

## **Møte Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)**

Møtetid: Onsdag 06.10.21  
Formøter kl. 12.00- 12.55  
Hovedmøte kl. 13.00- 15.30  
Sted: Videokonferanse (Teams)

---

### **Saksliste**

- Sak 29/21 Innkalling og dagsorden**
- Sak 30/21 Referat fra SSU-møte den 03.09.21**
- Sak 31/21 Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**
- Sak 32/21 Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)**
- Sak 33/21 Nasjonal faglig retningslinje somatiske akuttmottak - høring**
- Sak 34/21 Oppfølging sak 24/21 Organisasjonskart Troms og Ofoten**
- Sak 35/21 Oppfølging SSU-sak 11/21: FSU rekruttering og stabilisering av helsepersonell**
- Sak 36/21 Neste møte og kommende saker**

**Meldt som hastesak;  
Behov for å finne ny dato for Partnerskapsmøtet 2022.**

---

**Sak:** 29/21  
**Tittel:** Innkalling og dagsorden  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 06.10.2021

---

**Forslag til vedtak:**

Innkalling og dagsorden er godkjent.

---

**Sak:** 30/21  
**Tittel:** Referat fra SSU-møte 03.09.2021  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 06.10.2021

---

Utkast til referat fra SSU-møtet 03.09.2021 ble sendt ut kort tid etter møtet. Det kom tilbakemelding med ønske om at der vedtak i saken er endret i forhold til forslag til vedtak, bør også forslaget tas med i referatet. Dette er tatt til etterretning og i endelig referat er forslag til vedtak tatt inn der vedtaksformulering ble endret under SSU møtet. Det kom ingen øvrige innsigelser til referatet innen tilbakemeldingsfristen og referatet ble deretter publisert på Helsefelleskapet Troms og Ofotens nettside: [www.helsefelleskapet.no](http://www.helsefelleskapet.no)

**Forslag til vedtak:**

Referat fra SSU-møte 03.09.2021 er godkjent.

Vedlegg 1: Møtereferat 20210903 SSU Troms og Ofoten

---

**Sak:** 31/21  
**Tittel:** Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Møtedato:** 06.10.2021

---

Representantene for partnerne i helsefelleskapet informerer om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

**Forslag til vedtak:**

Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering.

---

**Sak:** 32/21  
**Tittel:** Nasjonalt senter for distriktsmedisin  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Fra:** Trond Nylund, Helsefakultetet UiT  
**Møtedato:** 06.10.2021

---

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er et tverrfaglig kompetansesenter som skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning vil de bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten.

Avdelingsleder ved NSDM, Anette Fosse, gir SSU en presentasjon av Nasjonalt senter for distriktsmedisin. I møtet drøftes mulige samarbeidsflater mellom NSDM og helsefelleskapet.

**Forslag til vedtak:**

1. SSU takker for orienteringen om NSDM.
2. SSU ber om at NSDM inviteres inn der det er samarbeidsmuligheter.

---

**Sak:** 33/21  
**Tittel:** Nasjonal faglig retningslinje somatiske akuttmottak – høring  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Fra:** Fag- og kvalitetssenteret UNN  
**Møtedato:** 06.10.2021

---

Som en del av Nasjonal helse og sykehusplan har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å revidere den nasjonale faglige retningslinjen «Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak» fra 2014.

Det er en offentlig høring og utkastet er publisert på Helsedirektoratets høringsside, og er offentlig tilgjengelig. Innspill som kommer vil bli publisert i Helsedirektoratets nettside for høringer.

Høringsfristen er 17. november 2021. UNN vil avgi egen høringsuttalelse. SSU kan avgi høring på vegne av Helsefelleskapet Troms og Ofoten om ønskelig. Under gis en kort oppsummering av høringsnotatet.

**Oppsummering fra høringsutkastet**

Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak gir føringer for akuttmottak og observasjonsposter (også kalt akuttposter eller avklaringsposter) tilknyttet sykehusene.

Bakgrunnen for revideringen bunner i at man etter den nasjonale retningslinjen ble publisert i 2014, avdekket uheldig medisinsk praksis ved akuttmottakene. Dette er beskrevet i Helsetilsynets rapport "Sepsis: ingen tid å miste" fra 2018, og i Kunnskapscenterets læringsnotat "Akuttmottak – risikosone for pasientsikkerhet" fra 2015. Videre forklares det at de i 2019 ble opprettet en ny medisinsk spesialitet i akutt- og mottaksmedisin fra 2019, og det har kommet en ny Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialforskriften). Disse endringene er inkludert i revisjonen.

Innhold i retningslinjen:

Hovedtrekkene fra tidligere retningslinje er videreført i høringsutkastet som inneholder 16 anbefalinger.

I tidligere retningslinje var det egne kapitler om spesielle pasientgrupper (for eksempel akutt sykt barn og pasienter med hjertestans) som er fjernet i revisjonen.

Noen vesentlige endringer fra forrige versjon av retningslinjen er:

- Gode rutiner for prioritering av pasienter og bruk av team er vektlagt
- Anbefalinger knyttet til sporsikring og skadedokumentasjon er satt inn
- Anbefalinger for muntlig kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid er utdypet
- Det er gitt anbefalinger knyttet til hvordan akuttmottakene bør følge med på aktivitet og drift, samt ha prosedyrer for kritisk fullt akuttmottak
- Krav til kompetanse, opplæring, videreutdanning og etterutdanning er oppdatert og utdypet
- Enkelte anbefalinger knyttet til lokaler og utstyr er satt inn

Høringsfrist er 17. november 2021. Helsedirektoratet vil publisere retningslinjen etter at høringsinnspillene er gjennomgått og det eventuelt er gjort endringer/justeringer i anbefalingene.

**Forslag til vedtak - alternativ 1:**

1. SSU avgir høringsuttalelse på vegne av Helsefelleskapet Troms og Ofoten.
2. Innspill fra de enkelte SSU-medlemmene sendes på e-post til sekretariatet innen 20.10.2021.
3. Sekretariatet sammenfatter høringsinnspillene og sender forslag til høringsuttalelse til SSU for gjennomgang.
4. Endelig høringsuttalelse vedtas i SSU-møtet 05.11.2021.

**Forslag til vedtak - alternativ 2:**

1. SSU ønsker ikke å avgi høringsuttalelse på vegne av Helsefelleskapet Troms og Ofoten.
2. SSU oppfordrer de enkelte samarbeidspartnerne om å avgi høringsuttalelse hver for seg.

Vedlegg 3: Somatiske akuttmottak (Høringsutkast)

---

**Sak:** 34/21  
**Tittel:** Oppfølging sak 24/21 – Organisasjonskart Helsefelleskapet Troms og Ofoten.  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 06.10.2021

---

I møtet 3. september 21 fikk SSU forelagt et forslag til organisasjonskart for helsefelleskapet. Forslaget var basert på struktur så langt som den til nå er fastsatt av SSU.

I forslaget var det listet opp hvem som deltar i Partnerskapsmøtet og i SSU, samt hvem som per i dag ivaretar sekretariatet. Det kom innsigelser på denne framstillingen, og det ble en

diskusjon rundt fastlegenes representasjon. I tillegg ble det framsatt ønske om at kommunenes samhandlingssekretariat skulle tegnes inn selv om dette så langt ikke er etablert.

Sekretariatet finner det vanskelig å tegne selve organisasjonskartet tydeligere da det inneholder de utvalgene som er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan, vedtekter for helsefelleskapet Troms og Ofoten, og de vedtak gjort av SSU selv mht. faglige samarbeidsutvalg (FSU).

I dagens møte legges fram nytt forslag til organisasjonskart, hvor det presiseres hvilke FSU som er igangsatt, og hvilke som er under etablering. Inntil videre tas ut tilleggsinformasjon om hvem som deltar i de ulike utvalgene, og hvem som p.t. ivaretar sekretariatet. Med dette håper en SSU kan godkjenne et *foreløpig* organisasjonskart. Kartet vil bli oppdatert ved tilførsel av nye utvalg. Et mer detaljert organisasjonskart kan eventuelt utarbeides når uklarheter rundt fastlegenes tilhørighet er avklart, og interkommunalt samhandlingssekretariat er på plass.

**Forslag til vedtak:**

1. SSU godkjenner foreslått organisasjonskart for Helsefelleskapet Troms og Ofoten.
2. SSU ber om at organisasjonskartet oppdateres ved behov og at nye versjoner legges fram for SSU til godkjenning.

Vedlegg 2: Organisasjonskart v.2 Helsefelleskapet Troms og Ofoten

---

**Sak:** 35/21  
**Tittel:** Oppfølging SSU-sak 11/21– Rekruttering og stabilisering av helsepersonell  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Fra:** Sekretariatet  
**Møtedato:** 06.10.2021

---

SSU vedtok i møtet 03.06.2021 å etablere et faglig samarbeidsutvalg (FSU) for rekruttering og stabilisering. Frist for partnerne i helsefelleskapet å melde inn medlemmer til utvalget var opprinnelig satt til 01.07.2021. Pga. manglende innmelding ble det sendt ut ny forespørsel, og etter dette er det meldt inn en del forslag på medlemmer. Det avventes tilbakemelding fra bl.a. UiT og fylkeskommunen (fagskole og videregående skole), som også er invitert inn. Foreløpig sammensetning vil bli presentert i møtet. Målet er at utvalget skal avholde oppstartsmøtet før jul.

Å komme fram til felles operasjonelle tiltak for å møte utfordringene knyttet til rekruttering og stabilisering antas å bli en krevende oppgave. FSU-et skal ta utgangspunkt i følgende satsingsområde i Ishavserklæringen:

***Satse på felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten***

- ✓ Sørge for utdanning av og kompetanseutvikling for helsepersonell
- ✓ Sørge for kompetansedeling på tvers av og innad i tjenestenivåene
- ✓ Arbeide for rekruttering og stabilisering av helsepersonell

For å kunne avgrense og konkretisere mandatet så godt som mulig bes SSU diskutere oppdraget og komme med innspill. Hva ønsker man at utvalget i hovedsak skal jobbe med?

**Forslag til vedtak:**

1. SSU ber sekretariatet utarbeide forslag til mandat, basert på satsingsområdet beskrevet i Ishavserklæringen, og innspill fra SSU i dagens møte.
2. Forslag til mandat og endelig medlemssammensetning legges fram for SSU i møtet 05.11.2021.

---

**Sak:** 36/21  
**Tittel:** Neste møte og kommende saker  
**Til:** Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)  
**Møtedato:** 06.10.2021

---

Neste møte avholdes fredag 05.11.2021. Møtet avholdes digitalt.

Tidligere meldte og kommende saker:

- Brutt kontinuitet i fastlegeordningen – hva blir konsekvensene?
- Møteplan SSU 2022
- Jurybehandling av samhandlingsprisen 2021
- Pakkeforløp kreft hjem
- (Sak om samarbeid med Forsvaret om pandemihåndtering ble vinteren 2021 meldt fra UNN Narvik. Sekretariatet har gjort flere forsøk på å finne ut hvem som kan legge fram saken, men ikke fått avklaring. Saken utgår inntil videre.)

Frist for å melde saker til sekretariatet; **Fredag 15.10.2021**

Saker meldes og framstilles på godkjent saksmal, som sendes ut med sammen forespørsel om saker. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes [lene.kristiansen@unn.no](mailto:lene.kristiansen@unn.no) med kopi til [guri.moen.lajord@unn.no](mailto:guri.moen.lajord@unn.no)

**Forslag til vedtak:**

SSU tar informasjonen om neste møte, og frist og rutine for innmelding av saker til orientering.

## Referat møte 2-2021 Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Møtetid: 3. September 2021 kl 11.00-15.00

Sted: Videokonferanse (Teams)

---

### **Tilstede**

#### Medlemmer med stemmerett

Hogne Eidissen	Rådmann, Senja kommune, Midt-Tromsrådet
Liv-Merethe Sørensen	Kommunalsjef, Lyngen kommune, vara for Jan Hugo Sørensen
Magne Nicolaisen	Avdelingsdirektør, Tromsø kommune, Tromsø-området regionråd
Alf Lorentsen	Helse- og omsorgssjef, Karlsøy kommune, Tromsø-områdets regionråd
Toril Skår	Kommunalsjef, Harstad kommune, Hålogalandsrådet
Heidi Eriksen Laksaa	Kommunalsjef, Narvik kommune, Hålogalandsrådet
Anita E. Schumacher	Administrerende direktør UNN
Fredrik Sund	konst. Klinikksjef, Kreft/kirurgi/kvinnehelseklinikken (K3K), vara for Jon H. Mathisen
David Johansen	Klinikksjef, Medisinsk klinikk UNN
Marianne Nordhov	Konstituert klinikksjef, Barne- og ungdomsklinikken UNN
Ruben Sletteng	Avdelingsleder PHRK Rusavdelingen, vara for Eirik Stellander
Gina Maria Johansen	Driftsleder, UNN Harstad
Lise Figenschou	Fastlegerepresentant
Leif Røssås	Fastlegerepresentant
Paul Dahlø	Brukerrepresentant, Brukerutvalget UNN

#### *Meldt forfall:*

Kamilla Sørensen	Brukerrepresentant, Ungdomsrådet UNN
------------------	--------------------------------------

#### Medlemmer med møte- og talerett

Anne Grete Olsen	Fylkeslege, Statsforvalteren i Troms og Finnmark
Trond Nylund	Ass. fakultetsdirektør, Helsefakultetet UiT
Lena Røsæg Olsen	Fylkesleder, NSF Troms og Finnmark

#### Sekretariat

Guri Moen Lajord	Konst. avdelingsleder, Samhandlingsavdelingen UNN
Lene Kristiansen	Rådgiver, Samhandlingsavdelingen UNN
Marit Bergh	Rådgiver, Samhandlingsavdelingen UNN

#### Deltakere på sak

Kjetil Jørgensen	IKT Rådgiver Samhandlingsavdelingen UNN sak 21/21
Magnus Engeset	Rådgiver/Prosjektleder, Helsekompetanse UNN, sak 22/21
Camilla Johansen	Tromsø Kommune. Sak 25/21

#### Observatør

Elisabeth Warvik	Koordinator Ungdomsrådet, Barne og ungdomsklinikken UNN
------------------	---------------------------------------------------------

**Sak: 17/21**  
**Tittel: Innkalling og dagsorden**

SSU-leder Hogne Eidissen ønsket velkommen til møtet for Strategisk samarbeidsutvalg i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. Gjennomgang av deltakerliste og dagsorden.

**Vedtak:**  
Innkalling og dagsorden er godkjent.

---

**Sak: 18/21**  
**Tittel: Referat fra SSU-møte 03.06.21**

Utkast til referat fra SSU-møtet 03.06.2021 ble sendt ut kort tid etter møtet. Det kom ingen innsigelser til referatet innen tilbakemeldingsfristen. Referatet ble deretter publisert på Helsefelleskapet Troms og Ofotens nettside: [www.helsefelleskapet.no](http://www.helsefelleskapet.no)

**Vedtak:**  
Referat fra SSU-møte 03.06.2021 er godkjent.

---

**Sak: 19/21**  
**Tittel: Oppfølging sak 08/21 Ishavserklæringen – prioritering av innsatsområder og startpunkt**

Som oppfølging av sak 8/21 ved SSU-møte den 03.06.21, hadde partene i SSU utført intern vurdering av innsatsområdene i Ishavserklæringen 2021-2023. Det ble gitt en orientering fra representantene på hvilke områder som er ønskelig å prioritere i første omgang.

**Vedtak:**

1. SSU vil på bakgrunn av orientering fra medlemmene i dagens møte prioritere følgende punkter i Ishavserklæringen:
  - *Satsingsområde 1 «Felles innsats for helsetjenester til personer med sammensatt behov».*
  - *Satsingsområde 3 «Felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten».*
2. SSU ber sekretariatet følge opp områder og punkter i Ishavserklæringen utfra medlemmenes prioritering.
3. SSUs medlemmer plikter å bistå sekretariatet i den videre prosessen ved behov for innspill og/eller avklaringer.

---



**Sak:** 20/21  
**Tittel:** Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene

Representantene for partnerne i helsefelleskapet informerte om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

**Vedtak:**

1. Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering.
- 

**Sak:** 21/21  
**Tittel:** Samhandlingsbarometeret – hvilke indikatorer har Helsefelleskapet Troms og Ofoten behov for?

