

Prosjekteier/styringsgruppeleder: Viseadministrerende direktør Clara Gjesdal
Prosjektleder: Pål Ove Vadset
Berørte N2: Alle somatiske N2-enheter med unntak
 av Barne- og Ungdomsklinikken,
 Kvinneklinikken og Rehabiliteringsklinikken

Godkjent dato:

Prosjektnavn: Forbedring av pasienthåndtering i AKMO

- oppfølging etter tilsyn

1 Hvorfor starte prosjektet?

Mottaksklinikken (MK) ble etablert i 2016 for å møte framtidens økende innstrøm av akuttpasienter og få det beste ut av det høyspesialiserte sykehuset. Målet med MK har derfor vært å sikre rask og presis diagnostikk, som uten forsinkelse gir pasienten rett behandling på rett sted til rett tid.

Akuttmottaket (AKMO) er den del av MK som er særlig viktig for å sikre at pasienter får riktig medisinsk vurdering og prioritering i starten av et pasientforløp. Mange avdelinger er involvert i arbeid i AKMO. Det øker kompleksiteten og sårbarheten, skjerper kravet til forsvarlig organisering, og stiller høye krav til klare ansvarsforhold og styring fra ledelsens side. Arbeidsmengden i AKMO varierer også betydelig. Foretaket må derfor sørge for at det er tilstrekkelig kapasitet til å håndtere antall og type pasienter i AKMO til enhver tid, som også vil bidra til forsvarlige og gode arbeidsforhold.

Fylkesmannen i Hordaland har i tilsynssak i desember 2018 påpekt at:

- ABC-vaktlaget er underdimensjonert
- det er uklare ansvarsforhold i AKMO
- pasientene i AKMO blir ikke håndtert innen de tidsfristene vi har satt som forsvarlige i forhold til hastegrad
- det er dårlig gjennomstrømning i AKMO
- det er uklarhet rundt rutiner for å øke bemanningen ved høy belastning i AKMO
- det er uklarhet rundt forløpsrutiner
- det er vanskelig å holde oversikt over alle pasientene i AKMO, og hvor de er i forløpet

På bakgrunn av dette er det behov for å iverksette tiltak som bedrer forholdene som er påpekt i tilsynssaken, og sørge for ytterligere bedret måloppnåelse med mottaksmodellen.

Noen av tiltakene vil skje direkte i den enkelte nivå 2 enhet jfr. vedlagte handlingsplan (vedlegg 1), mens andre vil utarbeides i egne arbeidsgrupper og/el. delprosjekter. Alt vil imidlertid samkjøres i dette prosjektet for å sikre en helhetlig tilnærming til forbedringene.

2 Prosjektets mål

2.1 Overordnet mål – hva skal prosjektet oppnå?

Pasienter i AKMO skal få rask og presis diagnostikk, som uten forsinkelse gir pasienten rett behandling på rett sted til rett tid.

2.2 Nytteeffekter

Nytte for pasient/ pårørende	Nytte for medarbeidere	Nytte for foretak/samfunn – effektiv ressursbruk
1. Rask og presis hastegradsvurdering og diagnostikk 2. Ventetider i AKMO, som er i samsvar med pasientens hastegrad 3. Rett plassering av pasient 4. Økt pasientsikkerhet og brukertilfredshet	5. Klare ansvarslinjer og arbeidsprosesser 6. Bedre oversikt over pasienter og flyt i AKMO 7. Tilstrekkelig kapasitet, opplevelse av mestring og gode arbeidsforhold.	8. Bedre flyteffektivitet, og unngå opphopning av pasienter i AKMO 9. Lavere risiko for uønskede hendelser i AKMO

Se vedlegg 2 for måling av nytteeffektene

2.3 Nødvendige endringer

De tre viktigste endringene som enheten(e) må gjennomføre for å oppnå overordnet mål og nytteeffekter:

- Det må etableres tilstrekkelig kapasitet til å håndtere strømmen av øh-pasienter på en forsvarlig og flyteffektiv måte.
- Medarbeidere som helt el. tidvis arbeider i AKMO, må gjøres kjent med/få opplæring og trening i reviderte arbeidsprosesser og pasientforløp for mottak av somatiske øh-pasienter.
- Kritiske målepunkter knyttet til arbeidsprosesser og pasientflyt må fanges opp fra Meona og/el. andre fagsystemer for å gi oversikt over pasienter og forløp i AKMO.

