vil ha behov for tilsyn, pleie og omsorg. For noen av pasientene kan det også bli behov for iverksetting av medisinske strakstiltak ved endring av tilstand med mer. Dette medfører ekstra arbeidsoppgaver for personellet i mottaket samtidig som det kan skape plassmangel i mottakets lokaler. Personellet i mottaket får ansvar og oppgaver som normalt ville blitt ivarettatt av personellet i på sengeposten. Dette kan skape samtidighetskonflikter for personellet, som hele tiden får inn nye pasienter med tilhørende oppgaver og ansvar. Videre kan mottakets lokaler være lite egnet til å ha pasienter liggende over lang tid, både i forhold til areal, adekvat tilsyn og observasjon, og i forhold til matsservering, pårørende med mer. Mottaket er en dårlig egnet "moderavdeling". Dette medfører videre et komplisert delt ansvar for oppgaveløsning mellom legeressursene tilknyttet akuttmottaket og akuttmottakets personell.

For pasienten kan ventetiden innebære at planlagt behandling og oppfølging ikke kan startes og iverksettes.

Lege som har foretatt den medisinske undersøkelsen av pasienten i mottaket, kan på det tidspunktet pasienten ble undersøkt ha forutsatt at den videre oppfølgingen og iverksetting av tiltak skulle skje i moderavdelingen.

Hvilken type oppfølging, tilsyn, pleie og omsorg pasienten krever til enhver tid, vil variere fra ordinær sykepleie til spesialisert pleie og overvåking, som for eksempel kan kreve spesielle fullmakter fra lege. Oppgaven kan derfor medføre store utfordringer for mottaket, som kommer i tillegg til mottakets ordinære drift.

Det er en fare for at oppfølgingen av disse pasientene kan bli tilfeldig og avhengig av tilstrømningen av nye pasienter til akuttmottaket og av at personellet har kapasitet til å følge opp pasientene i denne fasen. Her kommer sykehusets mangehodede lederskap på strekk, ettersom akuttmottaket ikke har myndighet til å styre legeressursene eller kapasiteten på moderavdelingene.

Tilsynet skal ha fokus på hvordan virksomheten gjennom organiseringen av ansvar og oppgaveløsning både hos moderavdelingene og akuttmottaket sikrer forsvarlig medisinsk oppfølging, tilsyn, pleie og omsorg for disse pasientene.

Det blir avgjørende for tilsynet å undersøke hvordan virksomheten har sikret at de oppgavene som oppstår når disse pasientene må vente i akuttmottaket blir løst på en forsvarlig måte. Arbeidet og oppgavene i henholdsvis akuttmottaket og moderavdelingene, og samhandling mellom dem, vil oftest være organisert i forhold til normal pasientflyt, der det er forutsatt at pasienten overføres til sengepost etter avsluttet undersøkelse i mottaket. Basert på dokumentasjon om jevnlig liggetid for pasientene etter at de er klar for overflytting, skal virksomheten planlegge lege- og driftsressurser for å kunne håndtere den risikoen dette innebærer for pasientene og det merarbeidet og ansvaret det medfører for akuttmottaket.

3.3.2. Forsvarlig medisinsk oppfølging, tilsyn, pleie og omsorg av pasienter i ventetid før overføring til post

Klargjøring av pasient for overføring til sengepost og eventuell ventetid i akuttmottaket:

Virksomheten skal ha rutiner som sikrer at mottaket har oversikt over hvilke pasienter som er ferdig undersøkt og klar for overføring til moderavdeling. Papirer og nødvendig informasjon som skal følge pasienten for det videre forløp må klargjøres.

Virksomheten skal ha rutiner for fordeling av pasienter til moderavdeling og overflytting til sengepost når pasienten er ferdig undersøkt i mottaket. Rutinene må være forankret både i mottaket og alle aktuelle moderavdelinger.

For at virksomheten skal kunne sikre forsvarlig pasientbehandling, skal virksomheten for de pasientene som må vente i mottaket, ha rutiner som sikrer overvåking og oversikt over hvor lenge pasientene må vente.

Både for å sikre nødvendig informasjon ved overflytting av pasient til sengepost, og for å sikre forsvarlig oppfølging, tilsyn, pleie og omsorg i eventuell ventetid, må virksomheten sikre at det i forbindelse med undersøkelse og avslutning av medisinsk undersøkelse, gis klare forordninger og beskjeder om hvilke tiltak som skal iverksettes, og hvilken observasjon/ overvåking av pasienten som kreves. Videre må beslutninger og iverksatte tiltak nedtegnes. Instruksjoner om tiltak og tilsyn må være tydelige. For eksempel må ordinasjoner tidfestes.

Handlingsalternativer for akuttmottaket og tilgang på medisinsk faglig kompetanse:

Virksomheten skal sikre at pasienter som må oppholde seg i akuttmottaket på grunn av plassmangel på sengepost, får samme forsvarlige medisinske oppfølging, tilsyn, pleie og omsorg som de ville ha fått på sengepost/ moderavdeling.

Det vil i utgangspunktet være akuttmottaket som har ansvar for pasienten så lenge pasienten oppholder seg i mottaket.

Som det fremgår i beskrivelsen av området, vil det i perioder med stor pågang og plassmangel i mottaket, og på grunn av enkelte pasienters observasjonsbehov, være vanskelig for personellet i akuttmottaket alene å yte forsvarlig medisinsk oppfølging, tilsyn, pleie og omsorg for disse pasientene.

