

Utviklingsprosjekt:

Reorganisering av ansvar og oppgavefordeling i akuttmottaket for å sikre god pasientbehandling

Nasjonalt topplederprogram
Jan Berg
Sykehuset Telemark HF
Nov. 2012

Bakgrunn og organisatorisk forankring for prosjektet

Sykehuset Telemark HF(STHF) er et allsidig akuttstusykehus og er hovedmottak for akutt syke pasienter fra Telemark fylke, lokalisert til Skien. Sykehusets nedslagsfelt er ca 170 000 personer.

Helsetilsynet fant ved et landsomfattende tilsyn i 2007 at mange pasienter opplevde uforsvarlig behandling og lange ventetider ved norske akuttmottak (1). Siden den tid har det vært forsøkt gjennom flere prosjekter å gjøre noe med ventetiden i akuttmottaket ved sykehuset. Felles for disse er at man har hatt gode intensjoner, men man har ikke fått det til i praksis. (Vedlegg 1). Sykehuset har derfor nedfelt i sin strategiplan 2011-2014 at ventetid i akuttmottaket skal være et fokusområde;

”Alle pasienter skal bli undersøkt av lege eller behandling skal være satt i gang innen en time etter ankomst til somatisk akuttmottak.” (2)

Administrerende direktør Bess Frøyshov og klinikkjef Frank Hvaal ved Kirurgisk klinikk har bedt meg igangsette og gjennomføre et prosjekt med tanke på ventetidsfokuset i strategiplanen.

Problemstilling

Reorganisering av ansvar og oppgavefordeling i akuttmottaket for å sikre god pasientbehandling. Problemstillingen avgrenses til å omfatte nødvendige legeressurser til akuttmottaket.

Effektmål

Alle pasienter skal bli undersøkt av lege eller behandling skal være satt i gang innen en time etter ankomst til somatisk akuttmottak.

Resultatmål

- 1) Få en felles problemforståelse og ambisjon
- 2) Kartlegge ”gapet” mellom dagens situasjon og fremtidig ønsket situasjon
- 3) Reorganisere legeressursene.

Analyse og argumentasjon rundt problemstilling

De aller fleste akuttpasientene innlegges via akuttmottaket, totalt har det vært en økning i antall akuttinnleggelser på landsbasis med 3-5 % de senere år (3). Ved STHF har vi hatt en økning siste år på 6 % (4). Ca 65-70 % av pasientene som kommer gjennom vårt akuttmottak er medisinske pasienter, resterende er kirurgiske.

HVA ER GJORT?

Vi har tilpasset bemanningen etter pasientstrømmen og det er iverksatt tiltak for å øke kompetansen blant sykepleiere og koordinatore. På legesiden er overlege tilgjengelig på dagtid i uken. I tillegg er det gjort noen justeringer på turnuskandidater og assistentleger sin tilgjengelighet.

Akuttmottaket ble ombygget og stod ferdig rehabilitert og reorganisert i april 2011. Akuttmottaket er en kompleks samhandlingsarena, hvor Seksjon Akuttmottak og Intensiv som drivere ikke har råderett/styring på alle ressurser som samhandler. Dette gjelder lege- og sekretærressurser og innbefatter både deres fagkompetanse og tjenesteplaner. RETTS-metode(5) (Vedlegg 2) er innført som verktøy for prioritering av pasientene. Den/de som mottar pasienten må ha evne til å foreta rask avklaring/stabilisering av pasientene, eventuelt vurdere rask videresending til høyere behandlingsnivå.

HVILKE PASIENTER ER AKUTTMOTTAKPASIENTER?

Akuttmottaket skal være et mottak for akutt syke pasienter. Det må være ens holdning og forståelse for at man gjennom et akuttmottak ikke bør ta elektive innleggelser og pasienter med åpen retur. Overflytninger fra andre sykehus, innleggelser fra våre egne poliklinikker eller innleggelser fra andre klinikker i eget sykehus (Rjukan og Notodden), bør gå rett til avtalt avdeling om ingen endringer/forverringer har skjedd under transporten.

LEGEKOMPETANSE I AKUTTMOTTAK

En liten andel av pasientene i akuttmottaket får sin første nødvendige behandling iverksatt av blant annet anestesileger. Definererte team blir tilkalt i ulike settinger, dette kan være ved "stans"- eller traumesituasjoner, således sikres disse pasientgruppene tilstrekkelig legekompertanse. Per i dag benyttes 3 godkjente behandlingslinjer. Dette innebærer at pasienten følger et relativt standardisert forløp gjennom mottaket.