2.4 Leveranser - Hva skal prosjektet konkret utvikle eller utføre i prosjektperioden?

Prosjektets leveranser er:

- En samlet revidert beskrivelse av ansvarsforhold, arbeidsprosesser og forløp i AKMO, som gjøres lett tilgjengelig i EK.
- Plan for høy aktivitet i AKMO, som sikrer tilstrekkelig bemanning ift. antall og hastegrad på de pasienter som befinner seg i AKMO på samme tid.
- Definere klart pasient ifht kriterier for at pasient kan gå til post (jfr. plan for høy aktivitet)
- Visuell oversikt i sanntid over pasienter og flyt i AKMO.
- Webrapport(er) som monitorerer arbeidsprosesser og flyt i AKMO.

- Opplærings- og forbedringstiltak som bidrar til etterlevelse av de roller, arbeidsprosesser og forløp som er innført i AKMO.
- Definere utkast til hvilke symptomforløp som bør utarbeides og innføres, samt hvilken enhet som skal være eier av hele eller deler av det enkelte forløp.

2.5 Avgrensning og avhengigheter

Prosjektet er avhengig av mange tiltak som utarbeides og gjennomføres i flere kliniske enheter og/eller arbeidsgrupper, som må samkjøres for å sikre helhetlige og gode løsninger for håndteringen av somatiske øh-pasienter i AKMO.

Sentrale avgrensninger og avhengigheter er:

- Arbeidsgruppe knyttet til utarbeidelse av nye vaktordninger (1)
(Ansvar: Randi-Luise Møgster)
- Sammenstilling av kompetente overleger/LIS3 som stilles til disposisjon til MK (1)
(Ansvar: Rune Bjørneklett)
- Forbedringsarbeid i spesialavdelingene, for å sikre kapasitet til ØH-pasienter (2 og 3) (Ansvar: Brit Pedersen og Clara Gjesdal)
- Innføring av ny turnus for sykepleiere og rolle for plasseringskoordinator (4)
(Ansvar: Robert Nekkøy)
- Forbedring av kapasitetsmøter og rutiner knyttet til flytting av pasienter (5)
(Ansvar: Brit Pedersen)

Disse gjennomføres som egne tiltak, men må i tillegg rapportere inn til prosjekt- og styringsgruppen for dette prosjektet for å sikre god samordning.



- Arbeidsgrupper knyttet til arbeidsprosesser og forløp vil pågå utover dette prosjektets levetid når det gjelder videre innføring av akuttforløp.

3 Prosjektorganisering – hvem må involveres?

Oversikt over hvilke enheter som må involveres i prosjektet er oppsummert i tabellen under.

3.1 Prosjekteier og styringsgruppe

Rolle	Navn/representant/er fra følgende enheter
Prosjekteier	Viseadministrerende direktør Clara Gjesdal
Styringsgruppeleder	Viseadministrerende direktør Clara Gjesdal
Medlemmer i styringsgruppen	Klinikkdirektør i Mottaksklinikken Anne Taule Avdelingsdirektør i Lungeavdelingen Kathan Al Azawy Avdelingsoverlege i Medisinsk avdeling Rolf Espen Falk Christiansen Avdelingsdirektør i Hjerteavdelingen Kjell Vikenes Klinikkdirektør Kirurgisk klinikk, John Helge Heimdal Klinikkdirektør Nevroklubnikken, Torhild Vedeler Klinikkdirektør Hode-hals klubnikken, Evelyn Neppelberg Klinikkdirektør Kjell Matre, Ortopedisk klubnikk Klinikkdirektør Hanne Klausen, KSK Avdelingsdirektør Aslak Aslaksen, Radiologisk avdeling Fagdirektør Marta Ebbing Viceadministrerende direktør Randi-Luise Møgster Hovedtillitsvalgt Geir Arne Sunde, Legeforeningen Hovedtillitsvalgt Arvid Langeland, Sykepleierforbundet Hovedverneombud Ingeborg Sævareid Brukerrepresentant Linda Haugland Brukerrepresentant Hjørdis Dahle