Ettersom pasienten fortsatt oppholder seg i akuttmottaket, og derfor er mottakets ansvar, har vi i veilederen valgt å beskrive virksomhetens totalansvar for å håndtere denne risikoen, som handlingsalternativer for akuttmottaket.

Virksomheten må sikre at akuttmottaket har handlingsalternativer dersom de ikke selv kan ivareta forsvarlig tilsyn, observasjon, pleie og omsorg av pasienter som venter på overføring til sengepost.

Tilfeller der det kan være problematisk for akuttmottaket selv å ivareta forsvarlig behandling og overvåking kan være:

- Pasientens tilstand endres på en slik måte at medisinsk oppfølging er nødvendig
- Den behandling og overvåking som er nødvendig og påkrevd er av en slik art at akuttmottaket ikke har tilstrekkelig personell, medisinsk utstyr eller medisiner til å kunne ivareta pasienten

- Pasienten krever spesialisert tilsyn og overvåking på grunn av kritisk tilstand, som man ikke kan forvente at personellet i akuttmottaket vil kunne ivareta, særlig i perioder med stor pågang

Det skal være klare rutiner for hvordan akuttmottaket skal håndtere disse situasjonene. Rutinene skal være forankret både i mottaket og i alle aktuelle moderavdelinger, og skal inneholde en beskrivelse av:

- Hvordan mottaket skal melde fra til moderavdeling/ sengepost som skulle tatt imot pasienten om at de ikke kan ivareta pasienten i ventetiden
- Hvordan oppgaver og ansvar skal fordeles når akuttmottaket har meldt fra
- Hvem som har myndighet til å utløse ekstra ressurser

Sykehusene løser denne problematikken ulikt. Pasienter kan f.eks. bli liggende i mottaket, men lege fra vaktteamet som er i post og mottak, overtar ansvar for hvorvidt forordnet behandling iverksettes. Ofte vil bakvakt på moderavdeling selv gå til akuttmottaket for å se til pasienten. Noen sykehus løser også problematikken ved at sykepleiere "lånes" fra andre avdelinger i krisesituasjoner.

Forsvarlig tilsyn, observasjon, pleie og omsorg

Akuttmottakets ansvar innebærer å iverksette tiltak forordnet av lege, herunder for eksempel sikring av vitale funksjoner, smertelindring, væske-, trombolyse- og antibiotikabehandling. Det kan både være oppstart og videreføring.

Pasienten skal overvåkes og observasjoner rapporteres videre til ansvarlig lege når det er nødvendig, for eksempel ved endring i pasientens tilstand.

Det skal være et enhetlig dokumentasjonssystem med fortløpende journalnotater, der alle relevante forhold dokumenteres, så som iverksatte tiltak, endringer i pasientens tilstand og vidererapportering. Likeledes må alle dokumentasjonshjelpemidler som brukes på en ordinær sengepost også kunne tas i bruk i akuttmottaket, eksempelvis medikamentkurver og sykepleierdokumentasjon slik at helheten ivaretas.

Dersom lege har gitt eksplisitte beskjeder i forhold til overvåking av pasient, for eksempel pasient som venter på operasjon, skal det tas i bruk overvåkingskjema tilsvarende det som blir brukt på post/ oppvåkning.

Ansvarer innebærer også at pasientene får andre ordinære pleie- og omsorgstiltak, for eksempel at diabetikere blir fulgt opp i forhold til kost, at eldre blir fulgt opp i forhold til inntørring mm.

4. Revisjonskriterier

4.1. Innledning

Tilsynet skal undersøke om pasientbehandlingen i akuttmottak i somatiske sykehus er faglig forsvarlig.

Veilederens kapittel 3 beskriver spesifikke utfordringer knyttet til mottak, prioritering, undersøkelse, diagnostisering, observasjon og medisinsk oppfølging av pasienter i akuttmottak.

Fokuset er rettet mot arbeidsoppgaver og arbeidsprosesser der det er risiko for svikt i henhold til forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Veilederens kapittel 2 beskriver gjennomgående utfordringer knyttet til ledelse, organisering og styring av akuttmottak. Kravene er gitt i internkontrollforskriften, og er myndighetenes minimumskrav til et kvalitetsstyringssystem som skal sikre at kravene i helselovgivningen etterleves.

Nedenfor er det satt opp revisjonskriterier som kobler sammen myndighetskravene som drøftes i kapittel 2 og 3. Alle revisjonskriteriene med underkriterier må vurderes samlet, og skal danne et totalbilde av om pasientbehandlingen i akuttmottaket er faglig forsvarlig. Se også kapittel 1.3. Hvert og ett revisjonskriterium representerer altså ikke nødvendigvis et avvik alene, men kan representere et symptom på en større svikt eller fare for større svikt.

Alle avvik skal underbygges godt og hjemles både i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og i internkontrollforskriften § 4, eventuelt også internkontrollforskriften § 5. Dersom andre hjemler skal brukes i tillegg, er det spesielt angitt under aktuelt revisjonskriterium.