Samhandlingsbarometeret er et nettsted som skal gjøre relevant kunnskap lett tilgjengelig for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det arbeides med en ny web-løsning som vil være et nyttig verktøy for helsefelleskapet i ulike sammenhenger. I dagens møte ga rådgiver ved samhandlingsavdelingen UNN, Kjetil Jørgensen en demonstrasjon av den nye web-versjonen for å vise noen av mulighetene som ligger i verktøyet.

**Vedtak:**

1. SSU takker for demonstrasjon av ny web-løsning for Samhandlingsbarometeret, og tar denne til orientering.
2. Forslag til nye indikatorer kan meldes fortløpende til sekretariatet.

Vedlegg: Presentasjon Samhandlingsbarometeret

---

**Sak:** 22/21  
**Tittel:** Mikroopplæring medisinsk-teknisk utstyr

Rådgiver og prosjektansvarlig ved Helsekompetanse UNN, Magnus Engeset, orienterte om pågående prosjekt vedrørende mikroopplæring av medisinsk-teknisk utstyr. Det har siden 2020 vært igangsatt arbeid mellom Unifractal og UNN, knyttet til utarbeidelse av en applikasjon som vil gjenkjenne medisinsk utstyr ved bruk av maskinlæring. I applikasjonen er det en kobling til en database med aktuelle opplæringsfilmer for utstyret, og det er ønskelig å få kommuner med i prosjektarbeidet.

**Vedtak:**

1. SSU takker for presentasjonen og tar informasjonen om mikroopplæring i medisinsk-teknisk utstyr til orientering.
2. Kommuner som er interessert i å delta i prosjekt og vil vite mer oppfordres til å ta kontakt med Helsekompetanseseksjonen i UNN.

Vedlegg: Presentasjon Unifractal

---

**Sak: 23/21**  
**Tittel: Oppgaveoverføring Aclasta-infusjoner – resultat av utvalgsbehandling**

Samhandlingsavdelingen mottok i 2020 forslag til oppgaveoverføring gjeldende Aclasta-infusjoner til pasienter som ikke er innlagt i sykehuset. Et partnersammensatt utvalg, kalt Aclasta-utvalget, har utført gjennomgang av fastsatte kriterier for oppgaveoverføring, kartlegging av dagens praksis, faglige drøftinger, finansieringsordningen og fått innspill fra jurist, for å behandle innkommet forslag.

I dagens SSU møte oppsummerte Fastlegerepresentant og leder av praksiskonsulentene (PKO) i UNN Leif Røssås Aclasta-utvalgets funn, og konklusjon.

**Vedtak:**

Strategisk samarbeidsutvalg ber kommunene i Troms og Ofoten ivareta oppgaven med å gi Aclasta-infusjoner.

---

**Sak: 24/21**  
**Tittel: Organisasjonskart Helsefelleskapet Troms og Ofoten**

SSU ga i møtet 3. juni 2021 sekretariatet i oppdrag å tegne et organisasjonskart som viser strukturen i Helsefelleskapet Troms og Ofoten. I denne saken ble det presentert et organisasjonskart basert på det SSU så langt har besluttet, basert på hovedstruktur for Helsefelleskapet beskrevet i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Under fremlegg av organisasjonskart bemerkes det at det ikke inneholder kommunal samhandlingssjef eller interkommunalt sekretariat, noe som pr dags dato ikke er etablert. Det ble også en diskusjon knyttet mot stemmerett for fastlegerepresentantene på nivå 1.

Sak besluttes utsatt da det krever en tydeligere diskusjon opp mot stemmerett i partnerskapsmøtet, og tydeligere presisjon mot oppbygningen av organisasjonskart.

**Vedtak:**

1. SSU godkjenner ikke foreslått organisasjonskart for Helsefelleskapet Troms og Ofoten.
  2. SSU ber om at nytt forslag til organisasjonskart legges frem i neste møte.
-

**Sak:** 25/21  
**Tittel:** Responssenter for velferdsteknologi - muligheter for regionalt samarbeid

Tromsø kommune etablerte i oktober 2020 Tromsø Responssenter som er et felles mottak for varsler fra trygghetsalarmer og annen velferdsteknologi. Fra januar 2021 har responssenteret vært i full drift for alle tjenestemottakere med trygghetsalarm i Tromsø kommune. Representant fra responssenteret i Tromsø kommune, Camilla Johansen og Ingebjørg Riise, seksjon for IT, digitalisering og arkiv deltok med informasjon om responssenteret og hvordan Tromsø kommune har arbeidet for å implementere dette som ett nyttig arbeidsverktøy.

**Vedtak:**

1. Strategisk samarbeidsutvalg tar informasjon om responssenter til orientering.
2. Strategisk samarbeidsutvalg anbefaler aktuelle kommuner å ta kontakt med Tromsø kommune for å utrede nærmere samarbeid om responssentertjeneste.

Vedlegg: *Presentasjon ettersendes*

---

**Sak:** 26/21  
**Tittel:** Lovpålegg om felles planlegging og utvikling av tjenester.

I Stortings møte 2. juni 2021 ble det vedtatt lovfestet endringer i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 6-2 første ledd. Det ble i lovendringen innført ett nytt punkt (punkt 12) der det nye punktet stiller krav om at samarbeidsavtalene skal inneholde en konkret beskrivelse av hvordan avtalepartene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene til brukere med behov for begge tjenestenivåer. Det ble kortfattet drøftet hvordan strategisk samarbeidsutvalg skal se til at lovendringen blir gjennomført i praksis.

**Vedtak:**

1. Strategisk samarbeidsutvalg fastsetter at lovpålegget om «konkret beskrivelse av hvordan partene sammen skal utvikle og planlegge tjenestene» skal innarbeides i overordnet samarbeidsavtale, og tjenesteavtalene når disse revideres.
- 

**Sak:** 27/21  
**Tittel:** Revisjon/nye samarbeidsavtaler – plan og arbeidsprosess

I forbindelse med etablering av helsefelleskap er det tilkommet nye momenter i lov og forskrift som tilsier behov for revisjon og/eller ny-inngåelse av samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler. Arbeidet med ny nasjonal veileder om samarbeidsavtaler er forsinket, og forventet ferdigstilt i starten av 2022. SSU drøftet plan og videre arbeidsprosess, knyttet til hvordan det er ønskelig at arbeidet skal ivaretas i vårt område.

**Vedtak:**

1. Strategisk samarbeidsutvalg ber om at revisjon av samarbeidsavtaler starter opp etter nasjonal veileder er ferdigstilt.
  2. Sekretariatet vil starte en prosess rundt revisjonsutvalg for å se på hvordan man konkret kan ivareta arbeidet med revidering av tjenesteavtalene når nasjonal veileder er ferdigstilt.
- 

**Sak: 28/21**  
**Tittel: Neste møte og kommende saker**

Neste møte: Avholdes digitalt den 6. oktober 2021.

Neste møte avholdes onsdag 06.10.2021. Datoen er endret i forhold til opprinnelig vedtatt møteplan. (Møtet er flyttet en dag fram fra 07.10. pga. høstferie i Troms og Finnmark.) Møtet var i utgangspunktet åpnet for fysisk tilstedeværelse, men med bakgrunn i FHI's anbefalinger om gjenåpning av samfunnet vil det være vanskeligheter med å overholde tilstrekkelig smittevern fysisk. Neste møte med SSU blir derfor avholdt heldigitalt.

Tidligere meldte og kommende saker:

- Meldt fra UNN Narvik; Samarbeid med Forsvaret om pandemihåndtering.
- Meldt fra Fag og kvalitetssenteret UNN; Pakkeforløp hjem for kreftpasienter.
- Oppfølging OSO-sak 6/21 om rekruttering og stabilisering av helsepersonell.
- Oppfølging SSU-sak 24/21 Organisasjonskart Helsefelleskapet Troms og Ofoten

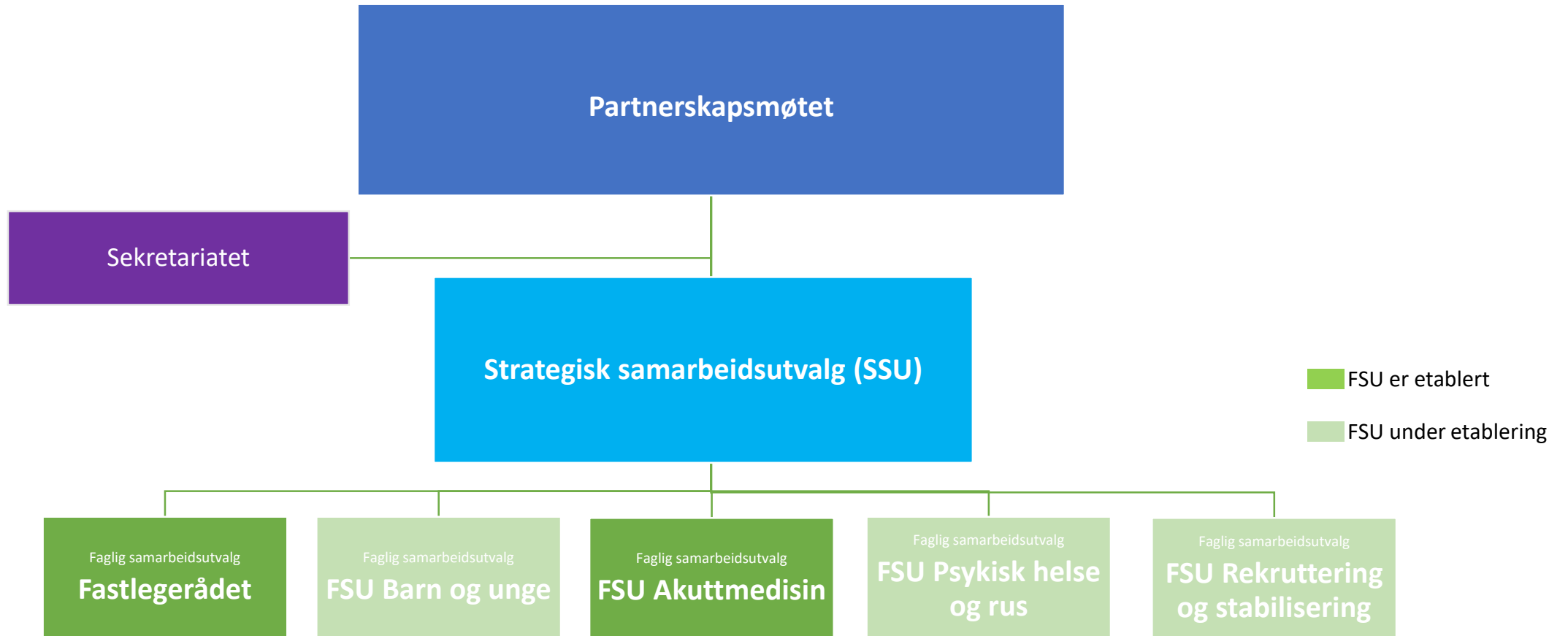
Frist for å melde saker til sekretariatet; **Onsdag 15.09.2021**

Saker meldes og framstilles på godkjent saksmal, som sendes ut til medlemmer og varamedlemmer ca. tre uker før møtet. Sendes også på forespørsel. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes [lene.kristiansen@unn.no](mailto:lene.kristiansen@unn.no) med kopi til [guri.moen.lajord@unn.no](mailto:guri.moen.lajord@unn.no)

**Vedtak:**

SSU tar informasjonen om neste møte, og frist og rutine for innmelding av saker til orientering.



# Somatiske akuttmottak (HØRINGSUTKAST)

## Nasjonal faglig retningslinje

---

Først publisert: 17. september 2021

Sist faglig oppdatert: 22. september 2021



# Innhold

1. Innleggelse av pasienter .....	3
2. Prioritering av pasienter og bruk av team .....	6
3. Diagnostikk, overvåkning og behandling .....	8
4. Sporsikring og skadedokumentasjon .....	11
5. Muntlig kommunikasjon .....	14
6. Tverrfaglig samarbeid .....	17
7. Aktivitet og drift .....	19
8. Kritisk fullt akuttmottak .....	21
9. Utsendelse av pasienter .....	23
10. Observasjonsposter .....	26
11. Pasientmedvirkning .....	28
12. Kompetanse .....	31
13. Opplæring, videreutdanning og etterutdanning ...	34
14. Ledelse .....	37
15. Avvik og uønskede hendelser .....	39
16. Lokaler og utstyr .....	42
17. Metode og prosess i retningslinjearbeidet .....	44

# Innleggelse av pasienter

---

## Anbefaling

### Akuttmottakene bør samarbeide tett med de instansene som henviser pasienter dit

Akuttmottakene bør ha tett dialog med de delene av helsetjenesten som henviser pasienter til mottakene gjennom faste samarbeidsmøter og lokalt tilpassede avtaler og prosedyrer. Samarbeidet understøtter at akuttmottakene får tidlig informasjon om innleggelse, medisinsk tilstand og andre forhold som har betydning for mottaket..

Denne anbefalingen gjelder ordinær drift ved akuttmottakene. Ved ekstraordinært stor pasienttilstrømning er egne anbefalinger gitt i [Helsedirektoratets nasjonalt faglige råd for pandemiplanlegging](#). Ved kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære og eksplosive hendelser er egne anbefalinger gitt i [Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade](#).

## Praktisk

Pasientoverganger mellom enheter og aktører som yter helsehjelp utgjør en risiko for pasientsikkerheten, gode samarbeidsrutiner vil bidra til å redusere denne risikoen. For akuttmottakene er det avgjørende at rett pasient henvises til riktig akuttmottak til rett tid og at nødvendige pasientopplysninger følger med.

Anbefalte metoder for å sikre et godt samarbeid omkring innleggelse av pasienter i akuttmottak er angitt under.

### Faste samarbeidsmøter

Faste samarbeidsmøter kan for eksempel gjennomføres ved at representanter fra akuttmottakene har faste møter med henvisende instanser som akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK), ambulansetjenesten, fastlege, legevakt og andre sykehus.

### Lokale avtaler og prosedyrer for samarbeid

Avtaler og prosedyrer for samarbeid mellom henvisende instans og akuttmottak utvikles og tilpasses lokale forhold.

For å sikre at pasienter mottar et helhetlig tilbud er samarbeidsavtaler lovpålagt og kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen. Kravene til avtalens innhold fremgår av [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) § 6-2](#). De lokalt utviklede tjenesteavtalene mellom sykehusene og kommunal helse- og omsorgstjeneste vil kunne påvirke de lokale samarbeidsmøtene, avtalene og prosedyrene.



Norsk forening for allmennmedisin har publisert [Samhandlingsdokument mellom fastleger og sykehus](#) som angir arbeidsdeling mellom sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste, og et [Vurderingsskjema for omfordeling av oppgaver](#) til bruk dersom det er aktuelt å overføre oppgaver mellom tjenestenivåene.

Eksempler på samarbeid som reguleres av avtaler og prosedyrer er gjengitt nedenfor.

### **Avtale om innleggelse av pasienter**

Akuttmottakene og de som henviser pasienter til mottakene har en omforent forståelse av funksjonsfordelingen mellom sykehusene og hvilke pasientgrupper som tilhører hvilke sykehus. Det lages avtaler som sikrer at rett pasient kommer til riktig sykehus til rett tid, og prosedyrer som sikrer at alle ledd i helsetjenesten gjøres kjent med funksjonsfordelingen mellom sykehusene. [Veiviser for helsepersonell for innleggelse og henvising av Oslo-pasienter](#) er et praktisk eksempel på hvordan informasjon om avtaler og prosedyrer tilknyttet innleggelse av pasienter kan gjøres kjent for helsepersonell.

Prosedylene for innleggelse omtaler at dersom innleggende instans er i tvil om pasienten trenger innleggelse, konfereres det med aktuelt akuttmottak for å avklare om det foreligger alternativer til innleggelse. Det konfereres også dersom det er tvil om hvilket akuttmottak pasienten skal henvendes til. Det vil være gunstig om henvisende instanser har et direkte telefonnummer til akuttmottaket slik at de får rask tilgang til kompetent personell for konferering.

