

# INNSIKTER

- **Manglende tillitt og anerkjennelse**  
Aktørene i akuttkjeden har uavklarte forventninger til hverandre. De stoler ikke på hverandre eller hverandres vurderinger. Dette resulterer i at pasientene undersøkes unødvendig mange ganger. Dette gjelder både utenfor og innenfor sykehuset.
- **Standardisering gir gode pasientforløp**  
Vi ser at de standardiserte flytene gir en raskere og riktigere behandling og mindre variasjon i forløpet. Ikke-standardiserte pasientforløp kan være belastende for pasienten, og medfører bortkastet tid og ressurser.
- **Ulike triagering**  
De forskjellige leddene i akuttkjeden bruker ulike systemer og kriterier for vurdering av hastegrad og kritikalitet.
- **Behandlingsforløpet mangler en sammenhengende journal**  
Viktig informasjon kan bli forsinket eller forsvinne ved at hvert ledd har sitt eget system.
- **For mange pasienter sendes direkte til sykehus**  
AMK er det koordinerende leddet i akuttkjeden. AMK og førstelinjen snakker i liten grad sammen når pasienter blir akutt syke.
- **Det er stor variasjon i bruk av ambulanse**  
Kommunene i Telemark har svært ulikt forbruk av ambulanse. Årsakene er sammensatte, og er i liten grad klarlagt.
- **Responstid på ambulanse tilfredsstillende ikke nasjonale krav**  
Selv om vi ikke tilfredsstillende de nasjonale krav til responstid, vurderes responstiden i Telemark som forsvarlig. Fylket ligger godt an sammenlignet med andre fylker. Dette gjelder både i by- og mindre tettbebygde strøk.
- **Ambulansepersonellet gjør ofte vurderinger og tar avgjørelser uten legekompentanse til stede**  
Ambulansen reiser som regel ut til pasienten uten å ha med seg lege. Avklaringer gjøres som regel med AMK-legen som ikke er på stedet.
- **Ambulanse brukes i for stor grad til transport av ikke akutt syke pasienter**  
Utstrakt bruk av ambulanse for ikke akutt syke pasienter medfører svekket beredskap og unødig bruk av ressurser.
- **Det er for stor variasjon på legevaktene i fylket**  
De kommunale legevaktene i Telemark har ulike åpningstider, utstyr, bemanning og kompetanse. Forskjellene er utfordrende for både pasienter og samarbeidspartnere.

- **Fastleger deltar i liten grad i den akuttmedisinske kjeden**  
Det er varierende interesse og kompetanse innenfor akuttmedisin. Fastlegene er presset på tid og legevaktsarbeid blir nedprioritert.
- **Hjemmesykepleiens rolle er ulik fra kommune til kommune**  
Det er svært variert bruk av hjemmesykepleierne i akuttkjeden. Utnyttelse og av deres rolle og rutiner er forskjellig fra kommune til kommune.
- **Behandlingsforløp der trygghetsalarm/HSP er involvert blir ofte lange**  
I de akutte tilfellene der trygghetsalarmen er involvert blir behandlingsforløpene ofte lange.
- **Det er stor variasjon i bruk av kommunale akutte døgnplasser**  
Antall kommunale akutte døgnplasser (KAD), og bemanning og tilbud ved disse, varierer mellom kommunene. Tilstedeværelse av allmennlege er svært varierende. Det er dessuten ulik praksis for innleggelse i KAD-seng.
- **Det er ulike behandlingsforløp for samme akutt tilstand i Skien og på Notodden –**  
Det er varierende kompetanse og tilbud i akuttmottak, avhengig av sted og tid på døgnet.
- **Akuttmottaket er en avansert samhandlingsarena uten klar ansvarsfordeling**  
Ansvar for pasientbehandlingen er fordelt på mange fag og organisatoriske enheter. Pasienteierskap er ofte uklart. Uhensiktsmessig organisering og samtidetskonflikter fører ofte til lang ventetid.
- **Akuttlegens rolle og ansvar er ikke avklart**  
Ved sykehuset i Skien er det akuttmottaksleger store deler av døgnet, men de har ikke standardiserte oppgaver og ansvarsområder. Dette er spesielt vanskelig med tanke på kirurgisk samarbeid.
- **Variierende og lite forutsigbar kompetanse i front**  
Begge sykehus har mål om LIS-lege i mottak. Med LIS til stede i mottak blir pasienten raskere avklart. Kirurgiske pasienter lider under dette, fordi vakthavende LIS-kirurg ofte er opptatt med operasjon.
- **Det blir utført mange elektive oppgaver i akuttmottaket**  
Pasientene blir ofte liggende for lenge i akuttmottaket fordi det er stor pågang på andre avdelinger og poliklinikker.
- **Pasientflyt i akuttmottak er ikke pasientsentrert**  
Organisering av aktiviteten i akuttmottak skaper ventetid mellom ulike tiltak. Pasienten flyttes til behandler og undersøkelse, og ikke motsatt.

- **Det er dårlig samhandling mellom psykiatri og somatikk**  
Pasientene flyttes ofte imellom psykiatriske avdelinger og somatiske avdelinger ved akutte hendelser, samt ved forverring av kroniske tilstander. Akuttmottaket er ikke tilrettelagt for pasienter med psykiske problemer, uro og utagering
- **Ulike støttetjenester i psykiatrien og somatikken**  
Tjenester fra laboratorium, røntgen og apotek er ikke de samme i psykiatrien som i somatikken. Pasientene må ofte fraktes til akuttmottak for å få tatt prøver.
- **Tid- og ressurskrevende innleggelsesprosedyrer for akuttpsykiatriske pasienter**  
Nesten alle akutt psykisk syke pasienter må via legevakt og til Skien for innleggelse. Dette medfører ofte svært lange og kronglete reiser, og det binder opp mange ressurser over lange tidsrom.
- **Manglende felles forståelse og samhandling mellom aktørene i akuttkjeden og radiologisk avdeling –**  
Samarbeid mellom ulike instanser og røntgen er til tider vanskelig. Det blir ofte diskusjoner for å få ønskede undersøkelser utført – noe som medfører frustrasjon, venting og i verste fall utsatt behandlingsoppstart.
- **Rutiner for prøvetagning og analyse er dårlig tilpasset behovene i en akutt behandlingsskjede**  
Pasienter må ofte vente på å få utført prøvetagning i mottak. Det fører til frustrasjon hos ansatte i mottak på grunn av ventetid og utsatt behandlingsoppstart.
- **Det kan være uavklart hvor barn skal legges inn –**  
Dette gjelder både hvilket sykehus og hvilken avdeling. Det er stor variasjon/tolkning av aldersgrensen på når pasienten klassifiseres som barn i forhold til når den kan behandles på Notodden eller skal til Skien.
- **Pasienter med STEMI –**  
Pasienter med bekreftet STEMI behandles forskjellig avhengig av hvilket sykehus de skal transporteres til.
- **Fortsettelsen av arbeidet med akutte pasientflyter kan gi nye innsikter –**  
Arbeidet med flytene er ikke ferdige, og det kan dukke opp nye innsikter i det videre arbeidet.