4.2. Revisjonskriterier

- All pasientrettet drift i akuttmottaket foregår på en planlagt, organisert og forutsigbar måte for å sikre faglig forsvarlig pasientbehandling.
 - Det er gjort risikovurderinger for å identifisere kritiske trinn i prosessene knyttet til forsvarlig pasientbehandling, og det iverksettes tiltak for å unngå svikt.
 - Eksempler på avdekte risikomomenter er problemstillingene som tas opp under kapittel 3 i veilederen. *(Det må forventes at noen av disse gjenfinnes.)*
 - Helseforetaket har etablert resultatmål/ aktivitetsmål for akuttmottakets virksomhet.
 - Målene er kjente for alle involverte ledere, og de gjenspeiles i prioriteringskriteriene som igjen styrer pasientbehandlingen. Eksempler på slike mål er hvor lang tid det er akseptabelt at en pasient oppholder seg i akuttmottaket, hvor ofte det er akseptabelt at pasientene blir liggende lenge i akuttmottaket fordi det ikke er plass på moderavdelingene og hvor ofte det må påregnes at det ”trykkes på knappen for overbelastning” ved hverdagskriser.
 - Det finnes oversikt over pasientstrømmen i akuttmottaket slik at det er kjent når på døgnet, når i uka og når på året arbeidsbelastningen er særlig stor.
 - Personal- og kompetanseressurser styres i tråd med arbeidsbelastningen i akuttmottaket.
 - Det er ensartet forståelse i helseforetaket om hvordan overbelastning i akuttmottaket skal håndteres, både når det gjelder bruk av ekstra personell og ekstra lokaler.
 - Det er entydig og kjent hvem som har overordnet ansvar for koordinering og styring av alle aktiviteter og ressurser tilknyttet virksomheten i akuttmottaket.
 - Alle som yter helsetjenester i akuttmottaket har klare retningslinjer for disse oppgavene. Ansvar, myndighet og rapporteringslinjer er avklart.
 - Det er klart hvem som tilkaller ulike leger til akuttmottaket.
 - Det er klart hvem som utløser ”kriseknappen” ved hverdagskriser, og hvilke kriterier som ligger til grunn for det.

- Det er klart hvem som tilkaller ekstra personell, også leger, ved hverdagskriser.
- Det er klart hvem som har tilsyn med den enkelte pasient og hvem som har det medisinske ansvaret for de ulike pasientene.
 - Det finnes en oversikt over alle pasienter som oppholder seg i akuttmottaket og hvor den enkelte pasient befinner seg.
 - Det er klart hvem som har ansvaret for ulike pasienter i påvente av legeundersøkelse og også etter legeundersøkelsen.
 - Det er klart hvilken avdeling som har ansvaret for pasienter som er ferdigbehandlet i akuttmottaket og venter på overføring til moderavdeling.
 - Pasienter med uavklarte diagnoser vurderes umiddelbart av helsefaglig personell, og lege varsles.
 - Det er klart hvem som har ansvaret for å sikre at tilkalt lege kommer innen forsvarlig tid, og eventuelt tilkalle annen lege dersom det er nødvendig.
 - Det er klart hvem som følger pasienten til og fra røntgenavdelingen, og hvem som har ansvaret for eventuell nødvendig observasjon og medisinsk oppfølging av pasienten under transport og under oppholdet på røntgenavdelingen.
- Personal- og kompetanseressurser er underlagt styring for å sikre faglig forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket.
 - Det er definert kompetansebehov og etablert opplæringsprogrammer og oppfølgingsrutiner for alle som yter helsetjenester i akuttmottaket.
 - Helseforetaket har et introduksjonsprogram for alt personell som jobber i akuttmottaket. Det er kjent og etterleves.
 - Uerfarne nyansatte og vikarer følges opp av mer erfarne kollegaer.
 - Akuttmottaket har tilgang på nødvendig personell.
 - Bemanningen er tilpasset forventet aktivitet enten det er natt, helg eller høytid. Dette gjelder alle avdelinger som skal yte helsetjenester i akuttmottaket. (*Se foran om å ha oversikt over pasientstrømmen i akuttmottaket.*)
 - Tilgjengelige personalressurser styres slik at de dårligste og de uavklarte pasientene alltid kan prioriteres.
 - Det tilkalles hjelp når det er behov for høyere og mer spesialisert kompetanse.
 - Det tilkalles ekstra og nødvendig personell ved aktivitetstopper og hverdagskriser, enten det skyldes stor pågang av pasienter eller opphopning av pasienter som venter på overføring til moderavdeling. ”Kulturen” støtter tilkalling av bakvakter og ekstra personell.
 - Sykepleiere, leger og annet involvert personell utveksler pasientinformasjon slik at pasientene i akuttmottaket får forsvarlige helsetjenester.
 - Vaktskifter foregår på en styrt måte. Nødvendig informasjon og nødvendige oppgaver videreføres.
- For å sikre faglig forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket, er det etablert tiltak som skal hindre svikt i kritiske trinn i ulike arbeidsprosesser. Skriftlige prosedyrer etableres dersom det er nødvendig.
 - Det er etablert tiltak som sikrer at alle pasienter registreres med nødvendige opplysninger.
 - Der akuttmottak og legevakt er samlokalisert er det klar ansvarsfordeling og klare retningslinjer for å hindre at pasienter blir oversett.

