

Kapasitet i Akuttmottaket

Del 2: Tiltak som bør vurderes

Forfatter: Joseph Samuel Schultz	Dato: 16.01.2018
Anbefalt:	Dato:
Godkjent:	Dato:

1. Strategisk forankring.....	2
2. Mål	2
3. Diskusjonen	2
4. Anbefalt tiltak umiddelbart.....	4
7. Vedleggene	6

1. Strategisk forankring

Bakgrunn

Dette prosjektet er allerede forankret, se Kapasitet i Akuttmottaket, Del 1.

Utfordringen

Nå kjenner vi kapasitetsgrensene i akuttmottaket bedre, men hvor er det størst behov for tiltak?

2. Mål

Mål:

1. Hvor er det største behov for tiltak;
2. Tiltak vi anbefaler umiddelbart (kortsiktig);
3. Tiltak som må jobbes videre med (langsiktig).

Resultatmål fra tiltak:

1. Forbedre arbeidsmiljøet i akuttmottaket
 - a. Kan måles med spørreundersøkelse
2. Forbedre pasientsikkerhet eller behandling
 - a. Tid til triagering;
 - b. Oppholdstid

3. Diskusjonen

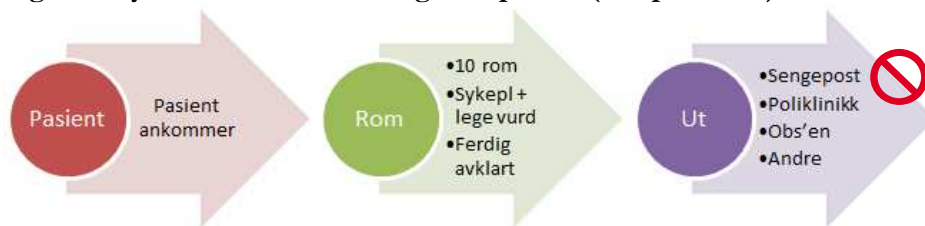
Hvor er det største behov for tiltak?

Basert på vår undersøkelse og forståelse av prosessen, er de viktigste områdene for tiltak:

1. Mangel på rom/senger: på sengepost og i Akuttmottaket
2. Tid til lege i spesialisering (LIS)
3. Nok sykepleiere- til å dekke innstrømningen og overvåke overcrowdingen som skjer på grunn av punkt 1 og 2. Disse mulige tiltakene er forklart mer detaljert under.

Mangel på rom/senger. Dette problemet starter på sengepost og rammer akuttmottaket til slutt. Det som ofte skjer er at sengeposten blir full. Når sengeposten er full og ikke tar i mot sine egne ø-pasienter som er ferdig avklart/behandlet i akuttmottaket, blir de liggende i akuttmottaket. Dette pleier å gå greit i akuttmottaket fra kl. 08:00-11:00, siden akuttmottaket har 10 behandlingsrom og 7-8 flytende senger (i triagsalon), men fra kl. 12:00-16:30 kommer ca. 4 nye pasienter per time, i tillegg til belegg. Det som startet som et problem på sengeposten, blir et problem for akuttmottaket så snart alle rom/senger i akuttmottaket er opptatt. Figurene 1-3 under forklarer hvordan pasientflyt ser ut i praksis.

Figur 1: Flyt i Akuttmottaket ved god kapasitet (<10 pasienter)



