

Patientsikkerhed ved Overbelægning

Udfordringer og løsnings- forslag

Et idékatalog

Version: 1.0
Udformet af: Center for Sundhed
Senest opdateret: 15.06.2020

Indhold

1. Introduktion	2
1.1. Indledning og formål.....	2
1.2. Beskrivelse af patientforløbet i akutmodtagelsen	3
2. Metode	6
3. Udfordringer	8
4. Løsningsforslag	10
4.1. Lokale Løsningsforslag	11
4.2. Regionale løsningsforslag	13
5. Konklusion	15
6. Bilag 1.....	16
6.1. Flow over alle nævnte udfordringer, prioriterede udfordringer og løsningsforslag	16

1. Introduktion

1.1. Indledning og formål

I Region Hovedstaden er der stort fokus på at mindske risikoen for, at der opstår overbelægning. Særligt i vintermånederne er det vanskeligt at undgå spidsbelastninger, da der ofte er et ekstra pres på hospitalernes sengekapacitet på grund af mange akutte indlæggelser og et øget behov for at isolere patienter. Det er derfor oftest i akutmodtagelserne og på de medicinske afdelinger, at der kommer flere patienter, end der er sengepladser, og hvor der opstår udfordringer med overbelægning.

Det er veldokumenteret, at overbelægning påvirker patientsikkerheden på flere parametre. Der ses således en sammenhæng mellem overbelægning på akutområdet og følgende risici^{1,2}:

- Forsinket behandling af patienter, herunder at tidsindikator "time-to-treatment" øges (tiden før relevant behandling af tids-sensitive tilstande startes)
- Fald i kvaliteten af behandlingen
- Fald i effektivitet hos personalet
- Stigning i dødeligheden blandt patienter

Der er således flere vigtige grunde til, at regionen arbejder for i videst muligt omfang at undgå overbelægning. Hospitalerne har igangsat en række indsatser både lokalt og i samarbejde med kommuner og almen praksis for at forebygge situationer med overbelægning. Indsatserne omhandler blandt andet:

- At understøtte en god planlægning af kapaciteten ved at afholde tavlemøder eller kapacitetskonferencer
- At understøtte, at det er de rette patienter, der indlægges.
- Fokus på, at patienterne bliver udskrevet rettidigt, hvilket giver smidige og sammenhængende forløb for patienterne, når kommunerne eksempelvis skal tage imod de færdigbehandlede patienter.

Til trods for den målrettede indsats opstår der til tider situationer med spidsbelastning, hvor det kan være nødvendigt for hospitalerne at flytte patienter fra deres specialespecifikke afdeling til andre afdelinger, som har ledige sengepladser. Hvis dette ikke er muligt, vil patienten i nogle tilfælde skulle ligge på gangen indtil, der bliver en stue ledig. Disse u hensigtsmæssige situationer kan gøre det mindre sikkert for patienterne at være indlagt, da der også vil være øget risiko for, at personalet ikke observerer patient tilstrækkelig og overser fare-signaler, blandt andet fordi patienten ikke er pågældende afdelings speciale. Der er derfor

¹ Rasouli et al. Outcomes of Crowding in Emergency Departments; a Systematic Review. Arch Acad Emerg Med. 2019; 7(1): e52.

² Bernstein et al. 2009. The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. Academic Emergency Medicine 2009; 16:1–10

på hospitalerne opmærksomhed på patientsikkerheden i situationer med et øget antal patienter og overbelægning på afdelingerne.

På baggrund af udfordringerne med patientsikkerheden især i situationer med overbelægning har Regionsrådet med budget 2019 prioriteret, at der skal være mindre overbelægning, og at patientsikkerheden skal være i orden uanset, om der er overbelægning eller ej. Det fremgår således af Region Hovedstadens Budgetaftale for 2019:

Vi ønsker ikke, at vores patienter skal opholde sig på hospitalsgange eller skyllerum som følge af overbelægning. Desværre viser tallene, at det stadig sker på nogle hospitalsafdelinger, men vi har som ambition at mindske og undgå overbelægning. Patientsikkerheden skal være i orden – overbelægning eller ej. Derfor er partierne bag budgetaftalen enige om at nedsætte en arbejdsgruppe med hospitaler, patienter og andre relevante aktører til at se på patientsikkerhed i forbindelse med overbelægning, som med udgangspunkt i konkrete hændelser skal drøfte udfordringerne og komme med forslag til nye initiativer.

Dette idékatalog er resultatet af en afholdt workshop, tilrettelagt af en regional arbejdsgruppe, hvor hospitaler og patienter drøftede udfordringer og nye initiativer, der kan øge patientsikkerheden i de situationer, hvor der er flere patienter end sengepladser på afdelingerne. Idékataloget kan bruges som inspiration til initiativer, der kan arbejdes videre med lokalt på hospitalerne og regionalt.

1.2. Beskrivelse af patientforløbet i akutmodtagelsen

Overbelægning ét sted medfører ofte flaskehalse andre steder på det enkelte hospital, eller hospitalerne imellem, som kan udfordre patientsikkerheden. Der er dermed en vis afhængighed imellem de enkelte afdelinger og hospitaler, hvilket betyder, at det er nødvendigt at se på flere afdelinger eller hospitaler for at reducere overbelægning.

Der skelnes mellem planlagt og akut indlæggelse. Praktiserende læger, speciallæger eller et ambulatorium på et hospital kan via den Centrale Visitationsenhed (CVI) henvise patienter til behandling, som kræver indlæggelse. De planlagte indlæggelser udløser ikke i sig selv overbelægning, da de er planlagte og dermed kontrollerede. Men når der samtidig er mange akutte indlæggelser, kan overbelægning opstå.

