



Kapasitet i Akuttmottaket

Del 1: Når er fullt fullt i mottaket?

Forfatter: Joseph Samuel Schultz

Dato: 14.01.2018

Anbefalt:

Dato:

Godkjent:

Dato:

1. Strategisk forankring	2
2. Mål.....	2
3. Metode	2
4. Funn	3
5. Diskusjon.....	3
6. Lønnsomhetsvurdering/konklusjoner	3
7. Vedleggene.....	4

1. Strategisk forankring

Bakgrunn

Det har vært mye oppmerksomhet i akuttmottaket om dårlig arbeidsforhold for sykepleierne og dårlig pasientsikkerhet. Etter at Fagdirektøren fikk vite om dette, avtalte hun med Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) å undersøke: 1. Hva er kapasiteten i Akuttmottaket (eller når er det fullt) og 2. Hva er tiltak som kan iverksettes når kapasitet er sprengt?

Utfordringen

Den største utfordringen er at alle aktiviteter i akuttmottaket er akutt, det vil si ikke planlagt/poliklinikk aktivitet. Det er vanskelig å planlegge effektiv bruk av bemanning og areal når man ikke vet hvor rolig eller travel dagen kommer til å være. Når vi ser på hvilken bemanning og areal som er nødvendig, er vi avhengig av historiske data i akuttmottaket for å forhåpentligvis identifisere et mønster i både belegg og innstrømningen sånn at vi kan planlegge riktig utnyttelse av ressurs (bemanning og areal) i Akuttmottaket.

En utfordring til er planlegging av effektiv bruk av ressurs (areal og bemanning) i et arbeidsmiljø som må koeksistere med variasjon. Vi kan planlegge hvilken ukedag som er den travleste, hvilke time i løpet av dagen har høyest belegg og innstrømningen, men vi bør alltid ha en Plan B for variasjonen.

Da er det viktig å planlegge for den riktige grunnleggende bemanning basert på historiske data, men i tillegg må vi ha en Plan B, for når uforventede variasjoner skjer, og dette vil skje.

2. Mål

Mål:

1. Identifisere øvre grenser av kapasitet i akuttmottaket for hver vakt (Del 1);
2. Finne tiltak som kan diskuteres som tiltakspakke (Del 2).

3. Metode

Både subjektive og objektive metoder var brukt for å identifisere sprengt kapasitet: (a) et observasjonsskjema (sammen med historiske tall fra akuttmottaket), og (b) et evalueringsskjema (fylt ut av ansvarlig lege og sykepleier på vakt). Begge skjemaer ble fylt ut hver time, hver dag i to uker (se vedlegg 1 og 2). *Observasjonsskjema* målte de følgende variabler i akuttmottaket: antall belegg, antall ikke triagert, antall uten legetilsyn, antall ikke sett av KAV, antall pasienter med liggetid over 3 timer, antall røde og oransje pasienter (se vedlegg 1). *Evalueringsskjema* ba ansvarlig lege og sykepleier på vakt om å evaluere hvordan de mente tilstanden i akuttmottaket var hver time. Tilstanden måtte være enten: Nivå 1- alt er greit, Nivå 2- jeg bør ha hjelp, Nivå 3- jeg mister kontroll eller dårlig pasientsikkerhet, eller Nivå 4- vurderer beredskap (se vedlegg 2). I løpet av to ukers perioden fikk vi en spredning innen alle fire nivåer.

4. Funn

Akuttmottaket har sagt at forsvarlig sykepleierbemanning er avhengig av alvorlighetsgraden av pasientene. De bruker det følgende forhold: rød pasient (1,5 sykepleier:1 pasient), oransje (1:1), gul (1:3) og grønn (1:4).

Table 1- Sykepleierkapasitet basert på belegg

	Sykepl. bemanning		Øvre kapasitet (1:3)	
	M-F	Helgen	M-F	Helgen
Dagvakt Kl. 7:30-1515	8	4	25	12
Kveldsvakt Kl. 15:00-22:30	8	5	25	15
Nattvakt Kl. 22:15-7:45	4	5	12	15

I vår studie var både KAV legen og koordinerende sykepleier enig om at de «mistet kontroll eller hadde dårlig pasientsikkerhet» når belegget i akuttmottaket var 25 eller flere pasienter, det vil si at hver sykepleier måtte ha ansvar for 3 pasienter (1:3). Dette er en øvre kapasitetsgrense fordi 1:3 er hva sykepleierne har beregnet hvis alle pasienter er gule, men vi vet at det er noen røde og oransje. Vi tok bilder for å illustrere hvordan man kan oppleve tilstand i Akuttmottaket når det er dårlig kapasitet (vedlegg 5 og 6).