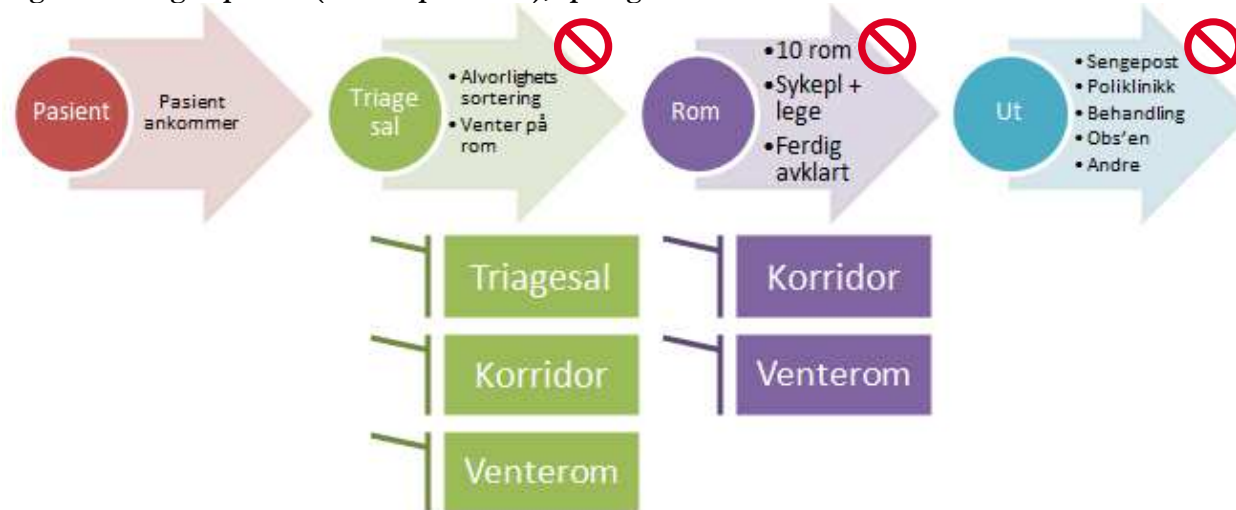
Figur 1 viser god flyt. Pasientene får et rom ved ankomst, og helsepersonell har god oversikt over alle pasienter. Triagering er gjort, og legene prioriterer basert på alvorlighetsgraden. Sengeposten kan bli full, men flyten går så lenge rom er tilgjengelig. Pasienter som er ferdig avklart blir utskrevet eller venter i sitt rom mens de venter på plass ved sengeposten. Oppholdstid i akuttene pleier å være under 3 timer når kapasiteten er god.

Figur 2: På vei mot dårlig kapasitet når Akuttten tar i bruk Triagsal (ca. 11-18 pasienter)



Figur 2 viser dårligere flyt. Pasienten ankommer Akuttten. Dersom sengeposten er full og alle rom i akuttten opptatt, begynner Akuttten/sykepleiere å bruke Triagesal for å vurdere alvorlighetsgrad. Når Triagesal åpnes, vil pasienten ved ankomst gå fra venterom til TriagSal (å få alvorlighetsgraden), mens de venter på et ledig rom i Akuttten. Helsepersonell begynner å miste litt oversikt siden pasientene havner på to plasser (Triagesal og rom).

Figur 3: Dårlig kapasitet (ca. 19+ pasienter), sprengt 25+



Figur 3 viser dårlig pasientflyt, og pasienter havner overalt. Alle rom i akuttten er opptatt, og sengeposten er full. *Pasienter som ankommer akuttten* må først vente en stund i venterommet (ca. 20-60 min), deretter går de til TriagSal. Triagering/sortering av alvorlighetsgraden tar ca. 20 min, og til slutt venter de på et rom - enten på venterom, sittende/liggende i TriageSal, eller ligger i en seng i korridoren. *Pasienter som er ferdig avklart* og venter på plass ved sengepost havner som oftest på rom, korridor, venterom eller i TriageSal. Det er vanskelig for helsepersonell å ha god oversikt når det er pasienter over alt. Jeg mener at dette skyldes manglende plass både på sengepost og i akuttmottaket. Oppholdstid kan godt stige over 6 timer når det er dårlig kapasitet.

Tid til lege i spesialisering. MED og KIR representerer ca. 80 % av ø-pasienter (se vedlegg 1). Ideelt sett vil man sende pasienten fra akuttmottaket direkte til sengeposten så snart pasienten er avklart. Siden vi vet at sengeposten er som en regel full, kunne vi i stedet vurdere å styrke legeressursen (både MED og KIR) i akuttmottaket. Dette kan fungere, men vi må da sørge for at når vi styrker LIS i akutten, så må de også ha et rom for pasienten. Slik er det ikke i dag. Kapasiteten i akuttmottaket er så dårlig at selv om flere LIS-leger var til stede når kapasitet er sprengt, mangler de rom for å undersøke/vurdere sine pasienter i. Den beste løsningen er å øke kapasitet (areal og bemanning) i høyaktivitetsperioder, både på sengepost og i akuttmottaket.

Nok sykepleiere i akuttmottaket til å håndtere innstrømmingen og overvåke ved overcrowding. En analyse ble gjort i 2017 av bemanning og aktivitet ved Mottaksavdelingen i forbindelse med sykepleiernes bemanning. I denne analysen ble det lagt til grunn at forsvarlig pleiehjelp er avhengig av forholdet mellom antall sykepleiere og pasientens alvorlighetsgrad. Det forsvarlige nivået som ble opprettet er følgende: rød (1 pasient krever 1,5 sykepleier), oransje (1:1), gule (3:1) og grønne (4:1). Denne analysen forklarer hvor ofte akuttmottaket er over- og underbemannet per ukedag og klokkeslett. Akuttmottaket er avhengig av riktig sykepleierbemanning for å ha god oversikt over pasientenes tilstand.