- Tidspunktet for ankomst og når pasienten forlater akuttmottaket registreres.
- Hva som ellers registreres av pasientopplysninger og hvordan det registreres, fremgår av en prosedyre. Det kan være en skriftlig prosedyre eller det kan være en elektronisk mal som må følges.
- Nødvendig pasientdokumentasjon fremskaffes. Det kan blant annet være pasientjournal eller opplysninger fra henvisende lege eller ambulanspersonellet.
- Akuttmottaket har tiltak som sikrer at pasienter registreres og ivaretas også ved samtidighetskonflikter der mange pasienter kommer inn samtidig.
- Det er etablert tiltak som sikrer at pasientene prioriteres og sluses videre ut fra symptomer, tilstand og hastegrad.
 - Det er klare retningslinjer for mottak og prioritering av pasienter. Det loggføres dersom pasienter avvises og/ eller henvises til annen helsetjeneste.
 - Pasientens kliniske tilstand observeres og dokumenteres av sykepleier kort etter innkommst.
- Akuttmottaket har retningslinjer for å registrere alle legemidler pasientene bruker til daglig.
 - Ved uklarheter sjekkes dette så langt som mulig opp nærmere enten med pårørende eller på andre måter.
- Undersøkelokalene muliggjør en forsvarlig undersøkelse av pasienten.
 - Det er nok plass rundt senga eller båra slik at pasienten kan undersøkes fra begge sider.
 - Pasientens integritet ivaretas. (*Pasientrettighetsloven § 3-6, jamfør helsepersonelloven kapittel 5.*)
 - Legen og annet helsepersonell har fortrolige samtaler med pasienten uten at taushetsplikten brytes. (*Pasientrettighetsloven § 3-6, jamfør helsepersonelloven kapittel 5.*)
- Det er etablert tiltak som sikrer medisinsk diagnostisering og undersøkelse av alle pasienter i akuttmottaket.
 - Legeundersøkelsen blir påbegynt/ foretatt innen forsvarlig tid, og det er omforent forståelse av hva som er forsvarlig tid for ulike typer pasienter, også uavklarte pasienter.
 - Undersøkende lege har tilgang på relevant informasjon som inkomstrappport, kliniske observasjoner gjort før og etter innleggelse, eventuelle laboratorie- og røntgenresultater og eventuelle tidligere journaler.
 - På bakgrunn av pasientens daglige legemiddelbruk vurderes det om noen av disse medikamentene må seponeres eller gis under oppholdet i akuttmottaket.
 - Beslutninger om nødvendig observasjon og medisinsk oppfølging nedtegnes, også for perioden der pasienten venter på overføring til moderavdeling.
- Det er etablert retningslinjer for oppfølging av resultater fra laboratorie- og røntgenundersøkelser.
 - Patologiske resultater som krever øyeblikkelig medisinsk behandling følges opp umiddelbart.
- Det er etablert tiltak som sikrer at alle pasienter observeres og behandles under oppholdet i akuttmottaket.
 - Beslutninger om nødvendig observasjon og medisinsk oppfølging iverksettes, overvåkes og følges opp. Dette inkluderer blant annet ordinert medikamentell behandling (inkludert smertelindring), væskebehandling og oksygenbehandling.

- Overvåkingen tilpasses pasientenes symptomer og tilstand. Eventuelle endringer i sykdomsbildet fanges opp og dokumenteres. Dette er spesielt viktig for pasienter med uavklarte diagnoser.
 - Pasientene får nødvendig mat, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes helsetilstand.
- Det er etablert og implementert avviksbehandlingssystemer som fanger opp og forebygger risiko for svikt for å sikre forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket.
 - Avvikshåndtering er en prioritert oppgave det jobbes kontinuerlig med for å sikre forsvarlig tjenesteyting i akuttmottaket.
 - Ansvar, myndighet og rapporteringsrutiner er tydeliggjort, også for avvik som involverer flere avdelinger, klinikker eller divisjoner.
 - Alt personell som utfører arbeid i akuttmottaket er kjent med hvordan de skal melde fra om avvik når det skjer noe uforutsett, og ikke bare når det skjer pasientskader.
 - Det meldes avvik på all svikt knyttet til vedtatte mål, prioriteringer, tiltak og aktiviteter som for eksempel kaos ved samtidighetskonflikter og hverdagskriser, når tilkalt personell ikke kommer innen forsvarlig tid, når nye leger ikke er kjent med akuttmottakets rutiner, når meldte avvik ikke behandles, pasienter ”glemmes”, når taushetsplikten brytes, når pasienter ikke overvåkes og behandles som bestemt av undersøkende lege, når vaktskifter ikke fungerer, når legemiddelbruk ikke registreres.
 - Tilbakemeldinger fra ansatte, pasienter og pårørende blir systematisk fulgt opp med tanke på om det er rutiner som må endres.
 - Det er etablert kjente rutiner for oppfølging av meldte avvik.
 - Akuttmottaket og helseforetaket lærer av sine feil. Det er etablert arenaer der avvik diskuteres på tvers av profesjoner, avdelinger og klinikker/ divisjoner slik at rutiner kan endres på en hensiktsmessig måte.
 - Det iverksettes korrigerende og forebyggende tiltak for å hindre at svikten skjer på nytt. Alle involverte informeres om endrede rutiner.
 - Det undersøkes om korrigerende og forebyggende tiltak har ønsket effekt i forhold til forsvarlig pasientbehandling i akuttmottaket.
 - Avvik som ikke kan lukkes på avdelingsnivå, løftes opp i organisasjonen.
 - Avvik som involverer flere avdelinger eller klinikker/ divisjoner, løftes opp til felles organisatorisk nivå, og løses der.
 - Ledere på ulike organisatoriske nivåer og i ulike klinikker/ divisjoner følger opp driftsresultater i akuttmottaket for å sikre faglig forsvarlig pasientbehandling. Dette gjøres ved hjelp av ledelsens gjennomgang eller andre tilsvarende strategiske møter eller rapporteringsformer.
 - Ledere i akuttmottaket følger opp daglig drift og meldte avvik gjennom for eksempel interne revisjoner, evalueringer, rapporteringer eller møter.
 - Med jevne mellomrom vurderes det om ledelse, organisering og styring av akuttmottaket fungerer hensiktsmessig når det gjelder å sikre faglig forsvarlighet. Vedtatte driftsmål/ kvalitetsmål følges opp.
 - Kritiske områder følges opp spesielt, herunder kapasitetsproblemer i akuttmottaket både når det gjelder personell og lokaler.
 - Vedtatte tiltak og prosedyrer følges opp med tanke på om de etterleves, og de oppdateres etter behov.

