
Slik lykkes sykehus med rask respons-systemer

AKTUELT I FORENINGEN

STIG KRINGEN

stig.kringen@legeforeningen.no
Kommunikasjonsavdelingen

Grundig opplæring, godt samarbeid mellom helsepersonell og forankring hos ledelsen er nødvendig for å implementere rask respons-systemer (RRS) i norske sykehus. Det kommer frem i en ny doktorgrad.



SPESIALIST I AKUTT- OG MOTTAKSMEDISIN: – Formålet med RRS er å støtte helsepersonell slik at vi tidlig kan oppdage om tilstanden til pasienten blir forverret, og varsle kollegaer til å bistå, forteller Siri Lerstøl Olsen ved Stavanger universitetssjukehus. Foto: Stig Kringen.

Siri Lerstøl Olsen er spesialist i akutt- og mottaksmedisin og arbeider til daglig som overlege ved Stavanger universitetssjuehus (SUS). For et drøyt år siden disputerte hun for doktorgraden ved Universitetet i Stavanger med avhandlingen «Succeeding with Rapid Response Systems in Hospitals - A mixed methods research project».

Hensikt og bakgrunn

– Når tilstanden til pasientene forverrer seg, er rask respons hos helsepersonell essensielt. Vi er avhengige av velfungerende systemer. Hva om de ikke fungerer? Formålet med RRS er å støtte helsepersonell slik at vi tidlig kan oppdage om tilstanden til pasienten blir forverret, og varsle kollegaer, ofte fra intensivavdelingen, til å bistå, forteller Lerstøl Olsen.

Hun legger til at RRS er innført på flere sykehus i den vestlige verden, og at systemet kan bidra til nedgang i hjertestans og dødsfall på sykehus.

Lerstøl Olsen fattet interesse for RRS allerede i 2014 da hun var lege i spesialisering (LIS) i indremedisin. Hun ble bedt om å være med i en gruppe som skulle innføre konseptet på de medisinske sengepostene på SUS.

– Som LIS-lege sto jeg i mange kjipe situasjoner der jeg ikke hadde noen åpenbar støtte. Da pasientene plutselig ble veldig syke, uten å få hjertestans, visste jeg ikke hvor jeg skulle henvende meg. Det var ikke noe umiddelbart system for hvem vi skulle kontakte på nattetid.

Hos SUS begynte de med RRS på kirurgiske sengeposter. Her gjorde de en veldig grundig opplæring av personellet og lyktes bra. Det var derfor håp om at det skulle bli en enkel sak å innføre systemet på medisinske sengeposter.

– Jeg tror folk tenkte at det var lett å overføre det til andre sengeposter, men det viste seg at det var forskjell på hvordan man arbeidet på de ulike postene. Dette vekket min interesse. Hvorfor er det så vanskelig å få etablert et intuitivt positivt system, spurte jeg meg selv.

Mange yrkesgrupper involvert

Et vellykket RRS involverer både leger, sykepleiere og helsefagarbeidere. Det krever at yrkesgruppene har samme forståelse, er villige til å kommunisere og samarbeide. Alle trenger derfor samme utgangspunkt og opplæring.

– Pasientene som er på sengepostene våre er her fordi vi skal følge dem opp, behandle og få dem friskere. Dersom de blir sykere må vi skjønne det. RRS gir muligheten for at pasientene kan få den ytterste kompetansen hvis de blir sykere, og helst før de har blitt så syke at vi har problemer med å redde dem.

Doktorgradsarbeidet til Lerstøl Olsen handler om hva som gjør at enkelte sykehus innenlands og utenlands har fått RRS godt til, mens andre ikke har lyktes. Hun konkluderer med at god, basal opplæring er nødvendig. Det må

også være en vilje fra hele sykehuset til å si at dette skal de holde på med. På denne måten blir både sengepostene og intensivavdelingene innstilt på arbeidsmetodikken.

– Da må ledelsen på alle nivåer være koblet på, vi klarer det ikke alene med bare de som jobber på gulvet. På et sykehus er det masse andre ting som hele tiden tar oppmerksomhet. Det er så travelt at vi må få satt av tid til opplæring, og vi må jevnlig trene sammen for å være gode på dette.

Viktig med psykologisk trygghet

God kommunikasjon mellom yrkesgruppene er viktig. Det kommer tydelig fram i arbeidet som Lerstøl Olsen har gjort, samt i studier fra utlandet. Kultur og psykologisk trygghet er viktig for samhandlingen. Helsepersonell må våge å si at de er bekymret for pasienten og ringe til lege. I slike situasjoner er det viktig at legen svarer på en ordentlig måte, at de ikke avfeier eller svarer med en ugrei tone.

– For det er den største grunnen til at folk ikke ringer neste gang. Det at vi kan stole på hverandre, at helsepersonell kan gi beskjed og blir tatt på alvor når man er bekymret for pasienten, er en nøkkelfaktor, sier Lerstøl Olsen.

Hun mener det kan være en barriere mange plasser at ansatte på sykehus har en hektisk hverdag. Det kan føre til at de blir irriterte fordi de blir forstyrret. Dette kan igjen ødelegge samarbeidet eller for neste pasient, ved at helsepersonell ikke tør å gi beskjed til hverandre.