Ved udarbejdelsen af dette katalog var der fokus på overbelægning i akutmodtagelserne i Region Hovedstaden. I det følgende er borgernes vej til akuthospitalet derfor beskrevet for at tydeliggøre forskelligheden af de enkelte patientforløb.

Akutte indlæggelser

Borgere i Region Hovedstaden, der har behov for hjælp i tilfælde af akut sygdom eller skade, har adgang til akutbetjening hele døgnet. Der er variation henover døgnet, ugen og

året i hvor mange akutte patienter, der indlægges, ligesom f.eks. perioder med influenza eller dårligt vejr (glat føre) har betydning.

I det følgende beskrives det akutte patientforløb opdelt i tre faser; visitation, triagering på akutmodtagelser og akutklinikker og det efterfølgende forløb. Dette for at illustrere, at der er flere faser, hvor der tages stilling til patientens videre forløb, og som kan have betydning for patientflowet og dermed, om der opstår flaskehalse og overbelægning. Det er vigtigt at understøtte, at de patienter, som ikke har et akut behandlingsbehov, ikke møder op på akutmodtagelsen, og at patienter, som ikke har behov for indlæggelse, hurtigt færdigbehandles.

Regionens rammer for akutsystemet er beskrevet i rapporten *Enstrenget og visiteret akutsystem, retningslinjer og principper* fra 2013³.

For indgående beskrivelser af organisering, arbejdsdeling og ansvar henvises til gældende VIP-vejledning for *Akut visitation og modtagelse af indbragte og selvhenvendende*⁴.

Fase 1: Visitation til akutmodtagelser og akutklinikker

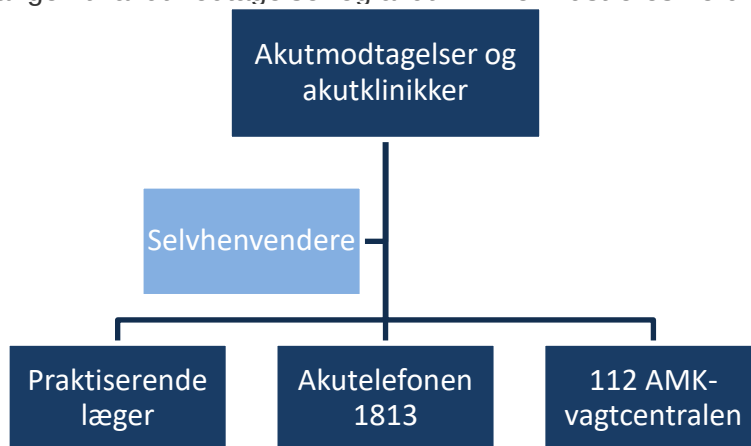
Borgere i Region Hovedstaden med behov for hjælp til akut sygdom eller skade kan visiteres til akutmodtagelserne eller akutklinikkerne på et af regionens akuthospitaler⁵ eller til traumecenteret, på Rigshospitalet. Dette kan ske ved at kontakte Akuttelefonen 1813 og i tilfælde af alvorlig, akut sygdom eller skade 1-1-2, jf. figur 1. Visitation kan også ske via praktiserende læge. Desuden forekommer det, at borgeren henvender sig uden i forvejen at være henvist (selvhenvender). Det er vigtigt, at det kun er borgere med akut behandlingsbehov som henvises, at de henvises til en akutafdeling med kompetencer, der modsvare deres behandlingsbehov, og at der sker en udjævning af det akutte patientflow på tværs af akutafdelingerne. Hvis for mange patienter kommer ind i samme afdeling, kan det resultere i situationer med overbelægning.

³ KORA. 2013: [Enstrenget visiteret akutsystem i Region Hovedstaden](#)

⁴ VIP-vejledning: [Akut visitation og modtagelse af indbragte og selvhenvendende](#)

⁵ Oversigt over akutmodtagelser og akutklinikker i Region Hovedstaden: <https://www.regionh.dk/Sundhed/Akut-hj%C3%A6lp/Akutmodtagelser-og-akutklinikker/Sider/Adresser-akutmodtagelser-og-akutklinikker.aspx>

Indgangen til akutmodtagelser og akutklinikker illustreres herunder i figur 1:



Fase 2: Triagering på akutmodtagelser og akutklinikker

Alle indkomne borgere, der ikke har let sygdom eller skade, som håndteres i det såkaldte behandlerspor, skal vurderes (triageres) umiddelbart ved ankomst til akutmodtagelse eller akutklinik af en triagesygeplejerske, med henblik på at identificere og prioritere behandlingsbehovet. I Region Hovedstaden følges triagesystemet, som er beskrevet i *DEPT Region Hovedstaden*, juli 2014⁶. Manualen følger de nationalt gældende principper for triage. Udgangspunktet for triagering er at finde den svært syge patient og allokere de korrekte ressourcer hertil, således at alle patienter ved ankomst fordeles til et relevant forløb, og der opretholdes et godt flow i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

Patienter vurderes ud fra ABCDE principper, som er en struktureret måde at vurdere patienten på, vitale parametre som f.eks. blodtryk, puls, temperatur samt kontaktårsagskort og bliver i henhold hertil tildelt en triagekategori (rød, orange, gul, grøn eller blå), som indikerer intervallet for, hvornår patienten skal revurderes på baggrund af objektive kriterier⁶.

Fase 3: Det efterfølgende forløb

De fleste patienter, som modtages i akutmodtagelse/akutklinik vil modtage behandling i akutmodtagelsen/akutklinikken, hvorefter de vil blive sendt hjem igen, evt. til opfølgning hos egen læge eller via et kommunalt tilbud. En mindre andel bliver indlagt og evt. overflyttet til relevant afdeling. Hvis der ikke er plads i den afdeling, patienten skal videre til, eller der er ventetid for at blive sendt hjem, kan der opstå situationer med overbelægning i akutmodtagelsen.