Tidsskriftet for Den Norske Legeforening (1) skriver; *"En lege i et akuttmottak må benytte en symptombasert og fokusert tilnærming til den enkelte pasient. Det er viktigere å utelukke livstruende tilstander enn å komme frem til en presis diagnose. Legen må også være en kompetent lagspiller, ettersom mottaksmedisin utføres best i team. Trygge og forutsigbare rammer i undervisning og opplæring er nødvendig for leger under spesialistutdanning - man skal lære av sine feil, men ikke la det gå utover pasientene."*

NORSEM(Norsk selskap for akuttmedisin) jobber for å bedre den legefaglige kompetansen og behandlingen av pasienter i norske akuttmottak. På sikt er det ønskelig å etablere akuttmedisin som en egen spesialitet. Dette er en utvikling man har sett internasjonalt de siste tiår, og det er nå over 70 land som har anerkjent akuttmedisin som en egen spesialitet(3). NORSEM har utarbeidet forslag til en kompetanseplan (6), som kan være med å danne grunnlaget for kompetansekravene i akuttmottak i Norge. Helse Og Omsorgsdepartementet jobber parallelt med denne saken (6). Dette er viktige innspill i forhold til at det skjer en utvikling også i Norge, og underbygger viktigheten av det vi nå setter fokus på ved STHF.

Dagens praksis med å bruke turnuskandidater i mottakspunktet er i utgangspunktet en praksis basert på veiledning og opplæring (7). Det anses viktig i denne prosessen å ha fokus på å bruke leger med interesse for akuttmottak som også kan være veiledere.

Interessentanalyse

Interessentanalysen i forbindelse med prosjektet er ment å gjenspeile hvem som er interessant i prosjektet, deres posisjon, holdning og innflytelse i prosjektet. Samtidig ønsker jeg å vise hvilken strategi som er tenkt for å oppnå støtte eller redusere hindringer i forbindelse med prosjektet (vedlegg 3).

Fremdriftsplan

Fremdriftsplan for prosjektet er vedlagt (vedlegg 4).

Budsjett - nøkkeltall

Det forventes at de involverte klinikker avsetter nødvendige ressurser, det vil si nødvendige antall deltagere og tilstrekkelig frisatt tid til prosjektgruppen. Dette må avklares i forkant. Når det gjelder tiltak fremkommet gjennom prosjektet vil dette bli kostnadsberegnet og lagt frem for styringsgruppe/eier.

Risikoanalyse

Risikoanalyse for prosjektet er vedlagt (vedlegg 5).

Kommunikasjonsplan

Kommunikasjonsplan i forbindelse med prosjektet er ment å gi en oversikt over hvem som bør informeres, om hva, når, hvordan og via hvilket organ (vedlegg 6).

Konklusjoner og anbefalinger

Både internasjonale og nasjonale nestorer (3,6) understreker behovet for bedret kompetanse for pasienter i akuttmottaket. Bedret kompetanse anses å ha stor innflytelse på ventetidsproblematikken ved vårt sykehus også. Forankring innad i sykehuset, samt å få med engasjerte deltagere, med interesse for akuttmottak, er viktig for gjennomføringen av prosjektet.

Med bakgrunn i overstående argumentasjon, samt relevante vedlegg ser man at beskrevet effekt- og resultatmål nås.

Det anbefales derfor at Sykehuset Telemark HF igangsetter beskrevet prosjekt.

Litteraturliste

- 1; Tidsskriftet Den Norske Legeforening Nr 8 – 30 april 2012; Mottaksmedisin akuttmedisinens sorte får
- 2; Strategiplan for Sykehuset Telemark HF, 2011-2014
- 3; NORSEM; www.norsem.no
- 4; Statistikker fra akuttmottaket STHF
- 5; Innføring av METTS/RETTS, samarbeidsprosjekt mellom SiV og STHF, avsluttet april 2011, Prosjektrapport, PULSEN, intranettet STHF
- 6; Lars Petter Bjørnsen, leder i NORSEM, Norsk Selskap for Akuttmedisin, samtale
- 7; Turnustjenester for leger, Sak nr: 05/1666. Rundskriv fra Helsedirektoratet 2005

Vedlegg

- Vedlegg 1; Statistikker akuttmottaket
- Vedlegg 2; RETTS-metode, en oversikt for pasienter og pårørende
- Vedlegg 3; Interessentanalyse
- Vedlegg 4; Fremdriftsplan
- Vedlegg 5; ROS-analyse
- Vedlegg 6; Kommunikasjonsplan