- Alle er kjent med hva som skal rapporteres videre.
- Lederne er kjent med hva de skal rapportere videre.
- Ledere i avdelinger som har personell som arbeider i akuttmottaket følger opp at deres personell har nødvendig opplæring og innsikt i akuttmottakets rutiner og at de følger vedtatte retningslinjer og prosedyrer.
 - Det gjøres ved hjelp av interne revisjoner, evalueringer, rapporteringer og/eller møter.
 - Opplæringen er tilpasset akuttmottakets behov. Endrede retningslinjer innarbeides.
 - Alle er kjent med hva som skal rapporteres videre.
 - Lederne er kjent med hva de skal rapportere videre.
- Leder av helseforetakets felles organisatoriske nivå for all virksomhet i akuttmottaket sørger for forsvarlige helsetjenester i akuttmottaket. *(Dette kan være leder av en klinikk eller en divisjon, og det kan være administrerende direktør).*
 - Det er spesielt styringsfokus på risikoområder, blant annet flaskehalsproblematikken. Resultatmål/ aktivitetsmål for akuttmottaket vedtas og følges opp.
 - Avvik fra akuttmottaket som ikke lukkes innen rimelig tid, behandles og følges opp. Behov for endrede rutiner varsles alle involverte parter.
 - Avvik fra akuttmottaket som involverer flere avdelinger og klinikker/divisjoner følges opp med tanke på å sikre iverksetting av effektive korrigerende tiltak. Alle involverte parter varsles om eventuelle nødvendige endringer.
 - Leder gjennomfører ledelsens gjennomgang eller tilsvarende strategiske møter der siste års aktiviteter i akuttmottaket gjennomgås med tanke på nødvendige endringer for neste år. Trender fra akuttmottakets avviksbehandling er ett av flere temaer som gjennomgås og følges opp med nødvendige tiltak.
 - Vedtatte endringer/ tiltak noteres, ansvar plasseres og tidsfrister fastsettes.

5. Planlegging, forberedelser og gjennomføring av tilsynet

5.1. Generelt

I hver helseregion skal tilsynet gjennomføres med ett tilsynslag og samme revisjonsleder. Dette forutsetter utstrakt samarbeid mellom Helsetilsynet i fylkene både når det gjelder forberedelser og gjennomføring, og det er viktig at samarbeidet oppfattes forpliktende. Ellers vises det til brev av 24. oktober 2006 fra Statens helsetilsyn til Helsetilsynet i fylkene med kopi til landets fylkesmenn. Det forventes at tilsynsmyndighetene opptrer koordinert og sikrer at forholdene blir tilstrekkelig grundig undersøkt i tråd med gjeldende prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon, godkjent 11. juli 2005.

5.2. Tilsynsmetodikk

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon. Det betyr at revisjonslaget skal undersøke om det enkelte helseforetakets internkontroll sikrer forsvarlighet og kvalitet i akuttmottaket når det gjelder mottak, prioritering, undersøkelse, diagnostisering, observasjon og medisinsk oppfølging. Dette skal gjøres i henhold til gjeldende prosedyre. Revisjonslaget skal undersøke om helsetjenestene utføres i tråd med angitte myndighetskrav. Det inkluderer å undersøke om

helseforetaket har satt resultatmål/ kvalitetsmål for aktiviteten i akuttmottaket og hvordan ledere på ulike organisatoriske nivåer etterspør og følger opp kvaliteten på disse tjenestene.

5.3. Tilsynslagene

Medlemmene i tilsynslagene må ha god og oppdatert revisjonskunnskap og revisjonserfaring. Tilsynslagene må settes sammen slik at de samlet sett har følgende kompetanse:

- Erfaren revisjonsleder med god kjennskap til gjeldende prosedyre for systemrevisjoner inkludert internkontrollens sentrale plass i slike revisjoner
- Helsefaglig kompetanse, erfaring fra spesialisthelsetjenesten
- Juridisk kompetanse
- Innsikt i spesialisthelsetjenestens utfordringer knyttet til ledelse, organisering og styring

Tilsynene gjennomføres med regionale team. Det anbefales at hvert embete er representert med en medarbeider. Dersom dette medfører at tilsynslaget blir for stort, må det tilrettelegges for at det alltid er med en deltaker fra aktuelt fylke.

Medlemmene i tilsynslaget er aktivt avhengige av hverandres kompetanse for å kunne gjennomføre et godt tilsyn. Det å få tilsynslaget til å fungere er en vesentlig del av revisjonsleders oppgave. Dette krever samhandlings-, koordinerings- og pådriveregenskaper. Tilsynslagets totale kompetanse må utnyttes på en konstruktiv måte gjennom hele prosessen slik at tilsynene kan gjennomføres mest mulig effektivt, målrettet og etterrettelig.

I systemrevisjonsprosedyren kapittel 5.2.1 er det beskrevet at revisjonsleder bør delta ved sammensetting av tilsynslaget. Det er viktig å sette sammen en gruppe som kan fungere som et lag og som totalt sett dekker kompetansebehovet. Revisjonsleder oppnevnes av kontaktfylkeslegen, og har ansvaret for planlegging, koordinering og gjennomføring av tilsynene innen den enkelte helseregion. Revisjonsleders ansvar opphører når endelig tilsynsrapport foreligger.