⁶ VIP-vejledning: [Triage i somatiske Akutmodtagelser og Akutklinikker](#)

2. Metode

Baggrund for valg af metode

På baggrund af en afdækning fra Center for Sundhed af muligheder for metoder samt igangværende initiativer, besluttede koncerndirektionen i efteråret 2019, at der skulle afholdes en workshop i stedet for at nedsætte en arbejdsgruppe, som der blev lagt op til i budgettet. Fordelene ved at afholde en workshop var muligheden for, at en bredere gruppe af deltagerne kunne inspirere hinanden og indgå i en dialog om udfordringer og løsningsforslag i forbindelse med patientsikkerhed og overbelægning. Ligesom det var tiltænkt med arbejdsgruppen, ville dialogen på workshoppen kunne foregå med deltagelse fra flere patientrepræsentanter samt regionens akuthospitaler i et tværgående og samskabende forum. Workshoppen som metode kan ikke rumme at løse alle udfordringer på området om patientsikkerhed i situationer med overbelægning, men blev anvendt som metode for i fællesskab, at få sat ord på udfordringer og løsningsforslag, som ønsket ved budgetaftalen 2019.

Formål og mål med workshop

Formålet med workshoppen om patientsikkerhed og overbelægning var, at der i en tværgående og samskabende dialog blev drøftet konkrete patientsikkerhedsmæssige udfordringer i situationer med overbelægning i akutmodtagelsen samt konkrete forslag til løsninger på udfordringerne. Desuden var formålet, at workshoppen skulle give mulighed for videndeling og erfaringsudveksling på tværs af regionens akuthospitaler sammen med patient- og pårørende repræsentanterne. Udfaldet af workshoppen var et idékatalog, hvor udfordringer og forslag til løsninger fra deltagerne på workshoppen skulle indgå.

Deltagere

Workshoppen blev afholdt den 19. februar 2020 på Bispebjerg Hospital, og der var afsat 3,5 time til den. De ca. 30 deltagere herunder patientrepræsentanterne kom fra Herlev og Gentofte Hospital, Nordsjællands Hospital, Amager og Hvidovre Hospital, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital samt Center for Sundhed. Deltagerrepræsentationen var bred med følgende roller i sundhedsvæsenet:

- Patient- eller pårørende repræsentanter, tilknyttet tre af de fire akuthospitaler
- Vicedirektører
- Lægesekretærer
- Sygeplejersker
- Afdelingsledelser (ledende oversygeplejersker, afdelingssygeplejersker, samt ledende overlæger)
- Risikomanagere
- Stabschef
- Overlæger
- Konsulenter
- Centerdirektør

Proces

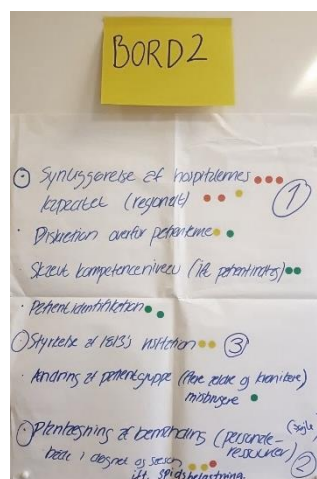
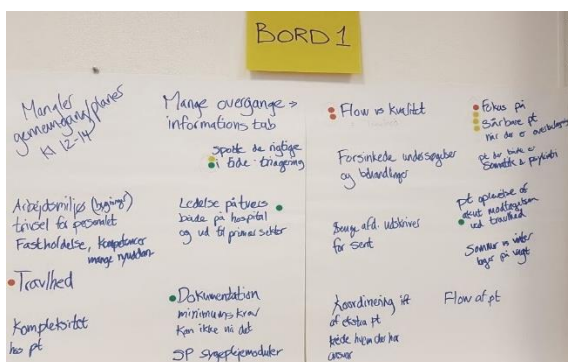
På workshoppen var deltagerne inddelt i fem grupper med fem til syv deltagere ved hvert bord, inklusiv en bordformand fra Center for Sundhed. De fem grupper var blandet på tværs af hospitaler, medarbejdergrupper og patientrepræsentanter for at give mulighed for den tværgående og samskabende dialog. Den viden, man ønskede at få bragt i spil, kunne komme fra konkrete situationer, utilsigtede forløb eller bekymringer for patientsikkerheden i situationer, hvor der er mange patienter i akutmodtagelsen.

Da workshoppen både skulle omhandle en drøftelse af udfordringer for patientsikkerheden samt løsningsforslag hertil, blev workshoppen inddelt i tre faser, som der blev arbejdet med ved hver gruppe.

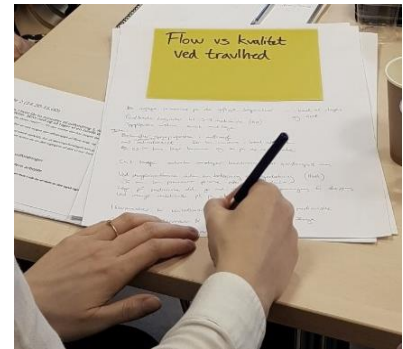
Fase 1 – Brainstorm af udfordringer: 30 minutters brainstorm i grupperne med mulighed for at italesætte hvilke patientsikkerhedsmæssige udfordringer, der opleves i situationer med overbelægning i akutmodtagelserne.



Fase 2 – Prioritering af udfordringer: 10 minutters prioritering af de tre vigtigste udfordringer til videre arbejde på workshopen.



Fase 3 – Løsningsforslag: Gruppearbejde med fokus på løsningsforslag til de prioriterede udfordringer.



Videre proces: Den videre proces bestod af at sammenskrive udfordringer og løsningsforslag i idékataloget. Denne del varetages af Center for Sundhed.