Etter vi identifiserte øvre kapasitetsgrenser i Table 1, så vi på historiske data for å prøve å identifisere når vi har regelmessig sprenget kapasitet (se vedlegg 3).

5. Diskusjon

Når kapasitet er sprenget i akuttmottaket, vil det si at akutten mest ofte *mangler rom/areal (overcrowding)*, *LIS leger og sykepleiere*. Hvorfor er kapasiteten sprenget? Det er mange forskjellige faktorer eller årsaker som forklarer hvorfor kapasiteten er sprenget (under er noen av mange eksempler):

- Innstrømningen per time (f.eks. hvis 10 pasienter ankommer i en time)
- Alvorlighetsgraden på pasienter som kommer inn;
- Hvilken ukedag- mandager er verst;
- Tid på dagen- innstrømning øker kraftig i ettermiddagen (se vedlegg 4);
- Erfarne eller uerfarne leger og sykepleiere- påvirker hvor raskt beslutninger tas;
- Kapasiteten på sengepost- det vil si hvor fort akutten kan videresende pasienter som er ferdigbehandlet/vurdert ut av akuttmottaket og gjennom sykehuset;
- Kapasitet på Bildediagnostikk og Laboratoriet;
- Hvor mange traumeteam som har blitt innkalt;
- Spredningen av pasienter på tvers fagområder.

Det er derfor viktig å understreke at 25+ pasienter er en forenkling av et større/komplisert bilde (pasientflyt inn, gjennom og ut av akuttmottaket). 25+ pasienter sier som en regel når man kan forvente kapasitetsproblemer (for lite areal og/eller bemanning i akutten), men det sier ikke hvilken av de forskjellige faktorer over som har ført til sprekning av kapasitet, eller hvilket tiltak som er nødvendig.

6. Lønnsomhetsvurdering/konklusjoner

Belegg kan brukes som en indikator for kapasitet. Logistikk i akuttmottaket er komplisert, alt henger sammen. Når vi bruker belegg som en kapasitetsindikator er det viktig å huske at dette er en forenkling av et komplisert arbeidsmiljø (se punktene som påvirker kapasitet i diskusjonen). Hvis vi

skal bruke belegg som en indikator, er det viktig at tiltakspakken blir bred og fleksibel nok til at ansvarlige helsepersonell i akuttmottaket kan gjøre en egen vurdering av hva de trenger. Dette vil tillate dem å evaluere tilstanden i akutten og velg det mest hensiktsmessige tiltaket (i stedet for at tiltak x, y og z utløses automatisk).

Tiltak som iverksettes i dag. [Redacted]