– Det kan være fra sykepleier til lege eller fra yngre lege til eldre lege. De kan ha en følelse av at de ikke tør å ringe, fordi sist gang fikk de kjeft. Vi er nødt til å være på lag. Det er kjekt å jobbe med dette for å prøve å få det til å fungere. Det har mange positive effekter.

Nasjonale råd

I 2020 lagde Helsedirektoratet nasjonalfaglige råd som forteller at helsevirksomheter i Norge skal jobbe etter visse prinsipper. Rådene er tilpasset legevakt, sykehus og sykehjem. Verken Helsedirektoratet eller noen andre sitter imidlertid på en oversikt over hvilke virksomheter som har innført et RRS her til lands.

– Ingen har mandat til å registrere dette. Derfor er det vanskelig å si. Jeg vet at mange av de store sykehusene har begynt eller kommet i gang, noen har holdt på lenger enn andre. De aller fleste sykehusene har et system nå, helt eller delvis.

For øyeblikket er Siri Lerstøl Olsen involvert i Helsedirektoratets arbeid med å oppdatere de nasjonalfaglige rådene. Ved bruk av en ekspertgruppe innhentes informasjon fra ulike sykehus og virksomheter om hvordan rådene fungerer og hva som kan gjøre det enklere å bruke dem.

Aktiv på flere fronter

Akutt- og mottaksmedisineren er med i styret til spesialforeningen Norsk forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (LFKP). I 2016 var hun med på nordisk forbedringsagentutdanning. Der hadde hun et prosjekt med å forbedre bruken av et RRS på infeksjonsmedisinsk avdeling ved SUS.

– Det er viktig at leger engasjerer seg i kvalitetsforbedring, det være seg på pasientflyt, samarbeid eller på andre felt, sier Lerstøl Olsen.

Stavangerkvinnen er også med i valgkomiteen til Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin. Spesialiteten ble opprettet i 2019.

– Vi passer på at alle regioner får slippe til og ha en stemme inn i spesialitetskomiteen. Det er givende å engasjere seg for at vi skal få et fag som fungerer godt i Norge. Akutt- og mottaksmedisin er et fag som samhandler med alle andre spesialiteter i akuttmottak, og med prehospitale tjenester. Derfor er det viktig at vi har et godt tverrfaglig samarbeid.

Variert arbeidshverdag

Lerstøl Olsen er nå ferdig med doktorgradsarbeidet og arbeider i 100 prosent stilling på sykehuset. Hun kombinerer en 50 prosent stilling som avdelingsoverlege i akuttmottaket, samt vaktarbeid med en 50 prosent klinisk stilling. Stillingen i akuttmottaket er hovedsakelig administrativ, der arbeider hun med retningslinjer og avviksmeldinger. I tillegg har hun utdanningsansvar for akutt- og mottaksmedisinere slik at de får gjennomført sin spesialisering. I den senere tid har det vært fokus på drift og hvordan ulike profesjoner og spesialiteter skal jobbe godt i akuttmottaket når de på sikt flytter inn i nytt sykehusbygg på Ullandhaug.

– Jeg jobber mye sammen med de fagansvarlige sykepleierne, ledere for sykepleiersiden, samhandlingsleger og ut mot andre klinikker for å få til et godt samarbeid i akuttmottaket. Det er veldig spennende og interessant.

Nylig startet de opp et overlegevaktlag for akutt- og mottaksmedisin som består av seks leger. På dag og kveld står de i front i triage, det vil si i den sårbare enden der mange av pasientene kommer inn og vurderes først.

– Pasienter meldes inn med en hastegrad til akuttmottaket, ut ifra hvor raskt det er tenkt de trenger hjelp. Enkelte ganger viser det seg at pasientene er sykere enn man trodde. Særlig når det er høy tilstrømning til akuttmottaket, blir mye av min jobb å prøve å finne ut hvilke pasienter det haster mest med. Jeg kan ha 20 pasienter med samme hastegrad. Da må jeg prioritere mellom dem. Jeg samarbeider tett med sykepleiere og helsesekretærer som jobber i triagen. Sammen ønsker vi å unngå at pasientene blir sittende lenge og vente fordi det er veldig fullt. Vi prøver å fange opp de som er veldig syke.

Godt samarbeid

I den kliniske stillingen er Lerstøl Olsen overlege på observasjons- og behandlingsavdelingen (OBA) ved SUS. Dette er en korttidsavdeling for pasienter som i utgangspunktet trenger kort liggetid i sykehus. De fleste overlegene på posten er akutt- og mottaksmedisinere. SUS har utviklet et konsept der seks senger er forbeholdt pasienter med sammensatte problemer innen somatikk, psykiatri og rus.

– Dette er en veldig sårbar gruppe. Derfor er vi glade for å ha fått til et veldig godt samarbeid med leger og sykepleiere fra psykiatri, rus- og avhengighetsmedisin og med sosionomtjenesten. På OBA får jeg brukt mye av den indremedisinske kompetansen, men også akutt- og mottaksmedisin-kompetansen angående forgiftninger, tverrfaglig samarbeid og bruk av lovverk i praksis. Det er både utfordrende og spennende. Når du jobber både i akuttmottak og på sengepost får du sett pasientene når de kommer helt akutt inn, og så får du fulgt opp noen på avdelingen. Det er givende, avslutter Siri Lerstøl Olsen.

Publisert: 20. januar 2025. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.25.01.12

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. juni 2026.