3. Udfordringer

Ved den første del af workshoppen arbejdede grupperne med at identificere de udfordringer for patientsikkerheden, som situationer med overbelægning i akutmodtagelsen skaber. Dernæst prioriterede grupperne de tre udfordringer, der syntes vigtigst i gruppen, og som de ville arbejde videre med resten af workshoppen. I det følgende vil de prioriterede udfordringer blive præsenteret. I bilag 1 kan ses et flow, der indeholder en fuldstændig oversigt over alle nævnte udfordringer.

Der blev prioriteret 15 udfordringer ved de fem borde. Der var et lille overlap i udfordringerne mellem bordene, hvilket betyder, at de 15 udfordringer er samlet i 9 temaer.

- **Risiko for at overse sårbare patienter ved overbelægning f.eks. ældre, misbrugere eller borgere med samtidig somatisk og psykisk sygdom**
Det er en udfordring, at de sårbare patienter, særligt de ældre patienter, ofte bliver triageret grønne, dvs. de er stabile. Der er derved risiko for, at de bliver overset i situationer med overbelægning. En anden udfordring er, at misbrugere og patienter med behov for afrusning kan skabe uro i akutmodtagelsen, og der derved er risiko for, at det kliniske personale overser forværring hos denne gruppe.
- **Udfordringer med overblik over kapaciteten**
Det opleves som en udfordring at få et tværgående og tidstro overblik over hospitalernes samlede kapacitet, både centralt i CVI og 1813 samt lokalt på det enkelte akut-hospital. Der efterlyses et centralt overblik i forhold til ledige senge (belastning) på de forskellige hospitalers akutmodtagelser, og ligeledes for specialafdelingerne. Der er derfor behov for, at 1813 og CVI får det fulde overblik over hospitalernes patientindtag baseret på tidstro data. Der er behov for dette overblik, så 1813 og CVI kan foretage en skarpere visitering, som gatekeeper og gateadviser til akutmodtagelserne. Optimalt

skal der sikres en jævn fordeling af patienter på tværs af hospitaler og internt på hospitalet for at undgå et stort pres på enkelte hospitaler. Ved at optimere logistikken understøttes det, at ambulancer ikke sendes videre fra et akutafsnit med manglende kapacitet til et hospital, hvor specialet ikke har ledig kapacitet og derfra videre til et tredje hospital.

Endvidere er det et ønske, at de praktiserende læger får et bedre overblik over kapacitet for akuthospitalet i deres optageområde, så de har mulighed for at visitere kvalificeret i samarbejde med CVI. Dette skal suppleres af et tværgående overblik fra CVI og 1813 inklusiv øget visitering af borgere til nærhospitalerne med akutklinikker.

Derudover er det en udfordring, at hospitalerne ikke kan planlægge i forhold til mennesker, der selv henvender sig til akutmodtagelsen (såkaldte selvhenvendende), og der er således behov for, at 1813 får et overblik over selvhenvendende.

- **Travlhed i forbindelse med overbelægning øger risiko for fejl**

Når der er overbelægning, opstår travlhed. Travlhed udfordrer patientsikkerheden, da det øger risikoen for fejl. Det er en udfordring for personalet at håndtere denne travlhed, når der samtidig er overbelægning. Dermed er der behov for at undgå overbelægning.

- **Flow og kvalitet**

Det kan opleves som udfordrende for akutafdelingerne at have stort fokus på flow, så patienterne kan sendes videre i systemet samtidig med, at de skal sikre høj kvalitet af behandlingen og håndtering af travlhed. Hvis ikke flowet opretholdes, er der risiko for forsinket udredning, hvis der opstår flaskehalse, hvor flow gennem akutmodtagelsen bremses af f.eks. ventetid på undersøgelser og behandlinger.

Herunder er det vigtigt at kunne visitere patienterne til de rette spor f.eks. behandling i akutmodtagelsen, indlæggelse eller udskrivelse.

- **Spotte de rigtige patienter i tide – triagering, revurdering og retriagering**

Det er en udfordring at identificere de rigtige patienter i tide herunder at få retriageret løbende. Hvis lægen ikke kommer inden for den fastsatte tid i forhold til triagen, og patienten ikke bliver retriageret, opdages det ikke, at patienten er blevet dårligere i mellemtiden.

- **Hvordan undgås fixationsfejl?**

Fixation betyder, at sundhedspersoner kan komme til at fastholde fokus på et symptom eller diagnose og dermed overse andre vigtige symptomer eller diagnoser. Det kan være en udfordring at sikre, at alle patienter får ensartet udredning ved ankomst i fremtidens akuthospital, og at sundhedspersonallet i udredningen undgår fixationsfejl. Herunder kan det opleves som en potentiel kilde til fixationsfejl, at strukturen er bygget op således, at det rette speciale skal se patienten med det samme. Der kan desuden arbejdes mere med en kultur, der involverer patienten mere, giver plads til at sundhedspersoner bruger speak up, en second opinion, time out kald m.m.

- **Kommunikation mellem personalet**

Der risiko for informationstab og misforståelser ved overlevering af information personalet imellem f.eks. ved overlevering af ordinationer eller observationer. Det kan være

overlevering mellem personale i vagten, ved vagtskifte eller til en ny afdeling. Des flere personaler, der er ind over en patient, des større er risikoen for informationstab.

- **Kompetencer**

I forhold til kompetencer og uddannelse er det en udfordring, at der mangler tid til supervision af personalet. Det er vanskeligt at have tid og overskud til at introducere og oplære nyt personale, hvor der er nogle klare læringsopgaver, før de kan fungere på lige fod med det erfarne personale.

Det kan være en udfordring at fastholde personale f.eks. ift. arbejdsmiljøet, men hvis man ikke fastholder personalet, sker der kompetencetab, hvilket kan påvirke patient-sikkerheden.