### **Avtale om varsling av innleggelse**

Innleggende instans varsler akuttmottakene om pasienter som innlegges på den måten som er avtalt lokalt, dette kan være elektronisk, telefonisk eller på annen måte. Varsling av mottakene gjøres så raskt som mulig og inneholder opplysninger om forventet ankomsttidspunkt, medisinsk tilstand, og forhold hos pasienten som har betydning for mottaket. Dersom pasienter kommer til akuttmottak uten å være varslet på forhånd, har helsepersonell i henhold til [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) § 7](#) plikt til å yte øyeblikkelig hjelp.

### **Prosedyrer for overføring av pasientinformasjon og sikring av overganger**

Ved innleggelse i akuttmottakene fra prehospitaltjenester gis en strukturert muntlig rapport og det overleveres prehospital journal.

Ved innleggelse fra fastlege, legevakslelege eller annen henvisende lege sendes en henvisning som oppsummerer nødvendige helseopplysninger ved innleggelse. I Helsedirektoratets nasjonale [Henvisningsveileder](#) fremkommer hvilke opplysninger som bør inngå.

Ved innleggelse fra kommunal helse- og omsorgstjeneste sendes det i henhold til [Nasjonal standard for innleggelsesrapport](#) i tillegg en standardisert rapport med sykepleieopplysninger.

I praksis vil det i akutte situasjoner være begrenset hvilken informasjon som følger med pasienten ved innleggelse, og det vil ofte være behov for at helsepersonell i akuttmottak aktivt innhenter informasjon. [Helsedirektoratets veileder om legemiddelgjennomganger](#) brukes for å kvalitetssikre pasientens legemiddelbruk.

### **Prosedyrer for hvilke pasientgrupper som innlegges på sykehus via akuttmottak**

Sykehuset har prosedyrer som beskriver hvilke pasientgrupper som innlegges på sykehus via akuttmottak og hvilke som går direkte til aktuell sengepost. Prosedyren bygger på hovedregelen om at

avtalte innleggelser går til sengepost, og akutte innleggelser via akuttmottak. Unntak fra dette kan for eksempel være fødende som innlegges direkte på fødeavdeling og intensivpasienter som innlegges direkte på intensivavdeling.

## Begrunnelse

### Sammendrag

Hovedformålet med samarbeidet er å sikre at rett pasient henvises til riktig akuttmottak til rett tid, og at antall overganger mellom tjenester og tjenestenivåer holdes på et minimum. Et godt fungerende samarbeid mellom akuttmottak og henvisende instanser bidrar til at mottakene får nødvendig informasjon om pasienter som innlegges i tide. En god pasientoverføring vil legge til rette for at mottaket kan yte forsvarlig helsehjelp og vil kunne bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

De overordnede samarbeidsavtalene mellom sykehusene og kommunal helse- og omsorgstjeneste vil kunne påvirke de lokale samarbeidsmøtene, avtalene og prosedyrene.

Lovpålagte samarbeidsavtaler er regulert av [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) § 6-1](#) hvor det fremgår at kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjeneste.

I [Helse- og omsorgsdepartementet sin Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024](#) har regjeringen i tiltak nummer 5 beskrevet at [Norsk forening for allmennmedisin sitt samhandlingsdokument mellom fastleger og sykehus](#) bør legges til grunn for arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

[Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten](#) viser at fastleger og sykehusleger ikke samarbeider godt nok om henvisningene, som ofte mangler nødvendig informasjon. Unødvendige henvisninger og henvisninger med dårlig kvalitet fører til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes på en måte som gir best nytte for pasientene.

## Prioritering av pasienter og bruk av team

---

### Anbefaling

### **Avdelingen bør ha et system for prioritering av pasienter og bruk av team**

Akuttmottakene bør bruke systemer for vurdering av alvorlighetsgrad og hastegrad, og på bakgrunn av innsamlet informasjon foreta riktig prioritering av pasienter. For utvalgte pasientgrupper med tidskritiske tilstander bør mottakene i tillegg opprette team.

Akuttmottakene sørger for at helsepersonell i mottakene har kompetanse i prioritering av pasienter og bruk av team som omtalt i denne retningslinjen, i [anbefalingen om relevant kompetanse](#), opplæring, videreutdanning og etterutdanning er beskrevet i [retningslinjen om Navn her](#).

### **Praktisk**

Prioritering av pasienter er avgjørende for at alle pasienter får nødvendig helsehjelp i tide. Riktig bruk av team sikrer at pasientene raskt får tilgang til relevant kompetanse i akutte situasjoner.

Forslag til metoder for å oppnå riktig prioritering av pasienter og bruk av team er beskrevet under.

### **Felles system for prioritering for prehospitaltjenester og akuttmottak**

Prioriteringssystemet som brukes er enkelt og baserer seg på pasientenes symptomer og kliniske tegn. Hvilket prioriteringssystem som brukes tilpasses lokale forhold. For god samhandling og kommunikasjon er det ønskelig at prehospitaltjenester og akuttmottakene i et område bruker samme beslutningsverktøy for prioritering.

### **System for prioritering og inndeling i ulike prioriteringsgrader**

Det er utviklet ulike systemer for vurdering av hastegrad ved ulike medisinske tilstander. Ifølge en [Kartlegging av triagesystemer for håndtering av alvorlige hendelser og katastrofer](#) brukte 44 av 45 norske akuttmottak i 2018 ett av følgende etablerte prioriteringssystemer:

- RETTS: Rapid Emergency Triage and Treatment System
- MTS: Manchester Triage System
- SATS: South African Triage Scale

Felles for de tre prioriteringssystemene RETTS, MTS og SATS er en femgradig skala med lik fargesymbolikk:

- Prioritet 1 (rød farge): Umiddelbar
- Prioritet 2 (oransje farge): Haster veldig
- Prioritet 3 (gul farge): Haster
- Prioritet 4 (grønn farge): Vanlig
- Prioritet 5 (blå farge): Haster ikke

## Bruk av team

I tillegg til et system for pasientprioritering, er det en fordel om akuttmottaket etablerer organiserte pasientsløyfer for tidskritiske tilstander. Det innebærer at innleggelse av slike pasienter umiddelbart fører til aktivering av relevante team av helsepersonell som møter samlet i mottak for å ta imot pasienten. Hvilke team som opprettes og hva som inngår i et team tilpasses lokale forhold. Eksempler på tilstander som medfører aktivering av team er traumer, hjertestans, hjerneslag, sepsis og akutt sykt barn.

## Opplæring i prioritering av pasienter og bruk av team

Ledelsen av akuttmottaket sørger for at helsepersonell i mottaket får systematisk opplæring i sykehusets system for prioritering av pasienter ved ordinær drift og kjenner til lokale rutiner for håndtering av pasienter i team.

## Begrunnelse

### Sammendrag

Formålet med prioritering av pasienter er å skille mellom pasienter som trenger rask hjelp og de det ikke haster med. Det er helsepersonellet som er ansvarlig for å innhente nødvendig informasjon for å kunne gjøre vurderingen.

De ansatte i akuttmottak som mottar henvendelser om nye pasienter må være i stand til å vurdere og prioritere henvendelsen med tanke på riktig tiltak og tidsperspektiv for tiltaket, jf. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) %C2%A7 2-2](#) og [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) %C2%A7 4](#).

Helsedirektoratet har utgitt egen publikasjon om [Prioritering og triagering ved legevakt og legevaktssentral](#).

Helsedirektoratet har i samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) gjort en [Kartlegging av triagesystemer for håndtering av alvorlige hendelser og katastrofer](#). I denne kartleggingen inngår en kunnskapsoppsummering omkring effekten av å bruke ulike triagesystemer.

Folkehelseinstituttet har foretatt en kunnskapsoppsummering om [Effekter av systemer for hastegradsvurdering i somatiske akuttmottak: oversikt over systematiske oversikter](#). Denne oppsummeringen viser at vi mangler kunnskapsgrunnlag for å si noe om et system for hastegradsvurdering er bedre enn et annet tilsvarende system.

[Helsetilsynets rapport "Mens vi venter ..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?](#) har avdekket at pasienter i akuttmottak i enkelte tilfeller har for lang ventetid for å få helsehjelp.

[Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten](#) har avdekket at pasienter som ankommer sykehusets akuttmottak kan risikere å måtte vente lenge før de blir vurdert av lege, og før de eventuelt blir overført til andre avdelinger i sykehuset.

[Helsetilsynets rapport knyttet til tidlig oppdagelse og behandling av sepsis](#) har avdekket at mange pasienter i akuttmottak med sepsis fikk for sen oppstart av behandling i form av antibiotika.

## Diagnostikk, overvåkning og behandling

---

### Anbefaling

### **Avdelingen skal ha rutiner for diagnostikk, overvåkning og behandling**

Akuttmottakene skal ha rutiner for diagnostikk, overvåkning og behandling av de ulike pasientkategoriene mottaket håndterer for å sikre forsvarlig helsehjelp. Rutinene skal gjøres kjent for helsepersonell tilknyttet mottakene, og ledelsen er ansvarlig for at rutinene etterleves.

Det bør foreligge prosedyrer for prioritering av pasienter og kriterier for bruk av team ved tidskritiske tilstander som for eksempel traumer, hjertestans, hjerneslag, sepsis, akutt sykt barn og andre som beskrevet i denne retningslinjen [her](#).

#### **Praktisk**

Akuttmottakene skal ha rutiner som sikrer at alle pasienter som kommer til mottaket får nødvendig helsehjelp. Anbefalte metoder for å sikre forsvarlig diagnostikk, overvåkning og behandling er angitt under.

#### **Rutiner for prioritering av pasienter og kriterier for aktivering av team**

Akuttmottakene har et system for prioritering av pasienter og kriterier for aktivering av team som beskrevet i denne retningslinjen [her](#).

#### **Rutiner for diagnostikk**

Klinisk undersøkelse av pasienter tilpasses hvilke symptomer og kliniske tegn pasienten har og hva som er tentativ diagnose. Generell systematisert akuttundersøkelse bygger på ABCDE-prinsippet som angir rekkefølgen av undersøkelsene. I diagnostikk inngår også relevante supplerende undersøkelser som for eksempel blodprøver, EKG, radiologiske undersøkelser og annet. Helsepersonellet har lav terskel for å konferere med andre spesialiteter på sykehuset i tide, både ved manglende kapasitet og/eller kompetanse. Det er oppmerksomhet rundt endelig diagnose etter utredning av pasienten kan avvike fra tentativ diagnose ved innleggelse.

Denne filmen fra Akershus Universitetssykehus HF illustrerer [pasientundersøkelse basert på ABCDE-prinsippet](#).

#### **Rutiner for overvåkning**

Overvåkning av pasienter fremgår av skriftlige rutiner som er tilpasset pasientgrunnlaget og lokale forhold. Rutinene angir hvilke vitale funksjoner som skal observeres, hvor ofte, hvordan målingene dokumenteres og tiltak ved avvikende målinger. Grunnleggende systematisk observasjon og vurdering av fysiologiske parametere innebærer minimum målinger og dokumentasjon av:

- Respirasjonsfrekvens
- Oksygensaturasjon (SaO<sub>2</sub>)

- Blodtrykk
- Puls
- Bevissthetsnivå
- Temperatur

Akuttmottakene benytter validerte scoringsverktøy for overvåkning, som for eksempel [National Early Warning Score 2 \(NEWS 2 score\)](#). Helsepersonellet i mottaket er kjent med begrensningene som ligger i slike generelle scoringsverktøy ved at sykdomsspesifikke symptomer og tegn ikke inngår. Det kan derfor være nødvendig med supplerende observasjoner basert på pasientens konkrete tilstand, for eksempel kontinuerlig hjerterytmeovervåkning, gjentatte blodsukkermålinger, dokumentasjon av smerteutvikling eller observasjon av blodtilførsel til en ekstremitet.

På nettsidene til Helsedirektoratets Pasientsikkerhetsprogram [I trygge hender 24-7](#) finnes lenke til et norsk [NEWS 2 skjema](#).

Informasjon og praktisk materiell om bruk av NEWS 2 score på norsk er tilgjengelig på [Kompetansebroen.no](#).

Denne filmen fra Akershus Universitetssykehus HF illustrerer [praktisk bruk av NEWS 2 score](#).

## Rutiner for behandling

Akuttmottakene har rutiner for pasientbehandling hvor det fremgår en plan for videre behandling og vurdering av behandlingsnivå. For tidskritiske skader eller sykdommer sørger akuttmottakene for at pasientene får riktig behandling til rett tid. Akuttmottakene har rutiner for å håndtere pasienter som er til fare for seg selv og/eller andre.

## Samarbeid innad i akuttmottaket og med andre avdelinger på sykehuset

Akuttmottakenes rutiner for diagnostikk, overvåkning og behandling er felles for de ulike helsepersonellgruppene i mottak og samsvarer innholdsmessig med rutiner som finnes i fagspesifikke avdelinger på sykehuset. I noen tilfeller vil diagnostisering og behandling kreve at pasienten midlertidig sendes til andre avdelinger eller at annet helsepersonell kommer til pasienten i akuttmottaket. Dette kan for eksempel være ved radiologiske undersøkelser eller intervensjoner. Samarbeidsarenaer mellom avdelinger som tilbyr slike tjenester og akuttmottaket bør etableres med mål om å sikre helhetlig og god kvalitet på all hjelp pasienten mottar mens pasienten følges opp av akuttmottaket.

Rutinene sikrer at pasienter får tilsyn av erfaren lege med relevant kompetanse til rett tid. Sentralt i rutineene er derfor kriterier for tilkalling av annet helsepersonell innenfor somatikk, rus eller psykiatri. Dette er ikke til hinder for at helsepersonell i opplæring har akuttmottakene som en viktig læringsarena.

Akuttmottakene har en sentral plass i å sikre helhetlige pasientforløp som gir god kvalitet og forutsigbarhet. Rutinene for diagnostikk, overvåkning og behandling underbygger at det er tydelig plassering av oppgaver, ansvar og roller i hele forløpet. Rutinene sikrer også god informasjonsutvekslingen ved overganger, hvordan dette kan gjøres ved innleggelse er beskrevet i denne retningslinjen [her](#), og ved utsendelse [her](#). Praktiske råd for tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell er angitt [her](#), og for kommunikasjon [her](#).

## Begrunnelse

### Sammendrag

Målsetning med anbefalingen er å bidra til gode rutiner for risikovurdering av pasienten gjennom systematisk observasjon og vurdering av pasientens vitale funksjoner. En standardisering av

observasjonen gjør det enklere å følge utviklingen av pasientens kliniske tilstand over tid og oppdage forverring. Kompleksiteten ved å gjennomføre systematiske observasjoner må ikke undervurderes. Det krever nøyaktighet i utførelsen, kunnskap om hvilke aktuelle tiltak som kan iverksettes og når det er behov for å tilkalle hjelp. Sentrale forutsetninger er at personalet har tilstrekkelig kompetanse og nødvendig utstyr til å gjennomføre observasjonene korrekt og til å tolke resultatene og videreformidle til rett person/instans på rett tidspunkt.

[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) § 7](#) pålegger helsepersonell plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, dette gjelder når helsehjelpen anses påtrengende nødvendig selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke eller motsetter seg helsehjelpen. Formålet er å sikre at personer i akutt fare skal få behandling så fort som mulig. Bestemmelsen må ses i sammenheng med pasientens rett til øyeblikkelig hjelp, jf. [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) §§ 2-1a og 2-1b](#), og tjenestens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp og forsvarlige tjenester også i forbindelse med øyeblikkelig hjelp, jf. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) §§ 2-1a og 2-2](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Dokumentet omtaler hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

[Helsetilsynets rapport knyttet til tidlig oppdagelse og behandling av sepsis](#) har avdekket at observasjon av pasienter med tanke på utvikling av infeksjoner og oppstart av behandling kan være mangelfull.

[Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#) kan legges til grunn for hvordan helsetjenesten kan sikre at ansatte med pasientkontakt har nødvendig kompetanse for å avdekke og følge opp pasienter med forverret somatisk tilstand.

I [Kunnskapscenterets læringsnotat kalt Akuttmottak-risikosone for pasientsikkerhet](#) fremkommer det at mangel på rutiner eller avvik fra gjeldende rutiner for diagnostikk, overvåkning og behandling truer pasientsikkerheten i akuttmottakene.