[Når] de ikke har den riktige grunnleggende bemanningen i forbindelse med bemanningsanalyse. Dette fører til at sykepleierne føler seg veldig sliten etter sin vakt at de ikke har energi til å ta flere vakt på råd. Vi må få riktig bemanning på plass, også ha en tilkallingsvakt (Plan B) for når det blir uforventet høy innstrømning.

4. Anbefalt tiltak umiddelbart

Utnyttelse av Observasjonsenheten.

Forskningsprosjektet «Utnyttelse av observasjonsenheten» viste at ca. 6-7 senger i observasjonsenheten er ledig fra kl. 12:00-24:00 (se vedlegg 2). Dette er høyaktivitetsperioder i Akuttmottaket og vi anbefaler derfor at Akuttmottaket kan ta i bruk noen av sengene i Tun 2. Da blir Tun 2 i praksis en 12 timers observasjonsenhet fra Kl.24:00-12:00, og en del av Akuttmottaket fra 12:00-24:00.

På mandager, når vi vet Akuttmottaket stadig har sprengt kapasitet, anbefaler vi å stenge hele Tun 2 for overvåkning, og i stedet åpne de sengene opp for Akuttmottaket. Tirsdag-fredag, anbefaler vi å stenge Tun 2, men la akutten bestemme over 4- eller 8-senger basert på dagens belegg (dette vet de mellom kl. 12:00-15:00). Obs'en er beregnet som et overvåkingsområde, ikke behandlingsområde. Dette tiltaket vil medføre at bemanningen må økes noe. Under er et forslag vi anbefaler.

	man	tirs	ons	tors	fre	lør	søn
Tun 2 åpne for Akutten	8	4/8	4/8	4/8	4/8	4	4
Ekstra sykp bemanning	2	1 (+1)	1	1	1 (+1)	1	1
Vakt	M2	M2	M2	M2	M2	M2	M2

- 4/8 betyr Akuttmottaket og Obs'en kan vurdere basert på belegg i dagvakten, antall senger de trenger
- (+1) er en mulighet å innkalle en sykepleier til (tilkallingsvakt), dette bør vurderes før kapasitet er sprengt
- M2 betyr mellomvakt 2, Kl. 13:00-21:00

Forventet effekt.

Positiv effekt. Dette tiltaket bør forbedre alle de tre viktigste områder nevnt over (øke senger/rom i akuttmottaket, tid til LIS-lege og øke sykepleierbemanning). Det vil øke romkapasiteten i Akutten med 40-80 % (fra 10 til 14/18 senger). Dette er nødvendig. Belegg i akutten ligger ofte rundt 15-35 pasienter, og da blir det rommangel når det bare er 10 rom for 15-35 pasienter (vedlegg 3). Flere rom vil skape en bedre oversikt for helsepersonell (lege og sykepleiere) og mer trygghet for pasienten. I tillegg vil det redusere tid til legen fordi det ikke er uvanlig at en LIS-lege må vente på et rom for sine egne pasienter. Dette vil forbedre tid til LIS-lege, men ikke løse saken. Dette må vi fortsette å forbedre. Vi har en mulighet til å måle effekt av tiltak både forbedring for arbeidsmiljøet (med bruk av spørreundersøkelse) og forbedring av pasientsikkerhet og behandling (med bruk av tid til triagering og oppholdstid i akutten). Tiltaket over kommer ikke til å løse alle problemer som oppleves i Akuttmottaket, men det er en god og fornuftig måte å starte forbedringsarbeidet.

Negativ effekt. Vi tar mellom 4-8 senger fra Observasjonsenheten. Det er klart at flyt fra akutten til sengeposten er et problem, men vi oppdaget at i et prosjekt som heter «utnyttelse av Observasjonsenheten» at 6-7 senger pleier å stå ledig fra kl. 12:00-24:00, samtidig som at Akuttmottaket kan oppleve opp mot 400 % belegg hvis man ser bare på antall rom. Siden akuttmottaket oppdaget utnyttelse, mener jeg at er fornuftig å forsøke pilotprosjektet. De sengepostene mister 4-8 senger mellom kl.12:00-24:00, noe som vil skape en ekstra utfordring for sengeposten. De som bruker Observasjonsenheten (MED, hjerte, lunge og KIR) til sammen har ca. 300 senger, og de må dele de 16 Observasjonsenhet-senger. En reduksjon på 4-8 senger reduserer andel senger med 2,5 % for dem, mens det kommer til å øke Akuttmottakets romkapasitet med 40-80 %, og disse er pasienter i en utredningsfase av behandling, ikke overvåkning. Det kan hende at denne rom økningen i Akuttmottaket kan redusere sengepost behov. Vi tror at positive effekten er større enn negative effekter, i hvert fall for et pilotprosjekt.