Endvidere kan der være udfordringer ift. hvem der ser patienten først, og om det er de rette kompetencer. Her kan det være en udfordring, at det skal være den rette special-læge, der skal se patienten i akutmodtagelsen. Det kan opleves som omstændeligt i akutmodtagelsen at få den rette speciallæge til at se patienten.

- **Planlægning af personaleressourcer**

Det kan være en udfordring at planlægge personaleressourcerne i forhold til spidsbe-lastningssituationer, herunder at planlægge at personalet er der, når patienterne kom-mer. Det skal vurderes, om vagtplanlægning skal være på aktivitet i forhold til frem-møde. Det kan være vanskeligt at få fordelt personalet mellem dag, aften og nat. Dertil kan det være en udfordring med sygefravær og brug af dyre vikarer.

4. Løsningsforslag

I anden del af workshoppen arbejdede grupperne videre med de prioriterede udfordringer for patientsikkerheden, som situationer med overbelægning i akutmodtagelsen skaber. I bilag 1 kan ses et flow, der indeholder en fuldstændig oversigt over udfordringerne med deres respektive løsningsforslag. Nogle af grupperne nåede at drøfte løsningsforslag til alle tre prioriterede udfordringer, mens andre grupper gik mere i dybden med 1-2 af udfor-dringerne. I det følgende afsnit vil løsningsforslagene blive præsenteret.

Løsningerne, der blev genereret på workshoppen, kan være inspireret af allerede igang-værende initiativer. Dermed arbejder nogle hospitaler allerede med nogle af de præsen-te-rede ideer. Denne samling har til hensigt at være inspiration og deling af nye og allerede igangværende initiativer på tværs af hospitalerne. Løsningsforslagene er samlet i to over-ordnede temaer, der omfatter lokale og regionale løsningsforslag. De lokale løsningsfor-slag kan hospitalerne arbejde videre med og tilpasse lokalt, hvorimod de regionale løs-ningsforslag, skal der arbejdes mere overordnet med på et tværgående eller tværsektorielt niveau.

4.1. Lokale Løsningsforslag

- **Sikring af flow, kvalitet og overblik ved overbelægning**

"Medicinsk fasttrack" i spidsbelastningstiden mellem kl.13-18, hvor sygeplejerske visiterer i samarbejde med læge. De fleste akutmodtagelser har et kirurgisk fast track spor, hvor patienten henvises til, hvis de f.eks. har brækket armen, faldet ned af gyn-gen uden at have slået hovedet, fået små forbrændinger, flækket et øjenbryn etc. På samme måde ønskes et medicinsk fasttrack spor til patienter med små medicinske problemstillinger som f.eks. et udslæt, af – eller bekræftelse af en blodprop i benet, mistanke om lungebetændelse eller andre infektioner.

"Behandlersygeplejerske i nattevagten". Behandlersygeplejersken skal have delegeret retten til at ordinere bestemt medicin iht. en fast ramme. Vedkommende kan vurdere patienterne i løbet af natten, og midt på natten kan en læge tilse resterende patienter og vurdere dem.

"Exit lounge". Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har erfaring med exitlounge, som bruges til at patienter, der er på vej hjem, kan vente på transport her. Der er en sygeplejerske og sekretær tilknyttet exitloun-gen. Sygeplejersken varetager udskrivelses-samtaler med de ventende patienter. Det er også i exitloun-gen, der varetages koordi-nering af hjemtransport af patienterne. Patienter, der har fået orlov, vil tillige møde ind i exitloun-gen, hvor personalet vil tage imod dem og sikre rette patientforløb. I exitloun-gen er der desuden mulighed for frokost, en kop te eller kaffe, mens patienterne ven-ter og kan få afklaret de sidste spørgsmål.

"Morgenkonference". Viden om belægning og lægedækning på tværs af afdelingerne deles og drøftes på daglige morgenkonferencer, så personalet i akutmodtagelsen og medicinsk afdeling kan prioritere patienterne efter dette. Ved mange medicinske pati-enter i akutmodtagelsen, kan læger fra medicinske afdelinger gå ned i akutmodtagel-sen og lave gennemgang på patienterne før stuegang på egen afdeling. På den måde er det både akutmodtagelsen og de medicinske afdelinger, der prioriterer ud fra dette.

"Flowmaster". Akutmodtagelserne arbejder med flowmasters, der skal sikre operatio-nel ledelse af patientforløb, triage og flow i akutmodtagelsen. På nogle hospitaler ar-bejdes der med, at flowmasteren har visitationsret til andre specialer end medicinske specialer.

"Kapacitetskonferencer". Konferencer om belægningssituationen på det pågældende hospital evt. midt på dagen inden spidsbelastningsperiode kl. 12. Konferencen inklu-derer alle specialer.

"Patienterne er fælles ansvar". Alle bidrager til/ tager del i ansvaret for den enkelte pa-tient på tværs af afdelinger og specialer.

"Behandling, der ikke kræver indlæggelse". Alt hvad der er "hurtigt", som ikke kræver indlæggelse, skal medvirke til, at patienten hurtigt skal kunne udskrives. Dette kræver lægefaglige kompetencer og mandat.

- **Sørge for triagering – identificere de rigtige patienter i tide også ved overbelægning**

"Flere hænder". For at understøtte at triageringen sker efter gældende vejledninger i spidsbelastningsperioder og dermed sikre, at patienten kommer til rette forløb, kan der være et behov for mere personale.

- **Planlægning af personaleressourcer i forhold til spidsbelastningssituationer**

"Vagtkorps". Der skal være mulighed for, at akutmodtagelserne kan trække på ekstra og kvalificeret personale fra egen/andre afdelinger, hvor der kan være ledige ressourcer. Det vil gøre det muligt for personale fra øvrige afdelinger, hurtigt at kunne træde til f.eks. i tilfælde af sygdom.

