Både enkeltprosedyrer og helhet sikrer et trygt pasientforløp

Hastegradsvurdering og oppfølging i akuttmottak

Akuttpasientens møte med sykehuset starter i akuttmottaket. I befolkningens tanker om medisinsk nytte er det å bli mottatt raskt og medisinsk riktig ved akutt sykdom og skade sentralt. Det innebærer adekvat diagnostikk, korrekt helhetlig risikovurdering, nødvendig overvåking i akuttmottaket og forsvarlig tidsskjema for undersøkelse og behandling. Helsetjenestens organisasjonsstruktur og helsepersonellets kapasitet og kompetanse må være slik at det ikke skapes forsinkelse og forringelse i pasientforløpet prehospitalt, gjennom akuttmottaket og andre avdelinger.

Hvorledes skal sykehuset organisere arbeidet i akuttmottaket? Hvorledes få den samlede innsats til leger, sykepleiere, bioingeniører og radiografer til å fortone seg hensiktsmessig for pasient og pårørende og fungere effektivt medisinsk? Stine Engebretsen og medarbeidere beskriver i dette nummer av Tidsskriftet bruk av triage (hastegradsvurdering) i norske akuttmottak (1). Forfatterne har gjennom spørreskjema og intervju kartlagt hvorledes triage er organisert og definert. Studiens formål var å kartlegge organiseringen av triage og bruken av triageskalaer for kirurgiske og medisinske pasienter. 45 av 56 norske akuttsykehus svarte, og alle rapporterte at øyeblikkelig hjelp-pasientene gjennomgikk en hastegradsvurdering. 76 % anga at de brukte en triageskala. I de fleste akuttmottak var triage en sykepleieroppgave. Triage ble benyttet i påvente av legetilsyn. Denne triagestudien berører ikke behandlingskvalitet og pasientforløp.

I praksis foretar alle ledd i helsevesenet (prehospitalt og i sykehuset) triage av akuttpasienter. Triage i akuttmottaket er en av mange faktorer av betydning for et trygt pasientforløp. Andre faktorer er: klinisk kompetanse hos ambulansepersonell, lege og sykepleier, de enkelte kliniske avdelingers fokus på øyeblikkelig hjelp-pasientene, organiseringen av sykehuset, personellressurser, helsepersonells evne til innbyrdes kommunikasjon, tilgjengelighet av bildediagnostikk og laboratorietjenester, at pasienten er kommet til riktig avdeling og behandlingsnivå. Hvilke mål velger vi på kvalitet i behandlingen i akuttmottaket? Riktig behandling innen en individuelt riktig tidsfrist må telle høyest. Pasientens og pårørendes opplevelse av god ivaretakelse er viktig. Vesentlig for sikkerhet og kvalitet er at hver enkelt prosedyre utføres på en god måte.

Forsvarlig behandling består likevel av mye mer enn summen av korrekte enkeltprosedyrer. Pasientforløpet i akuttmottaket må ses i sammenheng med resten av forløpet. Det partikulære perspektiv er ikke tilstrekkelig. Lengden på oppholdstiden i akuttmottaket avhenger av hvilke undersøkelser og prosedyrer som i det gitte sykehus normalt skal gjøres der. Kort oppholdstid i akuttmottaket er avgjørende for visse pasientkategorier . For enkelte pasienter kan en foreløpig observasjon i akuttmottaket være tryggere enn raskest mulig overflytting til en svakt bemannet sengepost. Å tilrettelegge for et gunstig pasientforløp er et ledelsesansvar. Fylkesmannen i Oslo og Akershus etterlyste i forbindelse med planlegging av omorganiseringen av sykehusene i Oslo, en analyse av pasientforløp (2).