Ansvaret for oppfølging og lukking av avvik er plassert hos Helsetilsynet i fylkene. Revisjonsleder bør tas med på råd i dette arbeidet.

5.4. Tilsynets tidsramme

Tilsynene skal være gjennomført og endelige rapporter oversendt Statens helsetilsyn innen 15. november 2007. Omfanget av tilsynet tilsier at det er behov for å bruke 2 hele arbeidsdager til gjennomføringen av hvert tilsyn. Dette først og fremst fordi tilsynet vil bli krevende med hensyn til å vurdere samhandling mellom flere fagområder/ avdelinger/ klinikker/ divisjoner, og de styringsmessige utfordringene det representerer.

Tilsynslagene bør søke å legge det enkelte tilsynet til tidspunkt som passer virksomheten.

5.5. Valg av virksomheter

Tilsynet skal omfatte minst 4-6 helseforetak i hver helseregion, og antallet skal gjenspeile regionstørrelsen. Ut fra tilsynets innretning anbefales det å velge akuttmottak på de største sykehusene. Valg av helseforetak bør likevel gjøres etter en risiko- og sårbarhetsvurdering.

5.6. Adressat for melding om tilsyn og tilsynsrapporter

Helseforetakene er adressat for tilsynet. Det innebærer at varsel om tilsyn, tilsynsrapport og eventuell anmodning om lukking av avvik skal rettes til helseforetaket. Helseforetakene vil uavhengig av valgt styringsmodell ha det overordnede ansvaret for virksomhetene, og dermed også ansvaret for at eventuelle avvik følges opp og korrigeres på en tilfredsstillende måte.

5.7. Forberedelser og dokumentinnhenting til det enkelte tilsyn

Ved gjennomgang av veilederen bør tilsynslagene foreta en vurdering av hvilke opplysninger og dokumenter som er relevante å innhente i forkant av tilsynet.

Tilsynslagene bør vurdere om det er behov for formøte med helseforetaket som ledd i forberedelsene, jf. systemrevisjonsprosedyren 5.4.1.

Systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.3 presiserer at tilsynslaget skal gjøre seg kjent med den skriftlige dokumentasjonen av styringen og av foreliggende resultatdokumentasjon før tilsynet gjennomføres. Dette skal vurderes opp mot revisjonskriteriene.

Det kan blant annet være aktuelt å innhente følgende opplysninger knyttet til mottak, prioritering, undersøkelse, diagnostisering, observasjon og medisinsk oppfølging av pasienter i akuttmottaket:

- Helseforetakets resultatmål/ kvalitetsmål inkludert mål for forbedringsarbeidet.
- Akuttmottakets organisering i helseforetaket inkludert organiseringen av leger ved kirurgiske og medisinske avdelinger/ klinikker/ divisjoner, bioingeniører, radiografer og andre som yter helsetjenester i akuttmottaket.
- Oversikt/ skisse over akuttmottakets lokaler.
- Oversikt over relevante oppgaver, ansvar, myndighet, rapporteringslinjer, kompetansebehov og opplæringsplaner for ansatte i akuttmottaket inkludert leger ved kirurgiske og medisinske avdelinger/ klinikker/ divisjoner, og også eventuelt andre som yter helsetjenester der.
- Bemanningsplaner som inkluderer den uka tilsynet gjennomføres.
- Oversikt over ledere og ansatte som er involvert i arbeidet i akuttmottaket. Dette inkluderer også leger ved kirurgiske og medisinske avdelinger/ klinikker/ divisjoner og deres overordnede.
- Skriftlige samarbeidsavtaler eller alternativt en beskrivelse av samhandlingen mellom akuttmottaket og andre avdelinger som kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, røntgenavdelingen og laboratorieavdelingen.
- Oversikt over definerte risikoområder.
- Oversikt over hvordan helseforetakets rutiner sikrer at de avdekker, retter opp og forebygger overtredelse av myndighetskravene i akuttmottaket. Dette kan for eksempel være rutiner for avvikshåndtering, og hvordan det håndteres på tvers av klinikker/ divisjoner.
 - Gjærne nyere eksempler på relevante avviksrapporter med dette fokuset.
- Oversikt over hvordan helseforetaket systematisk overvåker og gjennomgår resultatdokumentasjon/ styringsinformasjon knyttet til pasientrettet drift i akuttmottaket, og hvordan det sikres at dette fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring. Dette kan for eksempel være rutiner for interne revisjoner, ledelsens gjennomgang eller andre strategiske møter der det foretas en gjennomgang av internkontrollen/ kvalitetsstyringssystemet/ kvalitetssystemet for å se om akuttmottaket fungerer som planlagt.

- Gjærne nyere eksempler på relevante rapporter fra interne revisjoner og referater fra ledelsens gjennomgang/ strategiske møter med dette fokuset.
- Gjærne nyere relevante revisjonsrapporter fra eksterne aktører inkludert eventuelt andre tilsynsmyndigheter.
- Oversikt og skriftlige prosedyrer knyttet til pasientrettet drift i akuttmottaket, både for leger og annet helsefaglig personell som er involvert i disse prosessene.

5.8. Intervjuobjekter, intervjuer og verifikasjoner

Intervjuene må brukes til å få frem informasjon som tilsynslaget mangler, sjekke ut om tilsendt dokumentasjon er kjent blant ansatte som burde hatt kjennskap til dokumentene og om vedtatte skriftlige prosedyrer er implementert. Intervjuene må også brukes til å sjekke ut om vedtatte mål og planer følges opp, om akuttmottaket og helseforetaket lærer av sine feil og hvordan dette håndteres og følges opp.