"Mere personale". I spidsbelastningsperioder er der behov for at øge personaleresourcerne, herunder læger/sygeplejersker/servicemedarbejdere/laboranter allokeret til akutmodtagelserne.

"Stop op møder". Sørg for videndeling og overdragelse af arbejdsopgaver ved "Stop op møder". På "stop op møder" mødes personalet kort ved opstået spidsbelastning og afstemmer, prioriterer og (om)fordeler arbejdsopgaver.

"Fastholdelse af personale". Det udgør en risiko for patientsikkerheden, at der er stor udskiftning i personalegruppen, eftersom det kan føre til et kompetencetab. Derfor skal der være opmærksomhed på arbejdsmiljø og tiltag for fastholdelse af personale. Der er forskellige værktøjer tilgængeligt på regionens intranet⁷.

- **Synliggørelse af de forskellige tilbud af indlæggelser / behandlingsmuligheder**

"Akut ambulant spor". Et akut ambulant spor med lang åbningstid og erfarent personale. Der bør være enten et ambulant spor, hvor patienterne kan visiteres til, hvis deres årsag til henvendelsen på hospitalet kan behandles i et akut ambulant spor, frem for at patienten indlægges. Eller at der i etablerede ambulatorier er ledige tider, som lægerne i akutmodtagelserne kan booke til patienterne (se også "Medicinsk fasttrack" s. 11).

"Stående indlæggelser". Ved stående indlæggelser behøver patienten ikke igennem akutmodtagelsen ved henvendelse, men kan kontakte en afdeling, hvortil patienten er tilknyttet, direkte for indlæggelse uden om akutmodtagelsen. Dette kan også overvejes i forhold til genindlæggelser hos patienter, som er udskrevet fra sengeafsnit kort tid inden.

- **Hvordan undgå fixationsfejl ved travlhed**

"Time Out"- kort. Ved "Time out" forstås en systematisk genovervejelse af en situation, for at understøtte, at man ikke fortsætter med at køre ud af et galt spor. Eksempelvis benyttes "Time out" på landets fødeafdelinger ved overlevering, ved nytilkomne risikofaktorer – samt mindst hver fjerde time revurderes fødselens fremdrift, barnets tilstand og kvindens tilstand: Er der kommet nye oplysninger? Kan der være noget, vi ikke har

⁷ Region Hovedstadens Intranet, Arbejdsmiljø og Trivsel: <https://intranet.regionh.dk/regi/personale/arbejdsmilj%C3%B8-og-trivsel/Sider/default.aspx>

fået øje på? Samme system kunne fungere på en akut modtageafdeling – måske med kortere intervaller og evt. ved brug af et fysisk kort, der kan tages i hånden.

"Redskab" til at sikre, at patientens oplevelse af eget forløb medtages. Redskabet skal lige som eksempelvis kliniske observationer bruges i den samlede faglige vurdering af patienten.

- **Travlhed medfører risiko for fejl**

"Minimer forstyrrelse". Gennemgang af arbejdsgange i akutmodtagelsen for at tilrettelægge med mindst mulige forstyrrelser f.eks. brug af forstyrrelsesfri-zoner.

"Systematisér for at undgå tab af overblik". Undersøge om standardpakker i SP, som udredningspakker og behandlingspakker bliver anvendt tilstrækkeligt grad for at understøtte overblikket.

- **Bedre kommunikation personalet imellem (f.eks. overlevering af ordinationer eller observationer)**

"Systematiser for at undgå tab af overblik". Personalet kan bruge teknologiske og ikke-teknologiske redskaber til at skabe bedre overblik og systematisere arbejdet, eksempelvis ved at anvende tjeklister ved overlevering af information.

"Gennemsigthed i brug af SP afdelinger imellem". For at understøtte en klar kommunikation kan personalet udarbejde klare aftaler for brug af SP mellem faggrupper og mellem afdelinger.

"Sikker mundtlig kommunikation". Understøtte kommunikationen mellem personalet ved anvendelse af sikker mundtlig kommunikation fx "closed loop" (den der afgiver besked, sikrer sig, at oplysninger forstås ved at bede modtageren om at gentage)⁸. Afdelingerne kan evt. arbejde med løbende undervisning i dette og øvelser under pressede situationer.

4.2. Regionale løsningsforslag

- **Sårbare patienter ved overbelægning f.eks. ældre, misbrugere eller borgere med samtidig somatisk og psykisk sygdom**

"Samarbejde mellem kommune og hospital - Sundhedsaftalen". Styrke samarbejdet mellem kommune og hospital i forhold til misbrugere. Klare og tydelige regler for hvornår borgeren/patienten skal have det kommunale tilbud, og hvornår det er nødvendigt at komme på hospitalet.

"Ældremodtagelser". Udbredelse af erfaringerne fra Bispebjerg og Frederiksbergs Hospitals ældre akutmodtagelse på andre hospitaler. På Hospitalets Medicinsk Modtageafsnit 3 er der en specifik ældre modtagelse, hvor de flerfagligt og tværsektorielt arbejder

⁸ Region Hovedstaden, Patientsikkerhed: [Skriv ned og læs op - En metode til sikker mundtlig kommunikation](#)

for at patienterne ikke indlægges unødigt. I ældremodtagelsen kan man vurdere patienterne og afgøre, om de kan sendes hjem igen eller direkte indlægges fra modtagelsen. Patienterne kan visiteres til ældremodtagelsen ad flere veje.

"Modtagelser med speciale i misbrugsproblematikker". En specialorganiseret modtagelse for misbrugere. Her kan man lade sig inspirere af erfaringerne fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospitals ældre akutmodtagelse, og planlægge en fælles modtageafdeling til patienter med misbrug, socialt udsatte patienter eller patienter, der indlægges for at blive afbruset.