## Sporsikring og skadedokumentasjon

---

### Anbefaling

### Akuttmottakene bør ha kompetanse, rutiner og utstyr til å sikre spor og dokumentere skader

Helsepersonell i akuttmottak bør ha kompetanse til å oppdage symptomer og kliniske tegn på vold og seksuelle overgrep. De bør kjenne til rettsmedisinske vurderinger knyttet til sporsikring og skadedokumentasjon slik at skaden blir tilstrekkelig dokumentert og spor blir sikret.

Akuttmottakene bør ha rutiner for å håndtere pasienter når det er mistanke om at de har vært utsatt for vold og seksuelle overgrep, og rutiner for samarbeid med relevante eksterne instanser.

Mottakene bør ha nødvendig utstyr for å gjennomføre rettsmedisinske prosedyrer knyttet til sporsikring og skadedokumentasjon.

### Praktisk

Pasienter som er utsatt for vold og seksuelle overgrep kommer relativt ofte til akuttmottak. I slike situasjoner gis pasienten forsvarlig helsehjelp samtidig som skadens omfang og alvorlighet dokumenteres og spor sikres. Det er akuttmottakets oppgave å påse at arbeidet med sporsikring og skadedokumentasjon blir ivaretatt når pasienten er innlagt i mottak. Avhengig av hastegrad av pasientskaden vurderes hvilke rettsmedisinske prosedyrer som er mulige å utføre akutt, og hva som må vente til pasientens tilstand er stabilisert.

Anbefalte metoder for å sikre kompetanse, rutiner og utstyr til sporsikring og skadedokumentasjon er foreslått under.

### Kompetanse

Helsepersonell i akuttmottak har kompetanse til å gjenkjenne symptomer og kliniske tegn til vold og seksuelle overgrep slik at tilfellene identifiseres. De gjør adekvate rettsmedisinske vurderinger og henviser til relevante instanser ved behov. Akuttmottaket har til enhver tid ansatte på vakt med basiskunnskap innen sporsikring og skadedokumentasjon som sørger for at nødvendig arbeid blir utført i tide. Noen av legene har i tillegg rettsmedisinsk kompetanse for supervisjon og veiledning av andre samt utarbeidelse av legeerklæringer.

Ved voldsskader kontaktes den tilstedeværende legen ved sykehuset som har høyest kompetanse til å dokumentere og behandle skaden, hvem dette er vil variere avhengig av skadetype og lokale forhold. Ved seksuelle overgrep vil en god tilnærming være å kontakte nærliggende overgrepsmottak til å bistå i arbeidet, eventuelt gynekolog tilknyttet sykehuset.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har et nettbasert kurs kalt [Volds- og overgrepshåndtering for legevaktpersonell](#) som er godkjent for helsesekretærer, sykepleiere og leger.



Den rettsmedisinske kommisjon arrangerer årlige kurs i strafferett og straffeprosess for rettsmedisinske sakkynndige, informasjon om dette finnes [her](#).

## Rutiner

Akuttmottakene har rutiner der det fremgår at klinisk undersøkelse, sporsikring og skadedokumentasjon gjennomføres så raskt som praktisk mulig hos pasienter som er utsatt for vold og seksuelle overgrep. Det er en fordel om rutinene beskriver hvem som gjør arbeidet, når det utføres, og hvordan det gjennomføres. Rutinene beskriver anamneseopptak og journaldokumentasjon samt metoder for sporsikring og skadedokumentasjon, herunder tiltak for å ivareta sporhygiene og adekvat oppbevaring av spor.

Mottaket har rutiner for samarbeid med andre relevante instanser som for eksempel politi, overgrepsmottak, krisesenter og barnevern.

Generelle anbefalinger for håndtering av vold mot voksne og barn fremgår av [Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress sin Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner](#). Nasjonal kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har utgitt anbefalinger for [Vold og overgrep mot voksne og eldre](#) og [Vold og overgrep mot barn](#).

Ved dødsfall der det er grunn til mistanke om at noens død er voldt ved en straffbar handling skal helsepersonell straks underrette politiet iht. [Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall o.l.](#)

Generelle anbefalinger for håndtering av seksuelle overgrep fremgår av [Helsedirektoratets nasjonal faglige retningslinje Kvalitet og kompetanse i overgrepsmottak](#). Norsk gynekologisk forening har utgitt en veileder [Mottak av ungdom/voksne pasienter etter seksuelle overgrep](#). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har publisert [Veiledere, faglige prosedyrer og rutiner for overgrepsmottak](#).

Legevaktshåndboken har utgitt anbefalinger om rutiner omkring rettsmedisinske forhold ved vold og seksuelle overgrep, dokumentet er tilgjengelig på nettsiden [Rettsmedisinske forhold - Undersøkelse - Vold og seksuelle overgrep - Legevakthåndboken \(lvh.no\)](#).

## Utstyr

Akuttmottakene har nødvendig utstyr for skadedokumentasjon og sporsikring, herunder tilgjengelig kamera og fortrinnsvis ferdige utstyrs pakker til sporsikring. Sporsikring innebærer biologiske spor (humant materiale som blod, spytt, sæd, hår, hudrester og liknende) og tekniske spor (merker etter slag, spark, grep rundt hals, kloremarker, kutt, fremmedlegemer og liknende).

## Begrunnelse

### Sammendrag

Formålet med anbefalingen er å sikre at helsepersonell i akuttmottak gjenkjenner symptomer og kliniske tegn på vold og seksuelle overgrep slik at skader blir tilfredsstillende dokumentert og biologiske og tekniske spor blir sikret. En annen hensikt er at akuttmottakene har nødvendig rutiner og utstyr til å sikre at klinisk rettsmedisinsk arbeid blir ivaretatt.

[Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 2-1 f](#) omtaler de regionale helseforetakenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. De regionale helseforetakene skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter kan være utsatt for, eller kan stå

i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. De regionale helseforetakene skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har nettbasert kurs kalt [Volds- og overgrepshåndtering for legevaktpersonell](#).

Helsedirektoratet har utgitt [Felles retningslinjer for Statens barnehus](#) og [Medisinske undersøkelser -ved Statens barnehus](#) som er nasjonalt førende for håndtering av barn.

Den rettsmedisinske kommisjon har utgitt anbefalinger i [Erklæringer fra kliniske avdelinger og overgrepsmottak](#).

Helsedirektoratet har i samarbeid med Politidirektoratet utgitt rundskrivet [Helsepersonellets taushetsplikt - rett og plikt til å utlevere pasientopplysninger til politiet](#).

Helsedirektoratet har utgitt en [Veileder til lov og forskrift om Taushetsplikt og opplysningsplikt](#).

# Muntlig kommunikasjon

---

## Anbefaling

### Muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell bør være systematisk og strukturert

Den muntlige kommunikasjonen mellom helsepersonell i akuttmottakene bør være systematisk og strukturert for å ivareta pasientsikkerheten og forebygge misforståelser og uønskede hendelser. Dette gjelder både intern kommunikasjon i avdelingen, og ekstern kommunikasjon knyttet til konsultasjoner og overganger mellom tjenestenivåer.

Helsepersonell bør ha nødvendig kompetanse for sikker muntlig kommunikasjon, dette inneholder elementer av teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og holdninger.

#### Praktisk

God kommunikasjon mellom helsepersonell i akuttmottak kan bidra til forhindre avvik og uønskede hendelser og dermed bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Egnede metoder for å sikre kunnskap og ferdigheter i kommunikasjon er tverrfaglig opplæring og trening/simulering.

En anbefalt metode for generell kommunikasjon mellom helsepersonell er som beskrevet under ISBAR, i tillegg anbefales å praktisere closed loop i forbindelse med kommunikasjon i team.

#### Kommunikasjon i helsetjenesten kan sikres ved bruk av ISBAR som står for:

##### I – Identifisering

- Presenter deg med navn, tittel og funksjon
- Avdeling eller enhet
- Pasientens navn og fødselsdato

##### S – Situasjon

- Kort beskrivelse av problemet eller situasjon og grunnen til kontakt. Med denne beskrivelsen skal du få mottakerens oppmerksomhet

##### B – Bakgrunn

- Gi en kortfattet sykdomshistorie av alle relevante momenter fram til nå. Dette kan være diagnoser, avklaringer, behandling og så videre

##### A – Aktuell tilstand

- Beskriv den aktuelle statusen ut fra de vitale parameterne etter A-B-C-D-E-oppsummering
- Informer om aktuelle endringer i pasientens tilstand
- Si hva du tror er problemet.
- Til videre behandling

##### R – Råd

- Hva vil du ha hjelp med?
- Hvor fort trenger du hjelp?
- Må personen du søker hjelp fra komme omgående?
- Bli enige om en felles plan. Gjenta og forsikre deg om at det er felles forståelse av den videre planen eller rådet

På nettsidene til Helsedirektoratets Pasientsikkerhetsprogram [I trygge hender 24-7](#) finnes lenke til et norsk [ISBAR-skjema](#).

Informasjon og praktisk materiell om bruk av ISBAR på norsk er tilgjengelig på [Kompetansebroen.no](#).

Denne filmen fra Akershus Universitetssykehus HF illustrerer [Praktisk bruk av ISBAR](#).

### **Kommunikasjon i team kan sikres ved bruk av metoden closed loop**

Closed loop kommunikasjon er en anbefalt metode for informasjonsutveksling i team. Metoden bidrar til å sikre at avsender får bekreftelse på at informasjonen som ble formidlet er forstått og hørt av mottakeren, slik den var ment forstått. Prosessen starter ved at avsender formidler en beskjed, og at mottaker lytter og gir tilbakemelding på at beskjeden er mottatt ved å gjenta denne. Avsender får da sin bekreftelse og har mulighet til å korrigere dersom det har oppstått en misforståelse/mistolking av beskjeden som ble gitt.

Informasjon og praktisk materiell om bruk av closed loop kommunikasjon på norsk er tilgjengelig på [Kompetansebroen.no](#).

Denne filmen fra Akershus Universitetssykehus HF illustrerer [Praktisk bruk av closed loop kommunikasjon](#).

Denne retningslinjen har anbefalinger for å sikre at helsepersonell i mottakene har kompetanse som er omtalt [her](#). Hvordan akuttmottakene bør foreta opplæring, videreutdanning og etterutdanning er beskrevet [her](#).

### **Begrunnelse**

#### **Sammendrag**

Formålet med denne anbefalingen er sikker muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell. Både avsender og mottaker av informasjon må kunne metodikken. Metoden bidrar til at helsepersonell snakker samme språk og forebygger misforståelser noe som er gunstig for helsepersonellet og pasienten.

[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) § 4](#) omhandler krav til helsepersonellets kommunikasjon med pasienter og deling/videreformidling av informasjon til annet helsepersonell. Kravet er at relevant og nødvendig informasjon må sikres til helsepersonell som skal yte helsehjelp til pasienten. Den som skal yte helsehjelp plikter å sørge for å få tilgjengeliggjort nødvendig informasjon. Dette forsvarlighetskravet omhandler også overlevering av muntlig informasjon.

Helsedirektoratets [Nasjonal faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#) anbefaler bruk av systematisk og strukturert muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell.

Helsetilsynets rapport [Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser .....](#) [kunne det skjedd hos oss?](#) viser til at kommunikasjon mellom personell og mellom samarbeidende enheter er helt grunnleggende for å yte forsvarlige tjenester. Tilsynet viser at dårlig kommunikasjon er et kritisk område når noe svikter i pasientbehandlingen.

En norsk oppsummering om bruk av kommunikasjonsverktøyet ISBAR er publisert i tidsskriftet Sykepleien og heter [Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell](#).

En norsk artikkel som oppsummerer erfaringer fra praktiske øvelser i teamarbeid og kommunikasjon for studenter er publisert i tidsskriftet Sykepleien og heter [Studenter øver på å jobbe i team](#).

En norsk gjennomgang av kommunikasjon i traumeteam viser at det er behov for strukturert trening gjennom simulering, denne er publisert [her](#).

# Tverrfaglig samarbeid

---

## Anbefaling

### Helsepersonell bør samarbeide tverrfaglig

Sykepleiere, leger og annet helsepersonell som arbeider i akuttmottak bør samarbeide tverrfaglig om å yte helsehjelp til pasienten. Samarbeidet omfatter personell i egen avdeling, prehospitale tjenester og andre avdelinger på sykehuset og sikres ved at ulikt helsepersonell er tilstede samtidig og vurderer pasienten sammen.

Det tverrfaglige samarbeidet bør gjelde mottak av alle typer pasienter, både de som tas imot på vanlig måte og de som tas imot av team. Sentralt i samarbeidet er god koordinering og informasjonsutveksling i arbeidet, med gjensidig støtte og tilbakemelding til hverandre. Samarbeidet fører til at pasienten blir involvert på en god måte og opplever en samordnet helsetjeneste.

#### Praktisk

Tverrfaglig samarbeid bidrar til å skape en teamarbeidskultur i akuttmottak som erstatter den tradisjonelle seriejobbingen hvor helsepersonell vurderer pasienter hver for seg. Samarbeidet sikres ved at ulikt helsepersonell som skal yte helsehjelp er tilstede samtidig og vurderer pasienten sammen uavhengig av hvilken helsepersonellgruppe de tilhører og hvor de er ansatt.

Prinsippene for tverrfaglige samarbeid gjelder mottak av alle typer pasienter, hvordan samarbeidet gjøres tilpasses pasientens behov og lokale forhold. Ved mottak av vanlige pasienter i akuttmottak kan det for eksempel være en sykepleier og en lege som tar imot pasienten sammen, slik at man unngår sekvensielt arbeid. For alvorlig syke og skadede pasienter benyttes team basert på fastsatte kriterier som beskrives i denne retningslinjen [her](#).

#### Et godt tverrfaglig samarbeid gjennomføres ved at samarbeidende helsepersonell:

- Er til stede rundt pasienten samtidig slik at viktig informasjon når alle
- Kjenner sin rolle og sitt ansvar
- Vet hvem som er medisinsk ansvarlig
- Inkluderer pasient og pårørende som en del av samarbeidet
- Formidler beskjeder og informasjon tydelig og strukturert med bekreftelse av mottaker
- Har strukturert informasjonsutveksling ved pasientoverganger
- Praktiserer kollegial støtte og gir konstruktiv tilbakemelding til hverandre
- Taler pasientens sak på en tydelig måte
- Evaluerer sin egen utøvelse av tverrfaglig samarbeid med tanke på forbedring

#### Et godt tverrfaglig samarbeid sikrer at:

- Den samlede kompetansen og erfaringen kommer pasientene til gode
- Videre helsehjelp besluttes etter faglige drøftinger mellom involverte faggrupper
- Ressursene brukes effektivt med hensiktsmessig oppgavefordeling
- Pasienten får tilstrekkelig overvåkning
- Pasienten får riktig behandling til rett tid

- Helsehjelpen som ytes blir tilstrekkelig dokumentert
- Helsepersonellet følger med på omgivelsene for å fremme sikkerheten og forebygge feil
- Det er lett å ta opp situasjoner som kan være en risiko for pasientsikkerheten

Et godt tverrfaglig samarbeid oppnås ved at helsepersonell jobber godt sammen i reelle pasientsituasjoner, i tillegg kan trening/simulering være nyttig for å sikre kunnskap og ferdigheter i metoden.

Denne retningslinjen har anbefalinger for å sikre at helsepersonell i mottakene har kompetanse som er omtalt [her](#). Hvordan akuttmottakene bør foreta opplæring, videreutdanning og etterutdanning er beskrevet [her](#).

## **Begrunnelse**

### **Sammendrag**

Tverrfaglig samarbeid blir i økende grad benyttet som arbeidsform i organiseringen av helsetjenesten og er en god måte å organisere arbeidet rundt akutt syke og skadede pasienter på. Et godt tverrfaglig samarbeid vil bidra til å fremme kommunikasjon, koordinering og effektivitet i akuttmottak, og at den samlede kompetansen og erfaringen blant helsepersonellet kommer pasientene til gode. En felles forståelse av samarbeid gjør at alt personell erfarer det lettere ta opp situasjoner som kan være en risiko for pasientsikkerheten med hverandre på tvers av profesjoner, avdelinger og behandlingsnivå. Det bidrar også til at pasientene opplever bedre involvering og en mer samordnet helsetjeneste. Samlet sett kan tverrfaglig samarbeid bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet ved at en unngår uønskede hendelser som skyldes dårlig kommunikasjon eller manglende samarbeid.