Revisjonskriteriene er styrende for hva intervjuene skal dreie seg om for at tilsynet skal kunne gi svar på om pasientbehandlingen i somatiske akuttmottak er faglig forsvarlig. Det er viktig at intervjuene benyttes målrettet, og at det gjøres gode forberedelser slik at det under tilsynet er helt klart hvem som skal spørres om hva. Avvikshåndtering i akuttmottaket vil for eksempel være et tema alle skal spørres om, men alle skal likevel ikke ha de samme spørsmålene. Tilsynet må gi svar på om involvert personell registrerer avvik, om avvikene korrigeres og lukkes på en tilfredsstillende måte, om lederne følger opp at dette fungerer og at det iverksettes tiltak for å forebygge ny svikt. Det må også undersøkes om det er lik oppfatning av dette mellom ulike typer personell, ledere og organisatoriske nivåer. Dette skal fungere uavhengig av hvem som er involvert. Helseforetakets administrerende direktør har det øverste ansvaret.

For å få svar på om helseforetaket sikrer forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus, anbefales det å velge ut intervjuobjekter i tråd med angitt liste nedenfor. Noen av disse funksjonene kan være sammenfallende eller ha andre titler. Det må avklares hvem som har det administrative ansvaret og hvem som har det medisinske ansvaret i akuttmottaket. Det må sikres at de som innehar disse funksjonene blir intervjuet.

- Administrerende direktør
- Kirurgisk klinikk- eller divisjonsdirektør
- Medisinsk klinikk- eller divisjonsdirektør
- Akuttmottakets klinikk- eller divisjonsdivisjonsdirektør
- Akuttmottakets avdelingssykepleier
- 1 nyansatt sykepleier i akuttmottaket, relativt nyutdannet
- 1 erfaren sykepleier i akuttmottaket
- 1 ansatt som jobber mye med registrering av pasienter
- 1 kirurgisk turnuslege
- 1 medisinsk turnuslege
- 1 kirurgisk assistentlege
- 1 medisinsk assistentlege
- 1 kirurgisk overlege
- 1 medisinsk overlege

Ved valg av intervjuobjekter blant turnusleger, assistentleger og overleger er det ønskelig at det oppnås en spredning med hensyn til kjønn, og også med hensyn til erfaring. Dette fordi våre forundersøkelser viste at arbeidssituasjonen ble opplevd ulik mellom disse gruppene.

For å få til en konstruktiv dialog i intervjuene er det helt nødvendig å tilpasse språket til den begrepsbruken som benyttes i det enkelte akuttmottak og helseforetak. Dersom tilsendt dokumentasjon viser at de for eksempel bruker begrepet kvalitetssystem, kvalitetsstyringssystem eller styringssystem istedenfor internkontroll, så må deres begrep benyttes og ikke begrepet internkontroll. Det samme gjelder en del andre begreper som for eksempel avvikssystem. Dersom de kaller det forbedringsrutiner eller noe annet, så bruk deres begrep og finn ut hva de legger i det. Dette er helt vesentlig for å få en god dialog og for å få svar på det tilsynet ønsker.

Opplysninger fra intervjuene må sammenholdes med resultater fra dokumentgjennomgangen som ble gjort i forkant av tilsynet. Under enkelte intervjuer kan det komme frem opplysninger det er behov for å sjekke ut ved å se i dokumenter, resultatregistreringer, møterefater eller annet. I denne sammenhengen kan det også være aktuelt å ta korte samtaler med noen aktuelle personer, for eksempel en radiograf, en bioingeniør, en portør eller en eller flere sykepleiere. Det er viktig at det er satt av tid nok til slike verifikasjoner. Ulike typer informasjon bekreftes eller avkreftes.

Under tilsynet vil det også kunne være aktuelt med en gjennomgang av pasientjournaler, avviksregistrering/ avviksbehandling, rapporter fra relevante interne og/ eller eksterne revisjoner, sjekklister, dokumentasjon av opplæring med mer. Informasjonen fra disse dokumentene skal bidra med å gi svar på om revisjonskriteriene oppfylles eller ikke.

Det anbefales å be om de 20 siste journalene (fra brevets dato) som inkluderer ett eller flere av følgende kjennetegn:

- Pasienter over 80 år
- Pasienter som oppholdt seg mer enn 2 timer i akuttmottaket
- Pasienter som kom inn med uavklarte diagnoser

Journalene vil kunne gi svar på når pasienten oppholdt seg i akuttmottaket, hva som ble undersøkt i akuttmottaket både av sykepleiere og lege(r), tidligere legemiddelbruk, eventuelle laboratorie- og røntgenundersøkelser, tentativ diagnose, overvåking og behandling.

Det vil også i forbindelse med en befaring kunne være aktuelt å se på informasjonstavler, huskelister, oversikt over pasientene i akuttmottaket, notater/ lister over mottatte ringte prøveresultater og andre telefonbeskjeder knyttet til pasientoppfølging og pasientbehandling. I tillegg vil det være aktuelt å se på lokalene med tanke på forsvarlig pasientbehandling og ivaretagelse av taushetsplikten. Videre kan det også være aktuelt å få demonstrert hvordan elektronisk pasientjournal og informasjonsoverføring mellom sykepleier og lege fungerer i praksis. Dette kan gjøres ved å følge/ rekonstruere en pasients forløp gjennom akuttmottaket den aktuelle dagen, og snakke med både involvert pleiepersonell og medisinsk personell.