3.2 Prosjektleder, prosjektgruppe og en ev. referansegruppe

Rolle	Navn/representant/er fra følgende enheter
Prosjektleder	Seksjonsleder FoU-avd Pål Ove Vadset
Medlemmer i prosjektgruppen (inkl. ev. arbeidsgrupper)	Leder av akuttmottaket Robert Nekkøy Klinikcoverlege i MK Rune Bjørneklett Seksjonsleder e-helse Hege Rob-Moi Spesialrådgiver Brit Pedersen Arbeidsgruppe (Arb.prosess, forløp og IKT) Seksjonsleder FoU-avd Pål Ove Vadset Spesialrådgiver MK Merete Eide Hernes Seksjonsoverlege i MK Marianne Reimers Seksjonsoverlege i MK Dagfinn Markussen Sykepleier/verneombud AKMO Hans Fredrik Iversen Sykepleier i AKMO Anita Hatlevik Overlege Arleen Aune vara foretakstillitsvalgt LIS-lege fra Lungeavdelingen Christina Due Svendsen LIS-lege fra Kirurgisk klubnikk Anna-Christina Kobbelgaard Beuke Spesialkonsulent fra Helse Vest IKT Sonja Cassidy Intern prosjektleder Meona Berit Margrete Helgaas Hellebø

4 Milepæler – hvordan skal prosjektet gjennomføres?

Oversikt over prosjektets milepæler er oppsummert i tabellen under.

Nr	Milepæl	Ferdig dato
M1	Når plan for høy aktivitet er godkjent	Uke 3
M2	Når prosjektdirektiv og handlingsplan er godkjent av styringsgruppen	Uke 5
M3	Når utkast til ansvar for de ulike rollene i AKMO er revidert	Uke 5
M4	Når utkast til arbeidsprosess for generelt mottak av somatiske øh-pasienter er revidert.	Uke 5
M5	Når det er definert utkast til hvilke symptomforløp som bør utarbeides og innføres, samt hvilken enhet som skal være eier av hele eller deler av det enkelte forløp	Uke 6
M6	Når ny visuell oversikt i sann tid over pasienter og flyt i AKMO er på plass	Uke 6
M7	Når ny webrapport som monitorerer arbeidsprosesser og flyt i AKMO er på plass	Uke 6
M8	Når en samlet revidert beskrivelse av ansvarsforhold, arbeidsprosesser og innførte forløp i AKMO er vedtatt	Uke 7
M9	Når opplærings- og forbedringstiltak som bidrar til etterlevelse av de roller, arbeidsprosesser og forløp som er beskrevet for AKMO er på plass	Uke 7
M10	Når nye vaktordninger for leger og sykepleiere er på plass	Uke 9

Vedlegg 1. Handlingsplan

Tiltaksområder	Spesifisering av tiltak	Ansvar	Startet	Frist
Evaluering og måling	Indikatorer utarbeides og måles kontinuerlig	Pål Ove Vadset/ FOU	Ja	15.02.19
Tilstrekkelig kapasitet	Styrke ABC-vaktlaget (1)	Randi-Luise Møgster	Ja	01.03.19
	Vurdere kapasitetsfordeling mellom triage og andre sykepleierfunksjoner for å sikre best mulig flyt i AKMO (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet (og MK)		06.02.19
	Styrke sykepleierbemanning i AKMO (ny turnus inkludert plasseringskoordinator) (3)	MK – Robert Nekkøy	Ja	01.03.19
	Innføre plan for høy aktivitet i alle avdelinger (4)	N2	Ja	17.01.19
	Evaluering og forbedring av kapasitetsmøter (4)	Brit Pedersen	Ja	31.01.19
	Følge opp rollen som plasseringskoordinator (3)	N2-MK	Ja	15.02.19
	Forbedringsarbeid og planlegging i spesialavdelingene som sikrer kapasitet til ØH (2)	N2	Ja	15.02.19
	Gjennomgå mulighet for å utvide sengekapasitet i spesialavdelingene (2).	N2	Ja	15.02.19
Ansvarsavklaring	Rutiner/ansvarsfordeling for ABC-vaktlaget må beskrives. Dette må samkjøres med beskrivelse av Mottakslegens rolle og ansvar (1)	Randi-Luise Møgster	Ja	15.02.19
	Beskrive ansvarsforhold for mottakslege vs.fagspesifikt primærvaktsjikt inkludert «Ansvar og myndighet til MLA» (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet og MK	Ja	31.01.19
	Gjennomgang av gjeldende rutiner og retningslinjer som avklarer ansvarsforhold i AKMO (5)	Prosjektet og MK	Ja	08.02.19
	Funksjonsbeskrivelser, retningslinjer og rutiner må	Prosjektet, MK og FoU	Ja	15.02.19