Flere pasientgrupper med høy hastegrad er omfattet av etablerte teamfunksjoner av lege, sykepleier og andre ved ankomst i akuttmottaket. Retningslinjene for multitraumemottak representerer et definert triagesystem (3). Retningslinjene for hjertestans og annen akutt koronarsykdom forutsetter legeinnsats i akuttmottaket fra første stund (4). Etablert standard for mottak av pasienter med akutt aortasykdom – likeså. I en slik sammenheng står innbyrdes oppgavefordeling og funksjoner i teamet sentralt. Effektivt arbeid i akuttmottaket får først og fremst betydning hvis de neste ledd i pasientforløpet følger opp. Et aktuelt spørsmål er om pasientforløpet er geografisk/fysisk hensiktsmessig. De erfaringene Oslo universitetssykehus, Ullevål, har hatt med endring av forløpet for slagpasienter, slik at akuttpasienter mottatt på Ullevål som skal behandles med intervensjon, må flyttes fra Ullevål til Rikshospitalet (ny tur med ambulanse) innen stramme tidsrammer, illustrerer betydningen av at en klinisk risikoanalyse må omfatte geografi/fysiske forhold (5). Hvis organisasjonsformen gir ventetid og fremdriftsusikkerhet, vil den gunstige effekten av pasientforløpets sterke ledd svekkes.

Innleggende leges og ambulansepersonellets opplysninger er utgangspunktet for arbeidet i akuttmottaket. Oftest er vakthavende lege i den aktuelle kliniske avdeling på forhånd informert ved akuttinnleggelse. Den vakthavende leges arbeidssituasjon og tilgjengelighet har betydning. Raskt legetilsyn i akuttmottaket vil bidra vesentlig. Kompetansen til vakthavende lege innenfor eget fagfelt og i klinisk bredde er i enkelte tilfeller bestemmende for fremdriften og kvaliteten. Økt deltakelse i akuttmottaket av erfaren overlege har betydning for klinisk kvalitet og opplæring. Helsetilsynet påpekte i sin tilsynsrapport fra akuttmottakene i 2007 nødvendigheten av en helhetlig forståelse av virksomsomheten i akuttmottaket for å sikre faglig forsvarlighet (6).

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt til forsvarlighet forutsetter at den enkelte pasient gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (7). Pasienten skal ha en behandling som både med hensyn til metoder og inngrep enkeltvis, og medisinsk og menneskelig samlet er tilfredsstillende. Det er individet som er enheten i våre analyser av funksjon og forbedringsmuligheter. Prosedyrer og organisering står sin prøve når de sikrer et forsvarlig individuelt pasientforløp.

Rolf Hanoa
rolf.hanoa@ulleval.no

Rolf Hanoa (f. 1944) er professor emeritus i sosialmedisin ved Universitetet i Tromsø, og i helseadministrasjon ved Universitetet i Bergen. Han er spesialist i karkirurgi og overlege ved Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen i nteressekonflikter.

Litteratur

1. Engebretsen S, Røise O, Ribu L. Bruk av triage i norske akuttmottak. Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 285–9.
2. Helsetilsynet i Oslo og Akershus. Omstillingsprogrammet – Helse Sør-Øst – høring. Brev til Helse Sør-Øst 14.10. 2008.
3. Gaarder C, red. Traumemanual. Oslo: Oslo universitetssykehus, Ullevål, 2011.
4. Bendz B, Sunde K, Otterstad JE et al. Revidert veileder for hjertestans-behandling i Helse Sør-Øst. Oslo: Oslo universitetssykehus, 2012.
5. Akutt hjerneslag: internoverføring fra Ullevål til Rikshospitalet ved vurdering av intraarteriell intervensjonsbehandling. Ehåndbok, dokument-ID: 3664. Godkjent 1.3.2011. Oslo: Oslo universitetssykehus, 2011.
6. Mens vi venter... – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. Rapport 2/2008. Oslo: Helsetilsynet, 2008.
7. Lov om spesialisthelsetjenesten med kommentarer. IS-7/2010. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.

Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no