

## Virksomhetsbeskrivelse for akuttsenteret

Gjelder for:	Hele SiV
Dokumenttype:	Virksomhetsbeskrivelse
Sist endret:	14.09.2023

### 1. HENSIKT

Gi en oversikt over driften av akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold.

Virksomhetsbeskrivelsen gir en oversikt over ansvar, ledelse, roller, visjon og prinsipper for drift.

Akuttsenteret skal sikre at pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten tas imot, får utført de første undersøkelser, startet eventuell stabiliserende behandling og deretter avklares til rett behandlingsnivå.

### 2. ANSVAR

Se [Organisasjonskart SiV HF](#)

Ledelse:

- Avdelingssjef – leder på nivå 3, organisert under klinikkjef i medisinsk klinikk.
- Seksjonsleder akuttmottak – leder for personell tilknyttet akuttmottak.
- Seksjonsleder akuttavklaring - leder for personell tilknyttet akuttavklaring.
- Seksjonsleder pasientlogistikk – leder for kontor / helsesekretærer.
- Seksjonsleder fagressurs – leder for AMM og LIS1 medisin.

Øvrige funksjoner:

- Seksjonsoverlege akuttmedisinsk seksjon – medisinskfaglig rådgiver i akuttsenter.
- Ansvarshavende sykepleier (ANS)
- Flytkoordinator
- Fagutviklingssykepleier – ansvar for utvikling av sykepleiefaglige prosedyrer, vedlikeholde kompetanseplaner og støtte leder i kompetansehevingarbeidet

### 3. HOVEDPRINSIPPER FOR DRIFTEN

Akuttsenteret er fellesskapet der kompetanse omsettes til fremragende akuttmedisinsk behandlingkvalitet. Dette gjøres ved å ha kompetanse i front, et relevant, sterkt og oppdatert prosedyreverk, systematisk kvalitetsarbeid og løpende kompetanseheving.

Akuttsenteret følger retningslinjene i *Nasjonalfaglig retningslinje for somatiske akuttmottak* med lokale tilpasninger der det er hensiktsmessig og faglig begrunnet.

Akuttsenterets pasientflyt, logistikk og prosesser kan deles i 5 delprosesser:

1. Prioritering og mottak
2. Undersøkelse, diagnostikk og initiering av behandling
3. Observasjon
4. Videre plan for oppfølging og behandling
5. Overflytting til annen enhet/nivå, evt utskrivelse

For alle delprosesser finnes egne dokumenter i sykehusets system for prosedyrer og retningslinjer.

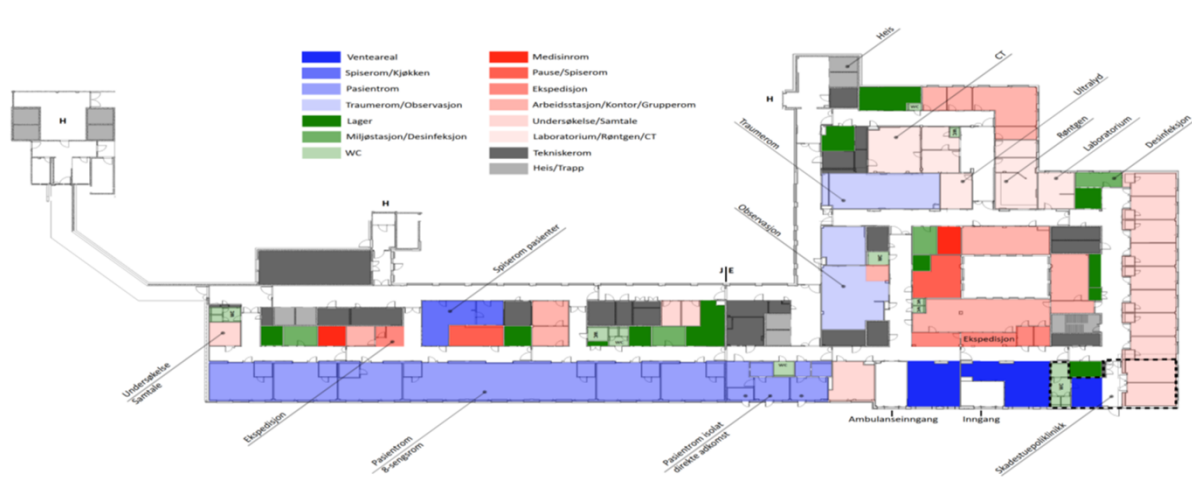
#### 4. ORGANISATORISK OG FYSISK STRUKTUR