- **Flow, kvalitet og overblik over kapaciteten ved overbelægning**

"Flowteam". Der ønskes et flowteam hos 1813/ CVI samt på hvert hospital til at sikre, at der sker en kapacitetsudligning på tværs af hospitalerne. Det skal synliggøre, hvor der er et stort pres og derved sikre en central koordinering. Der er således behov for kapacitetsstyring, og at 1813/ CVI i højere grad får det fulde og tidstro overblik over hospitalernes patientindtag. Der kunne eksempelvis være et dashboard, som 1813 og CVI kan benytte for at få dette overblik, så de kan lede patienten til det mest hensigtsmæssige hospital eller tilbud. Data skal både vise akutmodtagelsernes og afdelingernes kapacitet således, at afdelingernes kapacitet tages med i overvejelserne om det mest hensigtsmæssige sted for patienten at blive sendt hen. Dette vil modvirke, at patienterne bliver sendt rundt mellem hospitalerne.

Man kan også overveje at bruge erfaringer fra den tværgående *flowmasterordning* på intensivafdelingerne, der blev etableret i forbindelse med Corona-epidemien⁹. Hvert hospital har udpeget en repræsentant – en flowmaster, der døgnet rundt holder overblikket over de lokale forhold (sengekapacitet, belægning) med særligt fokus på intensivkapacitet. Hver morgen afholdes fælles Skypemøde, hvor alle flowmasters giver status på belægningsgrad og løbende opdatere hinanden på tværs i forhold til, om der skal op- eller nedjusteres i forhold til kapacitet. Det koordineres af én af flowmasterne, der samtidig har funktion som regional flowmaster. Denne kunne tænkes at have en særlig kontakt til 1813 og CVI, for at sikre en central koordination af flowet.

Udover hospitals- og afdelingsmæssige overblik kan området optimeres yderligere i et samarbejde med kommunerne og almen praksis i forhold til at få visiteret patienter til andre tilbud end akutmodtagelsen såsom akutteam i kommunen eller til en ambulansetid på hospitalet.

"Gennemsigthed over aktivitet". Deltagerne drøftede også SP's "Sengeplanlægningsmodul", der giver akutmodtagelserne et overblik over kapaciteten på afsnits, afdelings-, eller hospitalsniveau. Planlægningsmodulet forudsætter, at der løbende registreres data, for at vise aktuel tidstro kapacitet på hospitalerne. Det var deltagernes indtryk, at planlægningsmodulet ikke anvendes på andre afdelinger. Hvis hele hospitalet brugte modulet, kunne det understøtte patientforløbet rundt på hospitalet og afhjælpe overbelægningssituationer på hele hospitalet. Det var også et forslag, at modulet anvendes centralt fra CVI/1813 med henblik på at understøtte koordineringen.

"Koordinering". Koordineringen omkring de nye hospitaler kan optimeres bl.a. i forhold til midlertidig lukning af sengepladser grundet flytning, så de øvrige hospitaler er orienteret om dette og kan planlægge sengekapaciteten derudfra.

⁹ Link til Region Hovedstadens intranet: [Taskforce Intensiv giver dagligt overblik over intensivkapaciteten](#)

- **Synliggørelse af de forskellige tilbud af indlæggelser / behandlingsmuligheder**

"Gennemsigthed over aktivitet". Flowforpligtelse fra alle afdelinger. Herunder de enkelte afdelingers/hospitals forventede aktivitet evt. sammenholdt med personale (ressourcer og kompetencer) f.eks. pr. måned eller år. Det skal sikre gennemsigthed og en mere jævn fordeling af patienterne på tværs af hospitalerne og internt på det enkelte hospital samt, at der er den rette bemanding.

"Oversigt over ambulatorier og diagnostiske enheder". Udarbejdelse af en oversigt som skal være bredt tilgængelig eksempelvis for praktiserende læge, plejehjem, botilbud osv. Oversigten skal indeholde ambulante afdelinger, centre og diagnostiske enheder i regionen, således at rette tilbud overvejes inden patienten indlægges. Den skal således give et overblik over alternative muligheder til indlæggelse i regionalt regi.

- **Travlhed medfører risiko for fejl**

"Kapacitetsanalyse over regionens akutsenge". Deltagerne beskrev oplevelsen af stigende travlhed i akutmodtagelserne, samt at denne travlhed udgør en øget risiko for patientsikkerheden. Derfor er et forslag, at der udarbejdes en kapacitetsanalyse over regionens akutsenge for at undersøge, om der er sparet for mange senge væk i forhold til behovet.

5. Konklusion

Generelt for workshoppen kan det konkluderes, at der fortsat er behov for at fokusere på at forebygge situationer med overbelægning, herunder at samarbejdet om den tværgående fordeling af patienter mellem CVI, 1813 og hospitalerne kan forbedres. Det kom også frem på workshoppen, at der er behov for en kulturel omstilling internt på hospitalerne i forhold til, at hospitalets og dets ansatte i højere grad opfatter sig som ét samlet akuthospital og ikke et hospital med en akutmodtagelse. Herunder at alle afdelinger bidrager til at løse den fælles aktuelle overbelægningsudfordring uanset hvilke specifikke afdelinger på hospitalet, der er involveret. Dertil var der fokus på udfordringer i forhold til sikker håndtering af sårbare patienter og risiko for at overse denne patientgruppe ved overbelægning.