Hva dette tiltak ikke gjør

Hva dette tiltak gjør er tilbyr en gjennomførbart forslag som kunne iverksettes i morgen uten å bygge på sykehuset som vil sannsynlig forbedre tilstand i Akuttmottaket (både arbeidsmiljø i Akutten og pasientsikkerhet). Derimot, dette ikke løser det store problemet med mangel på rom ved sengeposten og mangel på LIS-lege i Akuttmottaket. Det er andre prosjekter og dyktig folk ved St. Olavs Hospital som har skrevet mye om hvordan man bør utvide eller bygge på sengepostene (derfor var det ikke nevnt som et forslag i dette prosjektet).

Videre må tenke hvordan vi skal styrke LIS-legens rolle i Akuttmottaket når vi trenger det, spesielt MED LIS-lege (se vedlegg 4). I tillegg må vi avklare og tilrettelegge for god samspill mellom LIS-legen og KAV-lege/kommune helsetjenester. Det er ofte dager, spesielt mandager, hvor det er klar mangel på LIS-lege (vedlegg 4). [REDACTED]

7. Vedleggene

Vedlegg 1- Andel av ø-pasienter per klinikk

InnÅr			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2016	Valid	MED	13104	55,7	55,7	55,7
		KIR	5783	24,6	24,6	80,3
		ORT	1968	8,4	8,4	88,7
		NKIR	375	1,6	1,6	90,2
		NEVRO	1759	7,5	7,5	97,7
		GYN	10	,0	,0	97,8
		ØNH	222	,9	,9	98,7
		ANNET	113	,5	,5	99,2
		KRISE	18	,1	,1	99,3
		KREFT	116	,5	,5	99,8
		HUD	6	,0	,0	99,8
		LAB	51	,2	,2	100,0
		Total	23525	100,0	100,0	
		2017	Valid	MED	12220	57,0
KIR	5315			24,8	24,8	81,8
ORT	1537			7,2	7,2	88,9
NKIR	292			1,4	1,4	90,3
NEVRO	1617			7,5	7,5	97,8
GYN	5			,0	,0	97,8
ØNH	226			1,1	1,1	98,9
ANNET	99			,5	,5	99,4
KREFT	106			,5	,5	99,9
HUD	3			,0	,0	99,9
LAB	27			,1	,1	100,0
ØYE	1			,0	,0	100,0
Total	21448			100,0	100,0	

Vedlegg 2- Gjennomsnitt ledig rom i Observasjonsheten

Klokkeslett	Antall timer senga brukt (to uker)	Antall timer venting (to uker)	Gj.sn. antall pasienter (per dag)	Gj.sn. timer venting (per dag)	Gj.sn. brukt rom	Gj.sn. ledig rom
Kl. 8:00 – 9:00	165	8	11	0,29	14	2
Kl. 9:00 – 10:00	180	15	13	1,07	14	2
Kl. 10:00 – 11:00	169	11	12	0,79	13	3
Kl. 11:00 – 12:00	155	9	11	0,64	12	4
Kl. 12:00 – 13:00	141	9	10	0,64	11	5
Kl. 13:00 – 15:00	263	16	9	0,57	10	6
Kl. 15:00 – 17:00	260	13	9	0,46	9	7
Kl. 17:00 – 19:00	238	5	9	0,18	9	7
Kl. 19:00 – 21:00	255	3	9	0,11	10	6
Kl. 21:00 – 24:00	515	6	9	0,10	10	6
Kl. 24:00 – 03:00	467	6	11	0,14	12	4
Kl. 03:00 – 08:00	802	10	11	0,14	13	3
Til sammen	3760	111				

Vedlegg 3- Visualisering av sprengt kapasitet

[Dette bildet er ikke offentlig pga sensitiv innhold]

Vedlegg 4- Visualisering av mangel på rom og LIS-lege (oversikt i Akuttdatabasen)

[Dette bildet er ikke offentlig pga sensitiv innhold]