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#) angir at et overordnet mål bør være at pasientene blir møtt med tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og sikre rett behandlingssløp.

Helsetilsynets rapport [Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser ..... kunne det skjedd hos oss?](#) viser til at god samhandling er grunnleggende for å yte forsvarlige tjenester.

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) arbeider systematisk med teamarbeid i helsetjenesten, informasjon om dette finnes [her](#).

En norsk artikkel som oppsummerer erfaringer fra praktiske øvelser i teamarbeid og kommunikasjon for studenter er publisert i tidsskriftet Sykepleien og heter [Studenter øver på å jobbe i team](#).

## Aktivitet og drift

---

### Anbefaling

### Akuttmottakene skal ha systemer for å følge avdelingens aktivitet og drift

Akuttmottakene skal ha systemer for å følge med på avdelingens aktivitet på kort og lang sikt, herunder hvor mange pasienter som blir innlagt, hvilke typer pasienter som kommer, og hvordan disse fordeler seg på dag/kveld/natt samt hverdag/helg/helligdag.

En løpende aktivitetsregistrering brukes som grunnlag til å vurdere om aktiviteten er høyere enn tilgjengelige ressurser slik at det er kritisk fullt akuttmottak og nødvendig å iverksette akutte tiltak. Akuttmottakene må følge med på aktiviteten over tid, og jevnlig gjennomgå om det er samsvar mellom aktivitet og tilgjengelige ressurser.

Mottakene bør ha systemer for å følge med på ventetider for pasienter, om pasientflyten er tilfredsstillende og om pasienter får riktig behandling til rett tid.

### Praktisk

Tilgang på nødvendige ressurser og relevant kompetanse til enhver tid ligger til grunn for forsvarlig drift av akuttmottakene. Dette forutsetter at mottakene regelmessig innhenter informasjon om aktivitet og drift, og bruker dette som ledd i lokal beslutningsstøtte.

Anbefalte metoder for å følge med på aktivitet og drift er beskrevet under sammen med forslag til hvordan dette kan brukes til kvalitetsforbedring.

### Aktivitet

Hvordan akuttmottakene velger å ha systemer for å følge med på aktiviteten tilpasses lokale forhold. For at opplysningene skal kunne brukes i fremtidig planlegging er det viktig at de dokumenteres godt.

### Drift

Hvordan akuttmottakene velger å planlegge driften tilpasses lokale forhold. Løpende sanntids aktivitetsregistrering brukes til å vurdere om det er behov for å iverksette tiltak ved kritisk fullt akuttmottak som beskrevet i denne retningslinjen [her](#). Aktivitetsregistreringen over tid brukes til planlegging av fremtidig drift, inkludert jevnlig gjennomgang av om det er samsvar mellom aktivitet og tilgjengelige ressurser i form av lokaler, utstyr og personell.

### Bruk av aktivitetsregistrering til kvalitetsforbedring

Mottakene følger med på kvaliteten i egen avdeling, for eksempel hvilke ventetider pasienter har, om pasientflyten gjennom mottak er tilfredsstillende, og om pasienter får riktig behandling til rett tid. Slike opplysninger brukes til å avdekke uheldig praksis og drive lokal kvalitetsforbedring.



## Begrunnelse

### Sammendrag

Målsetningen med anbefalingen er å bidra til gode rutiner for å følge med på aktiviteten i akuttmottakene og at dette brukes som utgangspunkt for å planlegge forsvarlig drift. Slik akuttmottakene driftes med ujevn tilstrømning av pasienter bør dette sikre at det til enhver tid er rimelig samsvar mellom arbeidsoppgaver og bemanning. En viktig målsetning er at alle pasienter får nødvendig helsehjelp i tide uavhengig av aktiviteten i mottakene.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) angir at helseforetakene skal ha styringssystemer som sikrer at de planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer aktivitetene slik at tjenestene er forsvarlige. Dette innebærer blant annet å sørge for personell med nødvendig kompetanse.

De regionale helseforetakene skal sørge for forsvarlig helsetjenester til de som bor i helseregionen, og i henhold til [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-8](#) skal de sørge for utdanning av helsepersonell.

[Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten](#) har avdekket at pasienter som ankommer sykehusets akuttmottak kan risikere å måtte vente lenge før de blir vurdert av lege, og før de eventuelt blir overført til andre avdelinger i sykehuset.

[Helsetilsynets rapport kalt Mens vi venter – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?](#) har avdekket at ikke alle akuttmottak følger med på aktiviteten og har planer for å sikre driften.

[Helsetilsynets rapport knyttet til tidlig oppdagelse og behandling av sepsis](#) har avdekket at mange pasienter i akuttmottak med sepsis fikk for sen oppstart av behandling i form av antibiotika.

I [Kunnskapssenterets læringsnotat kalt Akuttmottak-risikosone for pasientsikkerhet](#) fremkommer det at samtidighetskonflikter er hyppige i akuttmottak og at dette bidrar til forsinket pasientbehandling.

[Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene](#) har avdekket at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere. Etter revisjonens vurdering mangler helseforetakene oversikt over bemanningsbehov og planer for å løse bemanningsutfordringene sine.

# Kritisk fullt akuttmottak

---

## Anbefaling

### **Avdelingen bør ha rutiner for å håndtere kritisk fullt akuttmottak**

Akuttmottakene bør ha rutiner for å håndtere kritisk fullt akuttmottak, det vil si når pasientantallet er for høyt i forhold til kapasiteten på pasientrom, utstyr og/eller personalressurser.

Rutinene for kritisk fullt akuttmottak utarbeides av ledelsen ved mottaket i samråd med de ansatte og gjøres kjent og etterleves av helsepersonell som er tilknyttet akuttmottaket. Rutinene legger til rette for at det til enhver tid er tilstrekkelige ressurser i akuttmottakene for å håndtere pasienttilgangen.

#### **Praktisk**

Kritisk fullt akuttmottak øker risikoen for at pasienter ikke får forsvarlig helsehjelp, innarbeidede rutiner for å håndtere slike situasjoner vil kunne bedre kvaliteten og pasientsikkerheten.

Anbefalte metoder for å håndtere kritisk fullt mottak er beskrevet nedenfor, det består av å fastsette kriterier for når akuttmottaket er kritisk fullt samt utarbeide tiltak som iverksettes når kriteriene er oppfylt.

#### **Kriterier for når akuttmottaket er kritisk fullt**

Akuttmottakene utarbeider kriterier for når akuttmottaket er kritisk fullt i forhold til pasientrom og/eller personalressurser, disse kriteriene er basert på lokale forhold. For å iverksette tiltak ved kritisk fullt akuttmottak kan for eksempel løpende aktivitetsregistrering brukes som grunnlag til å vurdere om aktiviteten er høyere enn tilgjengelige ressurser som beskrevet i denne retningslinjen [her](#).

#### **Rutiner for tiltak som iverksettes ved kritisk fullt akuttmottak**

Akuttmottakene utarbeider rutiner for tiltak som iverksettes ved kritisk fullt akuttmottak basert på lokale forhold. Rutinene klargjør ansvar, roller og oppgaver knyttet til å håndtere situasjonen, beskriver hvem som tilkalles for å vurdere situasjonen og mulige tiltak som iverksettes. Vurderingen av situasjonen gjøres på bakgrunn av antall pasienter som er i akuttmottak og antall nye meldte opp mot kapasiteten. Mulige tiltak innebærer for eksempel å flytte pasienter ut av akuttmottak og/eller tilkalle ekstra personell. Prosedyren beskriver også når og hvordan ledelsen varsles om forholdene.

#### **Begrunnelse**

#### **Sammendrag**

Målsetningen med anbefalingen er å sikre at akuttmottakene til enhver tid har kapasitet i form av areal, utstyr og personell til å håndtere inneliggende pasienter og ta imot nye pasienter. Et overordnet mål er at alle pasienter får nødvendig helsehjelp i tide uavhengig av aktiviteten i mottakene.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) angir at helseforetakene skal ha styringssystemer som sikrer at de planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer aktivitetene slik at tjenestene er forsvarlige. Dette innebærer blant annet å sørge for at akuttmottakene har tilstrekkelig kapasitet.

Leder har ansvar for at avdelingen man er satt til å lede driftes forsvarlig og at ansattes settes i stand til å utøve forsvarlig helsehjelp, jf. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 2-2](#), [Lov om helsepersonell mv. \(helsepersonelloven\) § 16](#) og [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

[Rundskriv om lederansvar i sykehus](#) angir at medisinskfaglig rådgiver vil være ansvarlig for de oppgavene han eller hun blir tildelt som for eksempel å gi medisinske råd. Leder av avdelingen vil ha et overordnet ansvar for avdelingen selv om oppgaver er delegert til en medisinskfaglig rådgiver.

[Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten](#) har avdekket at pasienter som ankommer sykehusets akuttmottak kan risikere å måtte vente lenge før de blir vurdert av lege, og før de eventuelt blir overført til andre avdelinger i sykehuset.

[Helsetilsynets rapport kalt Mens vi venter – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene](#) har avdekket at ikke alle akuttmottak følger med på aktiviteten og har planer for å sikre driften.

[Helsetilsynets rapport knyttet til tidlig oppdagelse og behandling av sepsis](#) har avdekket at mange pasienter i akuttmottak med sepsis fikk for sen oppstart av behandling i form av antibiotika.

I [Kunnskapscenterets læringsnotat kalt Akuttmottak-risikosone for pasientsikkerhet](#) fremkommer det at samtidighetskonflikter er hyppige i akuttmottak og at dette bidrar til forsinket pasientbehandling.

## Utsendelse av pasienter

---

### Anbefaling

### Akuttmottakene bør samarbeide tett med instansene de overfører pasienter til

Akuttmottakene bør samarbeide tett med interne og eksterne instanser som de overfører pasienter til.

Samarbeidet understøtter at mottaker av pasienten får god og tidlig informasjon om pasienter som overføres fra akuttmottak for å sikre nødvendig oppfølging. Pasienter som sendes hjem får en plan for oppfølging og skriftlig informasjon fra oppholdet.

### Praktisk

Pasientoverganger mellom enheter og aktører som yter helsehjelp utgjør en risiko for pasientsikkerheten, gode samarbeidsrutiner vil bidra til å redusere denne risikoen. For akuttmottakene er det avgjørende at pasienter som overføres fra mottakene får god oppfølging og at nødvendige pasientopplysninger følger med.

Anbefalt metoder for å sikre et godt samarbeidet mellom akuttmottak og mottakende instanser er beskrevet under.

### Faste samarbeidsmøter

Faste samarbeidsmøter kan for eksempel gjennomføres ved at representanter fra akuttmottakene har faste møter med sengeposter tilknyttet eget sykehus, andre sykehus samt kommunal helse- og omsorgstjeneste.

### Lokale avtaler og prosedyrer for samarbeid

Avtaler og prosedyrer for samarbeid mellom akuttmottakene og de instansene de overfører pasienter til utvikles og tilpasses lokale forhold.

Lovpålagte samarbeidsavtaler fremgår av [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) § 6-1](#). De lokalt utviklede tjenesteavtalene mellom sykehusene og kommunal helse- og omsorgstjeneste vil kunne påvirke de lokale samarbeidsmøtene, avtalene og prosedyrene.

Norsk forening for allmennmedisin har publisert et [Samhandlingsdokument mellom fastleger og sykehus](#) som angir arbeidsdeling mellom sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste, og et [Vurderingsskjema for omfordeling av oppgaver](#) til bruk dersom det er aktuelt å overføre oppgaver mellom tjenestenivåene.

Eksempler på samarbeid som reguleres av avtaler og prosedyrer er gjengitt nedenfor.

### Avtale om hvor pasienten overføres

Akuttmottakene er i dialog med de instansene de sender pasienter til om hvilket omsorgsnivå pasienten har behov for og hvordan dette kan imøtekommes. Dersom det er tvil om hvor pasienten skal overføres, konfererer akuttmottaket med aktuell mottakende instans.

### **Avtale om varsling av overføringer**

Dersom pasienten skal overføres formidler akuttmottaket beskjed til mottakende instans på den måten som er avtalt lokalt. Akuttmottakene varsler så raskt som mulig og angir overføringstidspunkt, medisinsk tilstand og forhold som har betydning for oppfølgingen av pasienten.

### **Prosedyre for overføring av pasientinformasjon og sikring av overganger**

Pasienter som overføres fra akuttmottak får med seg skriftlig informasjon som oppsummerer oppholdet og inneholder plan for videre oppfølging, behandling og oppdatert legemiddelliste. I planen fremkommer det tydelig hvem som har overtatt ansvaret for pasienten.

Ved overføring av pasient fra akuttmottak til sengepost er det interne prosedyrer som beskriver hvem i akuttmottak som beslutter at pasienten skal overføres, hvor pasienten skal overføres, og når det er klart for overføring. Prosedyrene beskriver hvordan muntlig og skriftlig kommunikasjon mellom avsender og mottaker foregår. Av prosedyrene fremgår det hvilken utredning og avklaring som skjer før overføring, og hvilke krav som skal stilles til oppfølging av pasienter etter overføring. Prosedyrene beskriver hvem som til enhver tid har det medisinske ansvaret for pasienten, og sykehuset har systemer som sikrer at ansvarlig behandler alltid kan se hvor pasientene de har ansvar for befinner seg.

Ved overføring av pasient til annet sykehus eller kommunal helse- og omsorgstjeneste skal det ifølge [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) § 45 a](#) sendes en epikrise. I [Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven](#) er kravene til innhold i epikriser nærmere angitt. Epikrisen sendes til henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, og til pasientens fastlege. Pasienter kan motsette seg at det sendes epikrise. Ved overføring av pasient til kommunal helse- og omsorgstjeneste sendes i henhold til [Nasjonal standard for utskrivningsrapport](#) i tillegg en standardisert rapport som inneholder sykepleieopplysninger.

Akuttmottaket sørger for at pasienter som sendes hjem fra sykehuset er i stand til å klare seg og ved behov blir tatt imot av pårørende og/eller personell i kommunen. Hjemsendelse planlegges slik at reisetid og transport ikke medfører vesentlige problemer for pasienten. Før hjemsendelse får pasienten en strukturert samtale med lege samt skriftlig informasjon om oppholdet og en klar plan for oppfølging.

### **Prosedyre for utlokalisering av pasienter (også kalt satellitt-pasienter)**

Sykehusene har planer for hvordan pasienten følges opp dersom utlokalisering er nødvendig, dvs. dersom de grunnet plassmangel flyttes til annen sengepost enn den som har fagspesifikk kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. Prosedyren for utlokalisering stiller krav til dokumentasjon av hvorfor pasienten er utlokalisert, hvem som har besluttet utlokalisering, og hvilke spesielle tiltak som er iverksatt for å sikre forsvarlig helsehjelp. Ved utlokalisering er det sikret klar fordeling av medisinsk ansvar, tilgang til kompetanse, utstyr og teknologi samt tilstrekkelig observasjon og oppfølging av pasienten.

## **Begrunnelse**

### **Sammendrag**

Hovedformålet med samarbeidet er å sikre at pasienten overføres til riktig instans til rett tid, og at antall overganger mellom tjenester og tjenestenivåer holdes på et minimum. Andre målsetninger er at akuttmottakene har prosedyrer som beskriver hvem som beslutter at pasienten overføres, hvor pasienten overføres, og når det er klart for overflytning. Samarbeidet sikrer overganger slik at pasienten

får forsvarlig overvåkning, behandling og oppfølging i hele forløpet. Det er et mål at mottaker av pasienten får nødvendig informasjon om pasienten i tide, slik at pasienten blir ivaretatt på forsvarlig måte. Praksis bør også sikre at pasienter som sendes hjem fra akuttmottak får med seg skriftlig informasjon og en klar plan for oppfølging.

Samarbeidsavtaler er regulert av [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) § 6-1](#) hvor det fremgår at kommunen skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjeneste.

I [Helse- og omsorgsdepartementet sin Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024](#) har regjeringen i tiltak nummer 5 beskrevet at [Norsk forening for allmenntjenestemedisin sitt samhandlingsdokument mellom fastleger og sykehus](#) bør legges til grunn for arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

[Helsedirektoratets læringsnotat om pasientsikkerhet ved utlokalisering av pasienter](#) omtaler risiko ved at pasienter innlegges på en annen avdeling enn den som har størst kompetanse til å håndtere pasienten. Risikoen knyttet til tre hovedområder, dvs. uklarhet om medisinsk ansvar, manglende tilgang til kompetanse, utstyr og teknologi samt manglende observasjon og oppfølging.