6. Rapporter

6.1. Tilsynsrapport

Tilsynsrapporten skal tydelig formidle og underbygge avdekket svikt eller risiko for svikt knyttet til pasientbehandling i akuttmottak i somatiske sykehus. Det skal også fremkomme av rapporten at tilsynet har vurdert hva det er i helseforetakets internkontroll som ikke har fungert for å sikre dette. Gjeldende mal for tilsynsrapport skal benyttes i tråd med systemrevisjonsprosedyrens kapittel 5.5.3, 5.5.4 og 5.6.

Dersom tilsynslaget finner og i avvikene underbygger gjennomgående mangler ved internkontrollen, kan det gjerne gjøres en samlet vurdering av styringssystemet i rapportens kapittel 6. Da er det også naturlig å si noe om styringssystemet i sammendraget.

Tilsynsrapporten sendes til helseforetaket.

Kopi av tilsynsrapportene sendes fortløpende til postmottak@helsetilsynet.no, og de vil bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider.

6.2. Regional oppsummeringsrapport

Tilsynslagene skal oppsummere tilsyn med helseforetak i en samletrapport for hver helseregion. Rapporten sendes til det regionale helseforetaket.

Kopi av oppsummeringsrapportene sendes til postmottak@helsetilsynet.no, og de vil bli lagt ut på Helsetilsynets hjemmesider.

6.3. Nasjonal oppsummeringsrapport

Statens helsetilsyn vil på bakgrunn av de enkelte tilsynsrapportene utarbeide en nasjonal oppsummeringsrapport for dette landsomfattende tilsynet.

7. Vedlegg

7.1. Arbeidsgruppens mandat

Tema

Helsetilsynet har besluttet at hovedtema for det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenesten i 2007 skal være: ***Forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatiske sykehus.*** Temaet er valgt på grunn av akuttmottakenes kompleksitet og mangehodede lederskap.

Tilsynet skal gjennomføres som systemrevisjon i henhold til gjeldende policy og prosedyre. Tilsynet skal ha hovedfokus på styring med vekt på virksomhetenes forbedringsarbeid.

Gruppens arbeid og innhold i veileder

Arbeidsgruppen skal avgrense tilsynets tema nærmere. Avgrensningen skal baseres på risiko- og sårbarhetsvurderinger. Det skal velges ut aktiviteter, prosesser og funksjoner hvor det er risiko for svikt og der svikten kan ha negative eller skadelige konsekvenser for pasienten.

I arbeidet med avgrensning av tilsynet skal arbeidsgruppen etablere dialog med relevante fagmiljøer/ personer og sikre dialogen med fagavdelingene i Helsetilsynet.

Gruppen må avklare om det finnes kunnskap det er viktig å benytte i forberedelsen, herunder blant annet relevante hendelsesbaserte saker etaten har behandlet eller tilsynsrapporter fra tidligere systemrevisjoner innenfor dette området.

Videre må gruppen fortløpende vurdere om det i forhold til lovtolkning, retningslinjer og standarder, er behov for å konsultere Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet eller andre aktører.

Når avgrensningen av tilsynet er foretatt, skal arbeidsgruppen avklare hvilke krav i helselovgivningen som er relevante, og utlede revisjonskriterier så presist som lovverk og faglige vurderinger tilsier, jfr. gjeldende prosedyre for systemrevisjon.

En vurdering av behovet for fagrevisor og de ressurser som da eventuelt må stilles til disposisjon, skal legges frem for ledelsen i Helsetilsynet sammen med forslag til nærmere avgrensning av tilsynet. Øvrige prinsipielle spørsmål som trenger avklaring underveis, bringes løpende inn til Helsetilsynets ledelse slik gruppen finner det hensiktsmessig.

Arbeidsgruppen utarbeider veileder for tilsynet slik at tilsynet kan gjennomføres i samsvar med gjeldende prosedyre for systemrevisjon og tilhørende rapportmal.

Foruten en redegjørelse for tema og revisjonskriterier, skal veilederen dersom arbeidsgruppen finner det hensiktsmessig inneholde forslag til:

- Strategiske og taktiske valg i forbindelse med gjennomføring av tilsynet, for eksempel rekkefølge på aktiviteter, valg av intervjuobjekt osv.
- Stikkprøver/ kilder til informasjonsinnhenting.
- Tilsynslagets sammensetting og tilsynets omfang i tid.
- Oppfølging av funn ved tilsynet.

Framdriftsplan

- I løpet av juni 2006: Konstituering og første møtet i arbeidsgruppen.
- I begynnelsen av september: Møte med fagmiljøet.
- I løpet av september: Avgrensning av tema og omfang.
- Innen uke 49: Utkast til veileder ferdigstilles og sendes på høring til fylkene.
- Uke 50: Høringsrunde i fylkene.
- Uke 1 2007: Redigering.
- Uke 2/ 3: Godkjenning i Helsetilsynets ledermøte.
- Uke 4, januar 2007: Revisjonsledersamling.
- I løpet av november 2007: Revisjonsledersamling med erfaringsutveksling og oppsummering av tilsynet.

7.2. Arbeidsgruppens medlemmer

Astrid Sponheim Hunderi, Helsetilsynet i Østfold (leder)

Grete Bjørang, Helsetilsynet i Vestfold

Sven Anders Haugtomt, Helsetilsynet i Hedmark

Jørgen Holmboe, Statens helsetilsyn, avd. I

Sylvi Storaas, Statens helsetilsyn, avd. I

Anders Haugland, Statens helsetilsyn, avd. II

Åshild Øverland, Statens helsetilsyn, avd. II (sekretariat)

Aud Frøysa Åsprang, Statens helsetilsyn, avd. II (sekretariat)