Organisatorisk:

- Samhandlingsmøter internt mellom de ulike seksjonene i akuttsenteret.
- Samhandlingsmøter med akuttmedisinsk kjede i samarbeid med Faglig samarbeidsutvalg for akuttmedisinsk kjede.
- Tverrfaglig samarbeidsorgan for akuttsenteret der klinikkovergripende driftsutfordringer drøftes.
- Styringsgruppe for Akuttsenteret (med deltakelse av 2-linje ledere fra relevante klinikker).
- Traumeutvalg: klinikkovergripende som sørger for faglig oppdatering og evaluering/registrering.
- Intern beredskapsgruppe: Rapporterer til AU-beredskap og klinikkledergruppen (klinikens beredskapsgruppe) gjennom lederlinjen
- Internt kvalitetsråd Akuttsenter
- Mandat tverrfaglig kvalitetsutvalg i Akuttsenteret

Fysisk:

- Traume/ mottaksrom: 4 plasser fordelt på 2 rom
- Mottaksrom: 8 plasser fordelt på 8 rom
- Akutt avklaring: 28 plasser fordelt på 6 rom
- Isolat/ spesialrom: 2 plasser fordelt på 2 rom
- Skadestue: 2 polikliniske rom
- Undersøkelse/ samtalerom: 4 rom fordelt i akuttmottak og avklaring
- Radiologi og lab fordelt på 7 rom



#### 5. AKTIVITET OG BEMANNING

Det tilstrebes samskapt planlegging rundt bruk av ressurser og kompetanse gjennom døgnet i daglig drift for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet.

#### 6. SYSTEMATISK KVALITETSARBEID

Akuttsenterets kvalitetsarbeid følger sykehusets retningslinjer og forankres i lederlinjen. Akuttsenteret har to organer med bred deltakelse: Et internt og ett tverrfaglig kvalitetsråd. I kvalitetsarbeidet brukes systematisk innhenting og oppfølging av tilbakemeldinger bl.a. gjennom avvikhåndteringen, brukerundersøkelser, intervjuer og klagesaker. SiDinMening gjennomgås på månedlig i Internt kvalitetsråd. Prinsippene i nasjonal pasientsikkerhetskampanje følges, blant annet prinsippene for samvalg, trygg innskriving og utskrivning.

## 7. SIKRE OVERGANGER

Flyttavla er et egenutviklet pasientadministrativt verktøy som ivaretar spesifikk informasjonsdeling og pasientlogistikk ved overflyttinger innad i Akuttsenteret og eksternt til andre enheter. Det er definert i sykehusets prosedyrer hvem som skal registrere hva i Flyttavla. God samhandling med prehospitalt og intrahospitalt enheter ivaretas gjennom koordinerte rutiner.

Det er etablert robuste prosedyrer og beredskapsplaner for høy aktivitet og uventede hendelser.

## 8. OPPFØLGING AV DRIFTEN

Oppfølging av driften gjøres i etablerte samhandlingsmøter/ arenaer. Mål for driften finnes i hovedsak Nasjonalfaglig retningslinje for somatiske akuttmottak og i lederavtaler.

## 9. ANNET

Øyeblikkelig hjelp pasienter:

Henvising til eller mottak av pasient i helseinstitusjon som har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie. Gjelder pasienter med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten. Disse kan komme til akuttmottaket via tre veier: 1. Henvist fra fastlege eller legevakt. 2. Brakt inn via ambulansetjenester. 3. Uanmeldt, henvender seg selv.

## 10. INTERNE REFERANSER

[1.1.3.1](#) [Organisasjonskart SiV HF](#)

[1.1.7.22](#) [Mandat tverrfaglig kvalitetsutvalg i Akuttsenteret](#)

[2.2.1.8.1.1.1](#) [Internt kvalitetsråd Akuttsenter](#)

## 11. EKSTERNE REFERANSER

[Akuttmottak. Nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak \(sist faglig oppdatert 29.september 2022\)](#)