[Helsetilsynet har gjennomført tilsyn knyttet til utlokalisering av pasienter ved helseforetakene i 2019-2020.](#) og undersøkt om nødvendig risikoreduserende tiltak er utført når utlokalisering er nødvendig,

# Observasjonsposter

---

## Anbefaling

### **Akuttmottakene bør ha tilknyttede observasjonsposter (også kalt akuttposter eller avklaringsposter)**

Akuttmottakene bør ha tilknyttede observasjonsposter (også kalt akuttposter eller avklaringsposter) beregnet for pasienter med behov for kortvarig innleggelse på sykehus. Hvilke pasientgrupper som egner seg for innleggelse på observasjonspost avhenger av sykehusets størrelse, funksjon og lokale forhold.

På observasjonspostene bør det være tydelig hvem som har det medisinske ansvaret for pasientene og det bør være et tett samarbeid med andre avdelinger i sykehuset for å sikre at pasientene har tilgang til relevant kompetanse.

#### **Praktisk**

Observasjonsposter (også kalt akuttposter eller avklaringsposter) er ofte tilknyttet akuttmottakene og er tilrettelagt på en måte som gjør det mulig å gi fullverdig helsehjelp til ulike pasientgrupper som trenger kortvarig innleggelse på sykehus.

Anbefalte metoder for organisering og drift av observasjonspostene er beskrevet under.

#### **Ledelse, bemanning og drift**

Det er en fordel om observasjonspostene organiseres sammen med akuttmottakene og har felles ledelse. Fast ansatte sykepleiere og leger på observasjonspostene har ansvar for oppfølging av pasientene. Observasjonspostene driftes fortrinnsvis slik at de er åpne hele døgnet alle dager i året.

#### **Pasientgrupper og liggetid**

Observasjonspostene benyttes til ulike kategorier av pasienter som trenger kortvarig innleggelse på sykehus. Hovedandelen av pasientene utredes og behandles i sin helhet på observasjonsposten og utskrives til hjemmet eller annen institusjon. Noen pasienter trenger overflytning til annen sengepost på sykehuset. Det er lokalt tilpassede prosedyrer for hvilke pasientkategorier observasjonspostene håndterer og hvor lang liggetid som aksepteres.

#### **Rutiner for overvåkning**

Observasjonsposten har lokale rutiner for observasjon av pasienter i samsvar med [Helsedirektoratets faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#). Overvåkningsutstyr tilpasses de pasientkategorier som er aktuelle. Observasjonspostene har rutiner for å håndtere pasienter som er til fare for seg selv og/eller andre.

#### **Muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell**

Helsepersonell tilknyttet observasjonspostene kommuniserer systematisk og strukturert med internt og eksternt helsepersonell som beskrevet i denne retningslinjen [her](#).

## **Samarbeid med andre avdelinger på sykehuset**

Pasientene tilknyttet observasjonspostene kan ha tilstander som involverer behov for kompetanse fra ulike grupper helsepersonell. Personellet som ivaretar pasientene på observasjonspostene samarbeider derfor tett med annet helsepersonell tilknyttet sykehuset. Det lages prosedyrer for samarbeid mellom observasjonspostene og relevante avdelinger som klargjør fordeling av ansvar, roller og oppgaver. Samarbeidet sikrer at pasientene har tilgang til relevant kompetanse til rett tid.

## **Samarbeid med instanser de sender pasienter til**

Ved overføring av pasienter fra observasjonspostene til interne eller eksterne instanser følges de samme anbefalingene som gitt for overføring av pasienter fra akuttmottak som er beskrevet i denne retningslinjen [her](#). Dette sikrer at pasienten utskrives til rett instans med nødvendig varsling og god informasjonsoverføring.

## **Kompetanse, opplæring, videreutdanning og etterutdanning**

Hvilke grupper helsepersonell som benyttes på observasjonspostene tilpasses pasientgrunnlaget. Leger med spesialitet i akutt- og mottaksmedisin og akuttstuskepleiere er spesielt egnet til å ivareta en blandet pasientpopulasjon. Helsepersonell tilknyttet observasjonspostene har tilstrekkelig kompetanse til å behandle de pasientgruppene posten håndterer.

I de tilfellene der observasjonspostene er organisert som en del av akuttmottakene vil øvrige anbefalinger som er angitt i denne retningslinjen gjelde for observasjonspostene. Dette inkluderer anbefalinger knyttet til kompetanse som er omtalt [her](#), samt opplæring, videreutdanning og etterutdanning som beskrevet [her](#).

## **Begrunnelse**

### **Sammendrag**

Hovedformålet med anbefalingen er at rett pasient innlegges på observasjonsposten og får forsvarlig utredning, observasjon og behandling. Det er en målsetning at liggetiden på observasjonsposten skal være kort, og at antall overganger mellom tjenester og tjenestenivåer holdes på et minimum. Samarbeidet innebærer en tydeliggjøring av hvem som til enhver tid har det medisinske ansvaret for pasientene, og at det er klar fordeling av ansvar, roller og oppgaver mellom tilknyttet helsepersonell. Personellet ved observasjonspostene samarbeider tett med helsepersonell fra andre medisinske spesialiteter slik at pasientene sikres tilgang til relevant kompetanse.

[Helsetilsynets rapport knyttet til tidlig oppdagelse og behandling av sepsis](#) har avdekket at observasjon av pasienter med tanke på utvikling av infeksjoner og oppstart av behandling kan være mangelfull.

[Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#) angir hvordan helsetjenesten kan sikre at ansatte med pasientkontakt har relevant kompetanse for å avdekke og følge opp pasienter med forverret somatisk tilstand.



# Pasientmedvirkning

---

## Anbefaling

### **Akuttmottaket skal praktisere pasientmedvirkning og bruke pasienterfaringer til å forbedre tjenestetilbudet**

Akuttmottaket skal sørge for at pasienter har mulighet til å medvirke når de mottar helsehjelp. Mottakene har plikt til å involvere pasienter i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenestetilbud, og undersøkelses- og behandlingsmetoder.

I tillegg skal mottakene bruke pasienterfaringer til å forbedre tjenestetilbudet. For å oppnå dette samles opplysninger om hvordan pasienter og pårørende opplever mottaket og resultatene brukes til lokal kvalitetsforbedring.

#### **Praktisk**

Pasienter har rett til informasjon og medvirkning i egen helsehjelp, dette gjelder også for akutt syke og skadede pasienter i akuttmottak. Dette kravet må balanseres opp mot situasjonen og hastegraden. Dersom helsehjelpen er påtvingende nødvendig vil plikten til å yte øyeblikkelig helsehjelp i gitte situasjoner kunne fremtvinge at helsepersonell tar beslutninger på vegne av pasienten.

Metoder for å praktisere pasientmedvirkning og bruke pasienterfaringer til å forbedre tjenestetilbudet er foreslått under.

#### **Praktisering av pasientmedvirkning**

[Helsedirektoratets rundskriv Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#) angir at pasientmedvirkning er en rettighet pasienten har og samtidig en plikt som sykehuset har. Dokumentet gir konkrete råd for praktisering av pasientmedvirkning, hovedbudskapet angis under.

For at pasienten skal ha mulighet til å medvirke, skal den som tilbyr helsetjenester gi pasienten informasjon slik at han eller hun får innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Kommunikasjon gjennom tolk kan være helt nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp og for å kunne gi nødvendig informasjon og veiledning til pasienter og pårørende. Helsedirektoratet har utarbeidet en [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#) for å bidra til at helse- og omsorgspersonell vurderer behovet for og bestiller kvalifisert tolk når det er nødvendig.

Pasienter har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient. Akuttmottaket har plikt til å yte faglig forsvarlige tjenester, dette kravet har betydning for hvilke tjenester den enkelte pasient blir tilbudt.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å få informasjon. Innenfor somatikken er det i slike tilfeller legen som er ansvarlig for helsehjelpen som fatter beslutninger i samråd med annet kvalifisert helsepersonell. Der det er mulig innhentes informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket.

Ønsker pasienten at andre personer skal være til stede når helsetjenester gis, tilstreber akuttmottakene å imøtekomme dette.

De ansatte i akuttmottak ivaretar pårørende og etterlatte, til hjelp i dette arbeidet er [Helsedirektoratets pårørendeveileder](#) som blant annet omtaler ivaretagelse av barn.

### **Bruk av pasienterfaringer til å forbedre tjenestetilbudet**

Akuttmottakene samler pasienterfaringer knyttet til hvordan pasienter og pårørende opplever helsetjenesten, og bruker tilbakemeldingene aktivt for å forbedre helsehjelpen. Hvordan opplysningene innhentes, oppbevares og brukes tilpasses lokale forhold og ivaretar krav til informasjonssikkerhet og behandling av personopplysninger. Hvilke pasienterfaringer som er aktuelle tilpasses de pasientgruppene som akuttmottaket håndterer. Det kan være utfordrende å samle pasienterfaringer for pasienter som har problemer med å fylle ut skjema eller svare på spørsmål, for eksempel eldre. Sentrale spørsmål kan være om pasientene opplever å bli mottatt av personell med relevant kompetanse, hvor lang tid det tar før pasienten får nødvendig helsehjelp, og om informasjonen og medvirkning oppleves god.

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre har laget anbefalinger for å samle pasientrapporterte data inndelt i pasientrapporterte utfallsmål (Patient Reported Outcome Measures - PROM) og mål på pasientenes erfaringer med helsetjenesten (Patient Reported Experience Measures - PREM), informasjon om dette er publisert [her](#).

## **Begrunnelse**

### **Sammendrag**

Formålet med anbefalingen er å sikre at akuttmottakene ivaretar pasienters og pårørendes rett til informasjon og medvirkning. Samtidig har slik medvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene.

[Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) § 3](#) omhandler pasientens rett til informasjon og medvirkning og gjelder for all helsehjelp. [Helsedirektoratets rundskriv Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#) kommer med konkrete anbefalinger om hvordan pasientmedvirkning bør praktiseres.

Helsedirektoratet har utarbeidet en [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#) for å bidra til at helse- og omsorgspersonell vurderer behovet for og bestiller kvalifisert tolk når det er nødvendig.

[Legeforeningens resolusjon om sosial ulikhet i helse](#) omtaler betydningen av at helsepersonell viderefremmer til hverandre hvilke kommunikasjonshensyn som må tas i møte med pasienten. Eksempler på dette er hvilke språk pasienten behersker, behov for tolk, nedsatt hørsel, forutsetninger for å forstå informasjon og liknende.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) angir i § 6g) helseforetakets plikt til å ha oversikt over brukererfaringer, og i § 7e) helseforetakets plikt til å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende. Forskriftens § 8 e) omhandler å vurdere virksomheten på bakgrunn av informasjon fra pasient og pårørende.

Folkehelseinstituttet gjennomfører nasjonale brukererfaringundersøkelser (PasOpp-undersøkelser) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, disse publiseres [her](#).

# Kompetanse

---

## Anbefaling

### **Avdelingen bør ha fast ansatte leger og sykepleiere med relevant kompetanse**

Akuttmottakene bør ha fast ansatte sykepleiere og leger med kompetanse til å ivareta de pasientgruppene som kommer til mottaket og deres pårørende. I dette inngår at helsepersonellet må innhente hjelp fra andre dersom det er nødvendig for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp. Ledelsen og de ansatte i akuttmottak bør samarbeide tett med personell fra andre avdelinger på sykehuset for å sikre at pasientene til enhver tid har tilgang til relevant kompetanse til riktig tid.

Det er ledelsens ansvar å sikre avdelingens drift. For å oppnå dette bør utvalgte leger og sykepleiere i det daglige tildeles oppgaven med å drifte akuttmottaket, prioritere mellom oppgaver og sikre god pasientflyt.

Akuttmottakene bør ha sykepleiere og leger som driver med fagutvikling for å sikrer nødvendig kompetanse og opplæring i avdelingen. De ansatte bør samarbeide internt mellom sykepleiere og leger i avdelingen og med andre relevante avdelinger om å utvikle lokale rutiner og prosedyrer for pasientbehandling.

#### **Praktisk**

Ledelsen av akuttmottaket har ansvar for å sikre forsvarlig drift og helsehjelp til pasienter, denne anbefalingen vil legge til rette for at helsepersonell i mottak har relevant kompetanse.

Anbefalte metoder for å sikre kompetansen blant leger og sykepleiere i akuttmottak er beskrevet under.

#### **Helsepersonell med fast tilknytning til akuttmottak**

Akuttmottakene har fast ansatte sykepleiere og overleger som har hovedandelen av sitt arbeid tilknyttet mottaket for å sikre tilstedeværelse, kontinuitet og kompetanse i starten av pasientforløpet på sykehuset. Dette vil være en fast gruppe medarbeidere som samarbeider tett med vakthavende helsepersonell fra andre avdelinger på sykehuset støttet av tilsvarende samhandling på ledernivå.

#### **Helsepersonell med relevant kompetanse**

Relevant kompetanse blant ansatte avhenger av pasientgrunnlaget og lokale forhold, og omfatter elementer av teoretiske kunnskaper, praktiske ferdigheter og holdninger. Det vil være behov for lokale tilpasninger og ta tid å bygge kompetanse i et akuttmottak. Leger med spesialitet i akutt- og mottaksmedisin og akuttisykepleiere er utdannet for å arbeide i akuttmottak, og spesielt egnet til å ivareta en blandet pasientpopulasjon. Akuttmottakene tilrettelegger derfor for etablering av denne spesialiteten og utdanning av akuttisykepleiere. For leger vil andre spesialiteter være aktuelle avhengig av pasientgrunnlaget, og for sykepleiere vil det være gunstig med relevante videreutdanninger som for eksempel avansert klinisk sykepleie (AKS). Akuttmottakene en viktig læringsarena for leger i spesialisering innen mange kliniske spesialiteter og for grunnutdanning samt videreutdanning av sykepleiere.

Alt helsepersonell i akuttmottak har kompetanse innenfor utredning og behandling av de pasientgruppene som mottaket håndterer, og til tidlig å oppdage forverret somatisk tilstand. I dette inngår at helsepersonellet må innhente hjelp fra andre dersom det er nødvendig for å kunne gi pasienten forsvarlig helsehjelp, dette er aktuelt innenfor ulike somatiske spesialiteter, rus og psykiatri. De ansatte kjenner til lokale rutiner for å tilkalle hjelp av annet helsepersonell når de mangler kapasitet og/eller kompetanse. Helsepersonellet har kompetanse til å ivareta pårørende og etterlatte, til hjelp i dette arbeidet er [Helsedirektoratets pårørendeveileder](#) som blant annet omtaler ivaretagelse av barn.

En stabil kjerne av sykepleiere og leger bør kjenne til prosedyrer for prioritering av pasienter og kriterier for bruk av team som beskrevet i denne retningslinjen [her](#). De bør være kjent med anbefalinger for diagnostikk, overvåkning og behandling av pasienter som beskrevet [her](#), og rutiner for å håndtere kritisk fullt akuttmottak som omtalt [her](#).

Ledelsen i akuttmottaket har oversikt over kompetansen til de ansatte og arbeider med systematisk opplæring for å sikre at avdelingen har riktig kompetanse i nåtid og fremtid. Ledelsen sørger for at helsepersonell i akuttmottak har en personlig tilpasset plan for kompetanseutvikling som følges opp i medarbeidersamtaler. Ledelsen tilser at de ansatte er kjent med intern organisering av sykehuset og andre deler av lokal spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

### **Helsepersonell som ivaretar prioritering, drift og god pasientflyt**

Akuttmottakene har egne sykepleiere og leger med ansvar for prioritering av oppgaver, sikring av avdelingens drift og god pasientflyt. Dette innebærer at mottaket har ansatte med kompetanse innenfor prioritering av pasienter og bruk av team som beskrevet i denne retningslinjen [her](#).

### **Helsepersonell som sikrer fagutvikling**

Akuttmottakene har ansatte som driver med fagutvikling for å sikre nødvendig kompetanse og opplæring i avdelingen. Sykepleiere og leger i akuttmottak deltar i utvikling av lokale rutiner og prosedyrer for pasientbehandling i samarbeid med annet helsepersonell i egen og andre avdelinger.