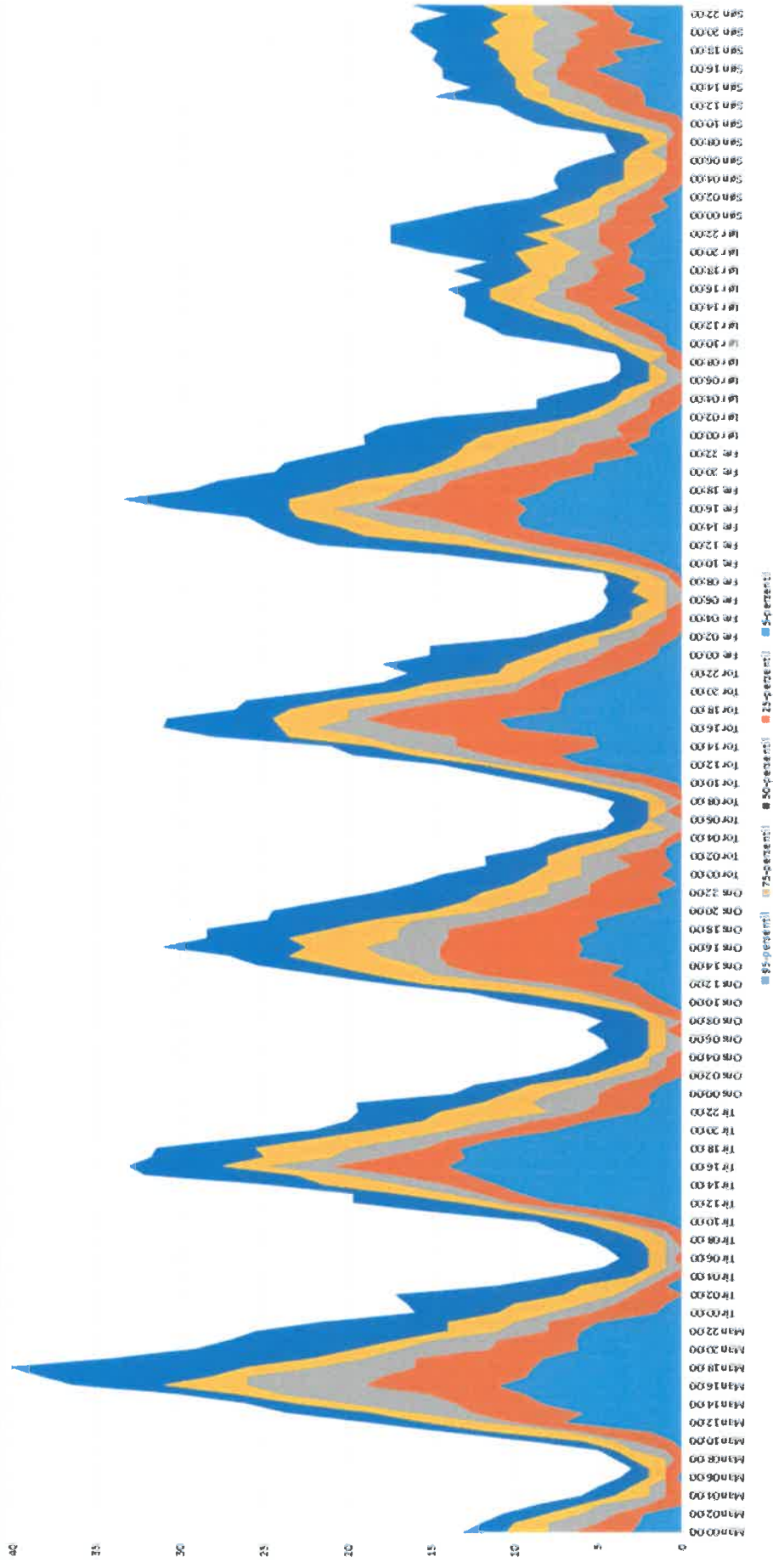
7. Vedleggene

Se under.

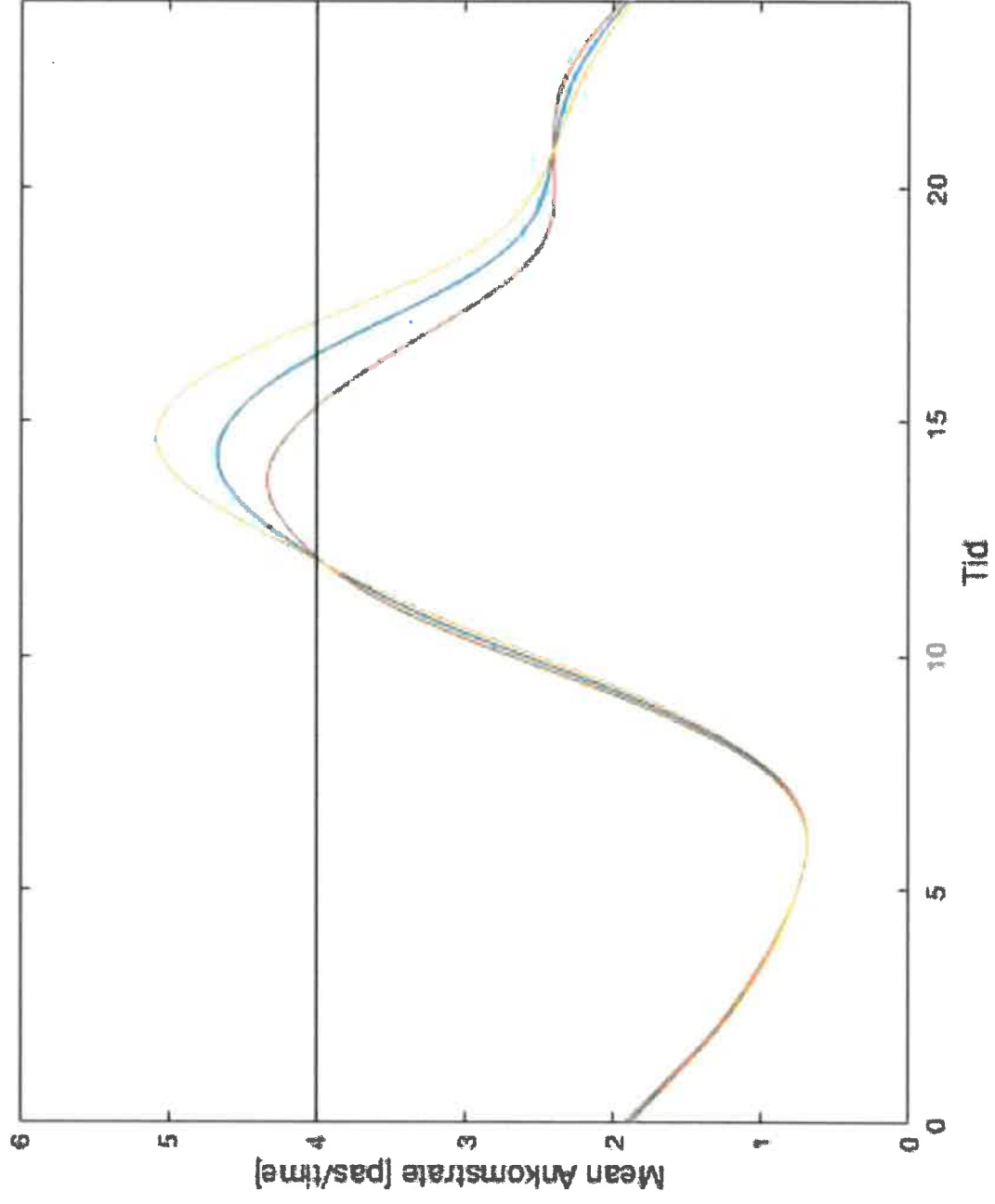
Vedlegg 2- Evaluerings skjema (fyllte ut av ansvarlige KAV og koordinerende sykepleiere)