Tiltaksområder	Spesifisering av tiltak	Ansvar	Startet	Frist
	publiseres samlet og tilgjengelig for alle medarbeidere (5)			
Arbeidsprosesser	Kartlegge forbedringsområder ved generelt mottak av øh-pasienter vedr. hastegrads- og primærvurdering, samt overføringsfasen til spesialavdeling eller UMO (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet	Ja	31.01.19
	Revidere arbeidsprosess for generelt mottak av øh-pasienter vedr. hastegrads- og primærvurdering, samt overføringsfasen til spesialavdeling eller UMO basert på kartlegging av forbedringsområder (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet	ja	06.02.19
	Vurdere om organisering av sykepleiervaktene i tilstrekkelig grad sikrer kontinuitet og oversikt gjennom hele vekten (må sees i sammenheng med de 2 tiltakene rett over) (5)	N2-MK	Ja	06.02.19
IKT-verktøy	Sikre korrekt registrering av nødvendige inputdata i MEONA og evt. andre fagsystemer (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet	nei	15.02.19
	Forbedre visuell oversikt over pasienter og flyt i AKMO (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet FoU	ja	15.02.19
	Forbedre webrapport over historisk aktivitet i AKMO (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet FoU	ja	20.01.19
	Sikre at rapport ledige senger er oppdatert i sanntid (5)	FoU – Pål Ove Vadset	ja	15.02.19
Pasientforløp	Revidere standardisert pasientforløp for pasienter med bryst smerter eller mistenkt akutt koronarsyndrom, og gjøre de faglige retningslinjene tydeligere og lettere tilgjengelig.	N2-Hjerte N2-MK	ja	15.02.19

Tiltaksområder	Spesifisering av tiltak	Ansvar	Startet	Frist
		.		
	Utkast til oversikt over symptomforløp som bør utarbeides (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet	ja	15.02.19
	Beskrive og klargjøre rutiner for «fast track»	N2-med-nevro-hjerte	ja	08.02.19
	Gjennomgang av beskrivelser av innførte akuttforløp mht for å identifisere evt. uavklarte ansvarsforhold mellom MK og spesialavdelinger (5)	Arbeidsgruppe i prosjektet (+ N2 enheter)	nei	31.01.19
	Samle alle beskrivelser av innførte akuttforløp og gjøre dem lett tilgjengelig. (5)	Prosjektet (FoU)	nei	15.02.19
Etterlevelse	Jevnlig evaluering av praksis, og at den er i tråd med skriftlige retningslinjer og prosedyrer. Evt. at beskrivelser må revideres.	N2	nei	15.02.19
Opplæring	Utarbeide opplæringspakke knyttet til ansvarsforhold og rutiner i AKMO (5)	Arbeidsgruppe i prosjekt (MK og FoU)	ja	15.02.19

Vedlegg 2. Måling av nytteeffekter

- 1. Rask og presis hastegradsvurdering og diagnostikk**
 - Alle pasienter skal ha fått hastegrads- og primærvurdering innen 15 minutter
- 2. Korte ventetider i AKMO, som er i samsvar med pasientens hastegrad**
 - 90% av pasientene skal ha fått legeundersøkelse innen angitt tidsfrist for hastegrad, og alle skal ha fått legeundersøkelse innen 3 timer
- 3. Sikre rett plassering**
 - Over 95% av pasientene skal få sitt postopphold på angitt primærplassering
- 4. Økt brukertilfredshet**
 - Gjennomsnittlig score på egen brukererfaringsundersøkelse skal være god.
- 5. Klare ansvarlinjer og arbeidsprosesser**
 - Medarbeiderne i AKMO skal oppleve at ansvarlinjer og arbeidsprosesser er klart beskrevet og at disse etterlevs, målt ved egen medarbeiderundersøkelse.
- 6. Bedre oversikt over pasienter og flyt i AKMO**
 - Medarbeiderne i AKMO skal oppleve at de har god oversikt over pasienter og flyt i AKMO, målt ved egen medarbeiderundersøkelse
- 7. Tilstrekkelig kapasitet og opplevelse av mestring**
 - Medarbeiderne i AKMO skal oppleve at de mestrer håndteringen av innstrømmen av øh-pasienter på vakt, målt ved egen medarbeiderundersøkelse
- 8. God flyteeffektivitet og unngå opphopning av pasienter i AKMO**
 - Gjennomsnittlig oppholdstid i AKMO skal være under 3 timer
 - Antall timer med oransje situasjon i AKMO er redusert fra 2018
- 9. Lavere risiko for uønskede hendelser i AKMO og bedre pasientsikkerhet**
 - Målt ved hjelp av Global trigger tool, som er en metode for gjennomgang av et tilfeldig utvalg journalanalyser av somatiske øh-pasienter