Opplæring, videreutdanning og etterutdanning av sykepleiere og leger i akuttmottak er omtalt i egen anbefaling som beskrevet i denne retningslinjen [her](#).

## **Begrunnelse**

### **Sammendrag**

Faste stillinger for sykepleiere og leger i akuttmottak er nødvendig for å etablere et stabilt arbeidsmiljø med kontinuitet over tid. Fast tilknytning av overleger sikrer at sykehuset har nødvendig kompetanse i starten av pasientforløpet innad i sykehuset. Leger og sykepleiere ansatt i samme avdeling øker mulighet for samhandling, fagutvikling og etablering av gode rutiner. Medisinsk utvikling, etablerte pasientforløp og fokus på tidlig målrettet behandling gjør at behandling som tidligere ble gjennomført i spesialavdelinger i dag starter i akuttmottaket. Høy aktivitet, økende antall multisyke eldre og pasienter som ikke er tilsett av lege før innleggelse stiller store krav til kompetanse hos ansatte i akuttmottak.

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#) angir at i fremtiden vil mer behandling og oppfølging gis i akuttmottaket, og det vil være behov for kompetansebygging. Dette inkluderer en satsning mot å bygge kompetanse til å følge opp pasientgrupper med sammensatte og komplekse behov, og ikke nødvendigvis ensidig mot akutt oppfølging.

Det følger av [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-10](#) at virksomheter som yter helsetjenester, skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6](#) angir at virksomheten skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

I [Kunnskapscenterets læringsnotat kalt Akuttmottak-risikosone for pasientsikkerhet](#) fremkommer det at mange yrkesgrupper har oppgaver i akuttmottak selv om de er ansatt på andre avdelinger tilknyttet sykehuset, og det er utfordringer knyttet til tilgjengelig og riktig kompetanse i akuttmottakene.

[Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene](#) har avdekket at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere. Etter revisjonens vurdering mangler helseforetakene oversikt over bemanningsbehov og planer for å løse bemanningsutfordringene sine.

[Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\)](#) angir rammer, ansvar og roller for utdanningsvirksomheter i spesialistutdanningen for leger og inneholder også læringsmål for de ulike spesialitetene.

I Helse- og omsorgsdepartementet sitt vedtak om å etablere spesialiteten i akutt- og mottaksmedisin fremkommer det som et viktig mål å styrke kvaliteten i akuttmottakene ved å få kompetanse i front når pasientene innlegges akutt. Hovedføring for spesialiteten er den skal kunne benyttes ved alle akuttmottak uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet. Den bør kunne benyttes ved observasjonsposter og kunne delta i de små sykehusenes vaktlag. Det fremgår også at den nye spesialisten skal ha læringsmål tilsvarende internasjonale krav til kompetanse i akuttmottak og observasjonsposter.

Det er behov for økt formell kompetanse for sykepleiere i akuttmottakene og observasjonspostene. Per i dag er det ingen nasjonal videreutdanning på masternivå i akutt- og mottakssykepleie, men det benyttes sykepleiere med relevante videreutdanninger innen anestesi-, operasjons- og intensivsykepleie.

Helsedirektoratets rapport [Videreutdanning av sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivare tatt i fremtiden?](#) har kartlagt videreutdanningstilbud innen sykepleie og vurdert hvordan det samsvarer med behovet i helsetjenestene.

# Opplæring, videreutdanning og etterutdanning

---

## Anbefaling

### **Avdelingen skal ha et system for opplæring, videreutdanning og etterutdanning av ansatte**

Ledelsen for akuttmottakene skal sørge for at de ansatte har den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet, slik at de har nødvendig kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig.

Kompetansen omfatter teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter og generell kompetanse knyttet til ivaretagelse av pasienter og pårørende. Ledelsen skal legge til rette for livslang læring og kontinuerlig kompetanseheving for ansatte, for å kunne drifte forsvarlig og følge med i medisinsk og helsefaglig utvikling.

#### **Praktisk**

Ledelsen for akuttmottaket har ansvar for å sikre forsvarlig drift og helsehjelp til pasienter, denne anbefalingen vil legge til rette for at helsepersonell i mottak har relevant kompetanse over tid.

Anbefalte metoder for opplæring, etterutdanning, videreutdanning er beskrevet under.

#### **Opplæring og vedlikehold av kompetanse**

Helsepersonell i akuttmottak deltar i intern opplæring av egne ansatte og eventuelt eksterne. Opplæringen omfatter teoretisk kunnskap som formidles gjennom internundervisning, i tillegg til praktisk opplæring med bruk av ferdighetstrening og medisinsk/helsefaglig simulering. Undervisningen dekker opplæring i lokale rutiner og prosedyrer, relevante praktiske prosedyrer, bruk av medisinsk utstyr, håndtering av legemidler og verktøy for beslutningsstøtte. Det legges til rette for tverrfaglig kommunikasjons- og samarbeidstrening.

Mottaket bør utarbeide rutiner for svikt av medisinsk utstyr og kommunikasjonsutstyr, helsepersonellet bør gjøres kjent med dette og trene på bruk av manuelle rutiner og alternative kommunikasjonsløsninger.

#### **Videreutdanning av sykepleiere**

Akuttmottakene legger til rette for at sykepleiere tar videreutdanning i akuttsykepleie eller andre relevante videreutdanninger med akuttsykepleie fokus. Mottakene tilrettelegger for at studenter gjennomfører kliniske praksis i forbindelse med videreutdanning i akuttsykepleie, slik at kandidaten oppnår angitte læringsutbytter i aktuell utdanning. Akuttmottakene tilbyr en kompetanseplan med kompetanseutvikling for hver enkelt sykepleier slik at de kan arbeide faglig forsvarlig og følge med i medisinsk og helsefaglig utvikling. Mottakene legger til rette for at sykepleiere som ønsker det kan ta masterutdanning innen relevante fag.

#### **Spesialisering av leger**

Det legges lokalt til rette for at leger i spesialisering (LIS) innenfor ulike fagfelt arbeider i akuttmottak og oppnår læringsmål i sin spesialistutdanning. Akuttmottakene har et spesielt ansvar for utdanning av kandidater innenfor spesialiteten akutt- og mottaksmedisin som har akuttmottakene som sin viktigste læringsarena. Helsedirektoratet har utarbeidet [nasjonale faglige råd om veiledning](#) og [nasjonal veileder i kompetansevurdering](#) som gir praktiske råd om veiledning og kompetansevurdering av leger i spesialisering.

## Etterutdanning av helsepersonell

Det legges lokalt til rette for at sykepleiere, spesialsykepleiere og leger tilknyttet akuttmottak deltar i relevante nasjonale og internasjonale nettverk som driver med ulike former for etterutdanning som kurs, kongresser, samlinger og liknende.

## Kompetanse

Kompetanse blant sykepleiere og leger i akuttmottak er omtalt i denne retningslinjen [her](#).

## Begrunnelse

### Sammendrag

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6](#) angir at virksomheten skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring.

Det følger av [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-10](#) at virksomheter som yter helsetjenester, skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Virksomhetsleder skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kompetanse innenfor det aktuelle fagfeltet, samt kunnskap om virksomhetens styringssystem. I dette ligger at virksomhetsleder skal sørge for at medarbeiderne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å utføre sine oppgaver på faglig forsvarlig måte. Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse, samt sørger for at alle medarbeidere får tilstrekkelig opplæring og eventuelt videre- og etterutdanning.

Tildeling av oppgaver må skje etter en konkret vurdering av kvalifikasjonene til personen som delegeres oppgaven. Tildelingen forutsetter at personellet er gitt nødvendig opplæring for å kunne utføre oppgavene på en faglig forsvarlig måte. Det må gis nødvendige instruksjoner og føres tilsyn med utføring av oppgaven (løpende kontroll). Helsepersonellens kompetanse må vurderes individuelt ut fra oppgavens art og de formelle og reelle kvalifikasjoner, som helse- og sosialfaglig utdanning, tilleggsutdanning, opplæring og yrkeserfaring, som vedkommende har. Vurderingen skal dokumenteres.

Det understrekes at virksomhetsleders ansvar for delegering mv. ikke fritar helsepersonellet for det individuelle ansvaret de har når det gjelder forsvarlig yrkesutøvelse, jf. [Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) § 4](#). Det fritar heller ikke de ansvarlige ledere på de ulike nivåer i virksomheten fra det ansvaret de har, jf. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-9](#).

[Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\)](#) angir rammer, ansvar og roller for utdanningsvirksomheter i spesialistutdanningen for leger og inneholder også læringsmål for de ulike spesialitetene.

[Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene](#) har avdekket at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere. Etter



revisjonens vurdering mangler helseforetakene oversikt over bemanningsbehov og planer for å løse bemanningsutfordringene sine.

# Ledelse

---

## Anbefaling

### **Avdelingen skal ha én ansvarlig leder med overordnet og helhetlig ansvar**

Akuttmottakene skal i henhold til [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-9](#) ha én ansvarlig leder. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere som skal bidra til å gi lederen et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag i saker som gjelder medisinskfaglige spørsmål.

Den medisinskfaglige rådgiveren i akuttmottak bør være overlege med relevant spesialitet tilpasset de pasientgruppene mottaket håndterer, og bør fortrinnsvis være spesialist i akutt- og mottaksmedisin. Rådgiveren bør ha nødvendige fullmakter til å utforme medisinsk faglige rutiner og prosedyrer i avdelingen.

Ledelsen ved akuttmottakene bør sørge for at det til enhver tid er en ansvarlig person som har ansvaret for den daglige driften av avdelingen.

#### **Praktisk**

Lederen av akuttmottaket har ansvaret for at avdelingen driftes forsvarlig og at ansattes settes i stand til å yte forsvarlig helsehjelp til pasientene.

Anbefalte metoder for ledelse av akuttmottaket er beskrevet under.

#### **En ansvarlig leder**

Akuttmottaket har én ansvarlig leder som kan ha ulik bakgrunn og har det overordnede og helhetlige ansvaret for mottaket og er kjent for alle ansatte. Leder av akuttmottak sørger for et godt samarbeid med andre berørte avdelinger på sykehuset ved å utforme felles forståelse av roller, oppgaver og ansvar i akuttmottak samt sykehusovergripende rutiner og prosedyrer. Det er lederen som tar endelige beslutninger i avdelingen og har ansvaret for de beslutningene som er tatt. Det er en fordel om sykepleiere og leger som har fast tilknytning til akuttmottak har en felles ledelse for å sikre tverrfaglig samarbeid.

#### **Medisinskfaglig rådgiver**

Dersom leder av akuttmottak ikke er lege, ansettes en legespesialist innenfor relevant spesialitet som medisinskfaglig rådgiver, fortrinnsvis en spesialist i akutt- og mottaksmedisin. Medisinskfaglig rådgiver veileder lederen i medisinskfaglige spørsmål, organiserer internundervisning og sørger for at avdelingen har medisinsk faglige rutiner og prosedyrer.

#### **Ansvarlig overlege på vakt**

Akuttmottakene organiseres slik at det er én ansvarlig overlege på vakt til enhver tid som samarbeider med andre relevante medisinske spesialiteter og leger i spesialisering (LIS) om å gi pasientene

forsvarlig helsehjelp. Ansvarlig overlege på vakt har et særlig ansvar for at pasienter behandles på rett sted som beskrevet i denne retningslinjen [her](#), prioritering av pasienter og bruk av team som omtalt [her](#) og håndtering av kritisk fullt akuttmottak som beskrevet [her](#).

## **Samarbeid med andre avdelinger på sykehuset**

Uavhengig av organisering er det nødvendig å etablere samarbeid mellom akuttmottak og øvrige spesialavdelinger på sykehuset for utarbeidelse av rutiner og prosedyrer. Dette vil de fleste steder involvere flere ulike avdelinger og det etableres samarbeidsorgan eller fagutvalg med klart mandat i organisasjonen, slik at det finnes et forum for å diskutere og forbedre rutiner. Samarbeidet klargjør for ledere og ansatte hvem som kan beslutte overføring eller innhente kompetanse på tvers av avdelinger, og hvem som til enhver tid har ansvar for pasienten ved involvering av flere fagavdelinger.

## **Begrunnelse**

### **Sammendrag**

Hovedmålet for ledelsen er å legge forholdene til rette for at alle pasienter som kommer til akuttmottaket til enhver tid får tilgang til relevant kompetanse og får forsvarlig helsehjelp. Dette er krevende siden pasientene ofte innlegges akutt med ulike medisinske behov og akuttmottaket periodevis har høy pasienttilstrømming. Det kreves god strategisk ledelse og etablerte rutiner for kontakt med samarbeidende avdelinger. For å oppnå sikker og forsvarlig pasienthjelp kan det ikke være tvil om hvem som har pasientansvar. I tillegg til medisinsk håndtering av pasienter gjennomføres avdelingens daglige drift med god logistikk for å holde liggetid nede og sikre at pasientene kommer videre.

I henhold til [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-9](#) skal sykehus organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere.

Leder har ansvar for at avdelingen man er satt til å lede driftes forsvarlig og at ansattes settes i stand til å utøve forsvarlig helsehjelp, jf. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 2-2](#), [Lov om helsepersonell mv. \(helsepersonelloven\) § 16](#) og [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#).

[Rundskriv om lederansvar i sykehus](#) angir at medisinskfaglig rådgiver vil være ansvarlig for de oppgavene vedkommende blir tildelt som for eksempel å gi medisinske råd. Leder av avdelingen vil ha et overordnet ansvar for avdelingen selv om oppgaver er delegert til en medisinskfaglig rådgiver.

I [Kunnskapscenterets læringsnotat kalt Akuttmottak-risikosone for pasientsikkerhet](#) fremkommer det at lederstrukturen i akuttmottak har utfordringer i forhold til å ha en klar, overordnet ledelse med myndighet til å organisere arbeidet på tvers av spesialavdelinger. Det fremheves også behov for en kontinuerlig klinisk ledelse som i tillegg til å ha det medisinsk faglige ansvaret for utredning og behandling av pasienter har et spesielt ansvar for driften av avdelingen inkludert prioritering og logistikk.

## Avvik og uønskede hendelser

---

### Anbefaling

### **Avdelingen skal gjennomgå avvik og uønskede hendelser samt arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

Akuttmottakene skal føre oversikt over avvik og uønskede hendelser i avdelingen samt sørge for at pasienter, pårørende og helsepersonell blir ivaretatt i slike situasjoner.

Hendelsene skal brukes internt til å gjennomgå enkelthendelser samt holde oversikt over hva avvikene gjelder, omfanget og konsekvensene av uønsket praksis. Avviksmeldingssystemet skal brukes i til systematisk kvalitetsforbedring ved at akuttmottakene lærer av uønskede hendelser og forhindrer gjentakelse.

Virksomheten skal sørge for at meldingspliktige avvik blir meldt til riktig instans til rett tid, og ansatte i akuttmottak bør bidra til at dette blir gjort.

### **Praktisk**

Helseforetakene er lovpålagt å ha styringssystemer som sikrer at de planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer aktivitetene slik at tjenestene er forsvarlige og i henhold til lov- og forskriftskrav.

Forslag til hvordan avvik og uønskede hendelser kan håndteres er angitt under.

### **Lokal håndtering av avvik og uønskede hendelser**

Virksomhetens leder sørger for at akuttmottaket har et system for å melde avvik som er enkelt å bruke og kjent for helsepersonellet som arbeider der. Systemet er egnet til å registrere ulike alvorlighetsgrader av avvik, uønskede hendelser, "nesten hendelser", risikofaktorer for pasientskade og brudd på interne prosedyrer. Ledere på hvert nivå har ansvar for at avdelingen arbeider systematisk med å evaluere og korrigere egen praksis.

Avviksmeldingssystemet gjør det mulig å identifisere hendelser som har skjedd i akuttmottak eller som er meldt av ansatte i akuttmottak. Avvik og uønskede hendelser som er meldt av ansatte i akuttmottak blir behandlet i mottak, eventuelt i samarbeid med andre relevante instanser. Ved avvik og uønskede hendelser der eksterne aktører er involvert klargjøres roller og ansvar, og spesielt hvem som har hovedansvar for å håndtere hendelsen.