PLAN FOR HØY AKTIVITET I AKUTTMOTTAKET (*Følg opp hver/annen time)					
Dato:	Nivå 1	Nivå 2	Nivå 3	Nivå 4	Årsaken:
Aktivitetsnivå:	Alt er greit	Jeg bør ha hjelp	Mister kontroll, eller dårlig pasient sikkerhet	Vurdere beredskap	Se årsak tabell under (f.eks. hvis fullt sykehus = kode D2).
Beskrivelse av nivå:					
Fra kl. 8:00 (til kl. 9:00)					
Kl. 9:00 (til 10:00)					
Kl. 10:00 (til 11:00)					
Kl. 11:00 (til 12:00)					
Kl. 12:00 (til 13:00)					
Kl. 13:00 (til 14:00)					
Kl. 14:00 (til 15:00)					
Kl. 15:00 (til 16:00)					
Kl. 16:00 (til 17:00)					
Kl. 17:00 (til 18:00)					
Kl. 18:00 (til 19:00)					
Kl. 19:00 (til 20:00)					
Kl. 20:00 (til 21:00)					
Kl. 21:00 (til 22:00)					

Vedlegg 3- Gjennomsnitts belegg i Akuttmottaket 2017



Vedlegg 4- Innstrømmingen i Akuttmottaket (ca. siste 3 år)



Vedlegg 5- Bildet tatt i korridoren av Akuttmottaket i en periode med 25+ pasienter

[Dette bildet er ikke offentlig pga sensitiv innhold]

Vedlegg 6- Bildet tatt fra andre korridoren/inngangen til Akuttmottaket i en periode med 25+ pasienter

[Dette bildet er ikke offentlig pga sensitiv innhold]

Vedlegg 7- Andel av ø-pasienter per klinikk for 2016 og 2017

InnÅr	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2016	13104	55.7	55.7	55.7
Valid				
MED	5783	24.6	24.6	80.3
KIR	1968	8.4	8.4	88.7
ORT	375	1.6	1.6	90.2
NKIR	1759	7.5	7.5	97.7
NEVRO	10	.0	.0	97.8
GYN	222	.9	.9	98.7
ØNH	113	.5	.5	99.2
ANNET	18	.1	.1	99.3
KRISE	116	.5	.5	99.8
KREFT	6	.0	.0	99.8
HUD	51	.2	.2	100.0
LAB	23525	100.0	100.0	
Total				
2017	12220	57.0	57.0	57.0
Valid				
MED	5315	24.8	24.8	81.8
KIR	1537	7.2	7.2	88.9
ORT	292	1.4	1.4	90.3
NKIR	1617	7.5	7.5	97.8
NEVRO	5	.0	.0	97.8
GYN	225	1.1	1.1	98.9
ØNH	99	.5	.5	99.4
ANNET	106	.5	.5	99.9
KREFT	3	.0	.0	99.9
HUD	27	.1	.1	100.0
LAB	1	.0	.0	100.0
ØVE	21448	100.0	100.0	
Total				