Avviksmeldinger behandles enkeltvis og samtidig kategoriseres de og inngår i en løpende systematisk risiko- og årsaksanalyse. Ledelsen har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår avvik og uønskede hendelser. Denne informasjonen brukes til å avdekke hva som svikter, årsakene til hendelser, fremme læring og forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen. For å lykkes med dette er det en kultur for åpenhet og læring av feil. Når avvik og uønskede hendelser er analysert, er det viktig at læringspunktene tas inn i relevante rutiner og prosedyrer som blir implementert.

Ved avvik og uønskede hendelser iverksetter involvert personell strakstiltak for å minimere akutte konsekvenser for pasienten, og sørger for at nødvendig informasjon blir dokumentert. Pasienter som er blitt påført skade eller alvorlige komplikasjoner informeres om hva som har skjedd, adgangen til å søke erstatning hos [Norsk pasientskadeerstatning](#) og rollen til [Pasient- og brukerombudet](#), [Helsetilsynet og Statsforvalteren](#) i slike saker.

Helsedirektoratets veileder [Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner](#) angir hvordan pasienter, brukere og pårørende bør involveres ved uheldige hendelser.

Helsedirektoratets [Håndbok for risiko- og hendelesesanalyser for helsetjenesten](#) angir hvordan helsetjenesten bør analysere risiko og hendelser.

Ledelsen ved akuttmottaket ivaretar helsepersonellet som har vært involvert i avvik og uønskede hendelser. Ledelsen sørger også for at virksomheten overholder sin lovpålagte meldeplikt for ulike hendelser (se under).

### **Meldingspliktige avvik**

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). Kriteriene for at varslingsplikten utløses er:

- dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker
- som følge av ytelse av helse- og omsorgstjeneste eller ved at pasient eller bruker skader en annen
- og der utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko

Varselet skal sendes via meldeportalen [melde.no](#) hvor varselet automatisk videresendes til helsetilsynet og UKOM. Statens helsetilsyn kan kontaktes ved usikkerhet om hendelsen skal varsles.

### **Begrunnelse**

#### **Sammendrag**

Hensikten med avviksmeldesystemer er å avdekke behov for tiltak for forbedring av rutiner og arbeidsprosesser med sikte på bedre kvalitet og pasientsikkerhet. For å oppnå dette bør akuttmottakene bruke avviksmeldingssystemet for å ha oversikt over hvilke avvik fra god praksis man har, omfanget av disse og konsekvensene i egen avdeling. Avviksmeldingssystemet skal brukes til å lære av uønskede hendelser og forsikre seg om at disse ikke gjentar seg.

I henhold til [Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-3 a](#) skal sykehusene straks varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen, jf. [Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. \(helsetilsynsloven\) § 6](#) og [Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten § 7](#). Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Plikten til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fremgår av [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-4 a](#).

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) angir at helseforetakene skal ha styringssystemer som sikrer at de planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer aktivitetene slik

at tjenestene er forsvarlige. Dette innebærer blant annet å sørge for at avvik og uheldige hendelser blir registrert og fulgt opp.

[Hesledirektoratets veileder til lov og forskrift Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) omtaler hvordan virksomheten bør arbeide med systematisk kvalitetsforbedring.

Sykehusene skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som uten hinder av taushetsplikt kan kreve opplysninger som er nødvendige for utførelse av deres arbeid i henhold til [Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 3-4](#).

Bestemmelsene i [Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. \(helsetilsynsloven\) § 7](#) om plikt til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger og adgang til virksomheten på anmodning og adgang til å gi tilsynsmyndigheten opplysninger av eget tiltak uten hinder av taushetsplikt, gjelder for alt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester.

Helsepersonell skal gi undersøkelseskommissjonen adgang til virksomhetens lokaler og opplysninger etter [Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten § 9](#).

Helsepersonell skal forklare seg for Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten etter [Lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten § 10](#).

[Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser](#) har avdekket at den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp. Helseforetakene utnytter i liten grad informasjonen fra avviksmeldingene for å identifisere risikoområder og forbedringsmuligheter.

[Helsebibliotekets oversikt over meldeordninger](#) gir en oversikt over mange meldingspliktige ordninger som er aktuelle for akuttmottak, for eksempel melding om unaturlig dødsfall, meldeplikt for medisinsk utstyr, melding om legemiddelbivirkninger, og melding om yrkesskade eller sykdom.

# Lokaler og utstyr

---

## Anbefaling

### Akuttmottakene bør ha lokaler og utstyr som er tilpasset sykehuset størrelse og funksjon

Akuttmottakene bør ha tilpassede lokaler og utstyr for raskt å kunne avklare pasientenes behov, og den fysiske utformingen av mottaket vil være tilpasset det lokale pasientgrunnlaget og pasientvolumet. Lokaler og utstyr i akuttmottak bør være egnet til å ivareta tidlig diagnostikk, overvåkning og behandling slik at helsepersonellet kan yte forsvarlig helsehjelp. Lokaler og utstyr bør utformes på en måte som ivaretar de ansattes sikkerhet i situasjoner med trusler og/eller vold mot helsepersonell.

Akuttmottakene bør ha nødvendig lokaler og utstyr til å håndtere pasienter med smitte og ekstraordinære situasjoner som ved masseskade, pandemi, trusler og/eller terroraksjoner. For kapasitet til å håndtere en pandemi vises det til [Nasjonale faglige råd for pandemiplanlegging i helseforetak](#). For mottak av kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære og eksplosive hendelser er egne anbefalinger gitt i [Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade](#).

## Praktisk

Egnede lokaler og tilstrekkelig utstyr i akuttmottak er en forutsetning for at helsepersonellet som arbeider der kan yte forsvarlig helsehjelp. Utformingen vil variere fra mottak til mottak avhengig av pasientgrunnlaget og pasientvolumet.

Generelle føringer for lokaler og utstyr i akuttmottak er:

- Det er fleksibilitet og generalitet i planløsning og romløsning som gir mulighet for framtidige endringer innen faget, organisasjon og driftsmodell og mulighet for arealutvidelse
- Det er tilrettelagt for rask prioritering og hastegradsvurdering av pasienter
- Det er tilrettelagt for separate pasientløp for pasienter med ulik hastegrad
- Lokalene er utformet på en måte hvor en unngår kryssende pasienttrafikk
- Det sikres rask tilgang til laboratorietjenester og billeddiagnostikk, spesielt CT og konvensjonell røntgen
- Det sikres tilgang til nødvendig utstyr for rask diagnostikk, overvåkning og behandling
- Lokalene er tilrettelagt for mottak av pasient med uavklart eller kjent smitte
- Lokalene er tilrettelagt for å ivareta taushetsplikten
- Lokalene er funksjonelle for personellet som arbeider der, dette innebærer at det er separate rom og arbeidsstasjoner for ansatte, og at personell har oversikt over pasientene og hverandre
- Akuttmottaket har reserveløsninger for svikt av nødvendig utstyr, dette inkluderer medisinsk utstyr og kommunikasjonsutstyr
- Lokalene og utstyret ivaretar de ansattes sikkerhet i situasjoner med trusler og/eller vold mot helsepersonell. Metoder for å få dette til er å opprette mulighet for flukt/rømningsvei og ha alarmutstyr som gir mulighet for å tilkalle hjelp

Avhengig av lokale forhold et det behov for stor fleksibilitet i akuttmottakene både for arealløsning, IKT-løsning og pasienttilstrømning.

Akuttmottakene har rutiner for svikt av nødvendig infrastruktur som vannforsyning, strømtilførsel og liknende. Mottakene har også rutiner for evakuering av mottak, svikt av medisinsk utstyr og kommunikasjonsutstyr som gjøres kjent for helsepersonellet som arbeider der.

## **Begrunnelse**

### **Sammendrag**

[Konsertprogram for planlegging av akuttmottak](#) utviklet av Sykehusbygg HF inneholder verktøy for dem som deltar i planlegging av akuttmottak, både ved nybygg og ombygging av eksisterende bygg.

[Lov om helsepersonell m.v. \(helsepersonelloven\) § 16](#) angir at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

[Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. \(arbeidsmiljøloven\)](#) har bestemmelser omkring krav til det fysiske arbeidsmiljøet.



# Metode og prosess i retningslinjearbeidet

## Bakgrunn og oppdrag

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å revidere den nasjonal faglig retningslinjen [Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak](#) fra 2014. Oppdraget er en del av [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#).

De somatiske akuttmottakene ved landets sykehus må til enhver tid håndtere tilstrømningen av pasienter med akutt skade og sykdom og kunne ta imot alle slags pasienter uavhengig av alder, skade, sykdom og tid på døgnet. De må også være i stand til å takle utfordrende situasjoner knyttet til samtidighetskonflikter, smittevern og masseskade. Målsetningen med pasientbehandlingen i akuttmottak er at pasientene blir raskt vurdert med høy grad av medisinsk kompetanse som i mange tilfeller vil innebære en tverrfaglig vurdering. Pasientene må prioriteres rett og få tilrettelagt et behandlingsløp som er adekvat i forhold til pasientens situasjon.

[Helsetilsynets rapport "Mens vi venter ...." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene?](#) fra 2008 viste at mange av landets sykehus hadde mangelfull styring og ledelse av akuttmottakene.

På bakgrunn av de mangfoldige utfordringene i somatiske akuttmottak har Helsedirektoratet publisert nasjonal faglig retningslinje kalt [Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak](#) i 2014. Siden forrige retningslinje ble publisert er det avdekket uheldig medisinsk praksis ved akuttmottakene, som beskrevet i [Helsetilsynets rapport Sepsis: ingen tid å miste](#) fra 2018 og i [Kunnskapscenterets læringsnotat Akuttmottak - risikosone for pasientsikkerhet](#) fra 2015.

Det er opprettet en ny medisinsk spesialitet i akutt- og mottaksmedisin fra 2019, og har kommet en ny [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\)](#). Disse endringene er inkludert i revisjonen.

## Formål med anbefalingene

Det overordnede målet med retningslinjen er å tilrettelegge for forsvarlig helsehjelp til alle pasientgrupper som kommer til norske akuttmottak. Som ledd i dette inngår å gi anbefalinger for organisering og faglig drift av akuttmottakene som kan etterleves av helseforetakene og helsepersonell og fører til god helse i befolkningen. Retningslinjen inneholder anbefalinger om at akuttmottakene organiseres og driftes som egen avdeling, og dette vil i mange steder innebære en endring fra tidligere praksis.

Prinsippene som angis gjelder for alle somatiske akuttmottak på små, mellomstore og store sykehus, men det vil være behov for lokale tilpasninger. Noen av anbefalingene angir ønsket utvikling som det vil ta tid å implementere i helsetjenesten, dette gjelder for eksempel råd knyttet til kompetanse blant helsepersonell. I retningslinjen er det laget en egen anbefaling for observasjonsposter (også kalt akuttposter eller avklaringsposter) som ofte er tilknyttet akuttmottakene.

## Omfang og avgrensning

Denne retningslinjen gjelder ordinær drift av somatiske akuttmottak. Ved ekstraordinært stor pasienttilstrømning er egne anbefalinger gitt i [Helsedirektoratets nasjonalt faglige råd for pandemiplanlegging](#). Ved kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære og eksplosive hendelser er egne anbefalinger gitt i [Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade](#).

## Målgruppe

Anbefalingene er hovedsakelig laget for helsepersonell og ledere ved somatiske akuttmottak, men også helsepersonell ansatt andre steder som yter helsehjelp i akuttmottak som for eksempel fra prehospitale tjenester eller andre avdelinger på sykehuset.

## Metodisk tilnærming

En nasjonal faglig retningslinje skal bygge på kunnskapsbasert praksis. Det innebærer at forskning, klinisk erfaring og brukererfaring skal vurderes samlet opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte anbefalinger. Anbefalinger skal sees i lys av verdier, ressursbruk, prioriteringskriterier, lover og forskrifter.

Anbefalingene i denne retningslinjen står på disse tre tilnærmingene:

- innhentet og vurdert oppsummert forskningsbasert kunnskap
- klinisk kunnskap og erfaring
- brukerkunnskap og erfaring

Retningslinjens anbefalinger er utformet med målsetning om å:

- sikre god kvalitet på tjenestene
- sikre riktige prioriteringer
- løse samhandlingsutfordringer
- sikre helhetlige pasientforløp
- hindre uønsket variasjon i tjenestene

## Kunnskapsgrunnlag

Anbefalingene bygger på den tidligere retningslinjen [Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak](#) fra 2014. Det er bestilt og utført en kunnskapsoppsummering av Folkehelseinstituttet om [Effekter av systemer for hastegradsvurdering i somatiske akuttmottak: oversikt over systematiske oversikter](#). Dette grunnlaget er drøftet i arbeidsgruppen og supplert med erfaringer og innspill fra klinikere, ledere og brukere. Det juridiske grunnlaget for anbefalingene omfatter store deler av lovgivningen knyttet til helsetjenesten og er angitt i de enkelte anbefalingene. Det er for hver anbefaling gjort rede for hva rådene er basert på og hvilke vurderinger som er gjort. Etter hvert som kunnskapsgrunnlaget styrkes kan det bli behov for å oppdatere anbefalingene.

## Normering

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten.

Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) § 7-3](#).

Nasjonale faglige retningslinjer inngår som et akseptert grunnlag for å vurdere om helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig og setter en norm for hva som er god praksis. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dette dokumenteres, jf. [Forskrift om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\) § 6 g](#). Helsetjenesten bør være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn.

## Arbeidsform

Helsedirektoratet har ledet arbeidet og fått innspill fra en bredt sammensatt ekstern arbeidsgruppe. Det har i prosessen blitt avholdt ti digitale møtet med arbeidsgruppen, mellom møtene har det vært elektronisk kommunikasjon (epost) og skriftlige innspill fra medlemmene. Det er konsensus i arbeidsgruppen om innholdet i anbefalingene.

De eksterne medlemmene av arbeidsgruppa fremgår av tabellen under, fra Helsedirektoratet har seniorrådgiverne Sigrid Beitland, Ragnhild Marie Sørensen, Heidi Stien, Robert Herland og Marit Voltersvik deltatt i gruppen. I tillegg har medarbeidere fra flere ulike avdelinger i Helsedirektoratet bidratt i arbeidet.

Navn	Kompetanse/stilling/arbeidssted	Representerer
Benedicte Severinsen	Overlege i akutt- og mottaksmedisin, Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand	Helse Sør-Øst RHF
Anders Martinsen	Overlege i akutt- og mottaksmedisin, Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål	Helse Sør-Øst RHF
Joar Nøttveit	Overlege i kirurgi, Stavanger universitetssykehus HF	Helse Vest RHF
Steven Kudra	Overlege i anesthesiologi, Sykehuset Namsos HF	Helse Midt-Norge RHF
Odd Eirik Elden	Klinikkoverlege for prehospitale tjenester, Helse Nord-Trøndelag HF	Helse Midt-Norge RHF
Lars Røslie	Sykepleier og avdelingsleder akuttmottak, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	Helse Nord RHF
Marte Kvittum Tangen	Spesialist i allmenntmedisin, leder Norsk forening for allmenntmedisin	Den norske legeförening
Maya Bass	Spesialist i generell indremedisin, Norsk indremedisinsk forening	Den norske legeförening
Siw Andrea Todal	Sykepleier, leder akuttsykepleierne	Norsk sykepleieförbund
Line Hasund	Sykepleier, spesialrådgiver	Norsk sykepleieförbund
Hans-Petter Næss	Fagdirektör, Avdeling for spesialisthelsetjeneste	Statens helsetilsyn
Eirik Strand	Pasientrådgiver/jurist, Norsk pasientforening	Norsk pasientforening

## Habilitet

Alle eksterne arbeidsgruppemedlemmer har fylt ut Helsedirektoratets habilitetsskjema. Mulige interessekonflikter er kartlagt, og habiliteten vurdert. Helsedirektoratet har ikke funnet grunn til å tvile på medlemmenes habilitet.

## Ekstern høring

Utkast til anbefalinger er sendt på høring den 17.september 2021 med frist til 17. november 2021. Utkastet er samtidig publisert på Helsedirektoratets høringside slik at det er offentlig tilgjengelig. Innspill som kommer vil bli publisert offentlig på Helsedirektoratets nettside for høring.