Workshoppen gav mulighed for gode faglige drøftelser omkring problematikken med at sikre patientsikkerhed i situationer med overbelægning, samt mulighed for videndeling og erfaringsudveksling på tværs af regionens akuthospitaler sammen med patient- og pårørende repræsentanter. Workshoppens resultat er dette idékatalog med et bredt udvalg af løsningsforslag. På grund af workshoppens format er løsningerne mere forslag end færdigudviklede indsatser, som man måske ville kunne have opnået igennem en arbejdsgruppe, der havde arbejdet med dette i et længere forløb. I stedet er der en bred vifte af forslag, man nu kan arbejde videre med, så de kan omsættes i praksis. Her kan hospitalerne arbejde videre med lokale forslag, mens der vil være behov for at løfte nogle af de regionale forslag centralt, for at disse kan implementeres.

6. Bilag 1

6.1. Flow over alle nævnte udfordringer, prioriterede udfordringer og løsningsforslag

Brainstorm på udfordringer	Prioriterede udfordringer	Løsningsforslag
Bord 1		
• Patienter mangler gennemgang/planer i tidsrummet midt på dagen (kl. 12-14), hvilket giver en pukkel • Der er mange overgange, hvor der kan ske informationstab • Spotte de rigtige patienter i tide – triagering • Arbejdsmiljø og trivsel for personalet i forhold til fastholdelse af personale og kompetencer. Der er mange nyuddannede. • Travlhed • Flow vs kvalitet – er der så meget fokus på flow at kvaliteten falder? • Patienter med komplekse problemstillinger • Ledelse på tværs både på hospital og ud i primær sektor (kommuner) • Dokumentation, der er et minimumskrav, men når der er travlt, kan dette ikke nås SP sygeplejemodulet er for kasseopdelt, mangler fritekst mulighed • Forsinkede undersøgelser og behandlinger af patienten, når der er overbelægning • Fokus på sårbare patienter, når der er overbelægning f.eks. patienter med samtidig somatisk og psykiatrisk sygdom. Bliver de sårbare patienter overset, når der er overbelægning? • Patienternes oplevelse af akutmodtagelsen ved travlhed • Sengeafdelinger udskriver for sent på dagen • Sommer vs vinter i forhold til hvor mange læger, der er på vagt • Koordinering i forhold til ekstra patienter, hvem har ansvaret for dem • Flow af patienter igennem hospitalet	• Sårbare patienter ved overbelægning f.eks. ældre, misbrugere eller borgere med samtidig somatisk og psykisk sygdom • Flow og kvalitet sammen med travlhed • Spotte de rigtige patienter i tide – triagering	<i>"Behandlersygeplejerske i nattevagten"</i> <i>"Exit lounge"</i> <i>"Morgenkonference" om belægning og lægedækning</i> <i>"Flere hænder"</i> <i>"Fastholdelse af personale"</i> <i>"Samarbejde mellem kommune og hospital - Sundhedsaftalen"</i> <i>"Ældremodtagelser"</i> <i>"Modtagelser med speciale i misbrugsproblematikker"</i> <i>"Medicinsk fasttrack"</i> <i>"Flowmaster" – visitationsret</i> <i>"Kapacitetskonferencer"</i>

Bord 2		
• Skarpere visitering fra 1813 /CVI (Gatekeeper), selvhenvendere kan ikke planlægges / styres • Akut ambulant spor / medicinsk fast track • Fremmøde af alle faggrupper bør i højere grad tilpasses til patientindtag i forhold til (dag, aften, nat og weekender) • Regionalt / lokalt overblik over hospitalernes / hospitalets kapacitet • Overenskomster bør afspejle nutidens behov i forhold til fleksibilitet • Kultur i forhold til flowansvarlig, når der ikke er ledelse tilstede • Tilpasning af struktur, rammer, modtagelse og behandling i forhold til ændring af patientgruppe (flere ældre, kronikere og misbrugere) • Øget IT understøttelse f.eks. i forbindelse med hurtigt overblik over patienterne, og data i forbindelse med patienter som genindlægges i lange komplekse forløb.	• Skarpere visitering fra 1813 / CVI/ selvhenvendere (gatekeeper og gateadviser) • Akut ambulant spor / medicinsk fast track • Planlægning af personaleressourcer i forhold til spidsbelastningssituationer • Regionalt / lokalt overblik over hospitalernes / hospitalets kapacitet • Bedre overblik for de praktiserende læger, så de har mulighed for at visitere kvalificeret i samarbejde med CVI	<i>"Flowteam"</i> <i>"Koordinering" omkring de nye hospitaler</i> <i>"Gennemsigtighed over aktivitet" – flowforpligtelse</i> <i>"Patienterne er fælles ansvar"</i> <i>"Behandling, der ikke kræver indlæggelse"</i> <i>"Vagtkorps"</i> <i>"Mere personale"</i> <i>"Stop op møder"</i> <i>"Fastholdelse af personale"</i> <i>"Oversigt over ambulatorier og diagnostiske enheder"</i> <i>"Akut ambulant spor"</i> <i>"Stående indlæggelser"</i> <i>"Modtagelser med speciale i misbrugsproblematikker"</i>

Bord 3		
• Arbejdsmiljø (<i>Gruppe B</i>) ○ Støj ○ Belastning ○ Struktur ○ Overblik • Uddannelse (<i>Gruppe A</i>) ○ Manglende tid til supervision ○ Nyt personale m. klar læringsopgave • Basale, fundamentale observationer går tabt • Lægeopfølgning • Pleje og behandling • Utrykke patienter • Pårørenderelationer • Vi giver køb på servicemål ○ Hvornår er det muligt at vente ○ "slaver" af servicemål ○ Er servicemål relevante eller er det tal, vi bruger fordi vi skal • Kan ikke indlægge patienten før vedkommende er inde på AKM – selv om vi ved, patienten kommer • Patienten er "sidste led" – vi får ikke hørt patienten, som er den eneste, der kender forløbet (<i>Gruppe C</i>) • Patienten kan ikke komme videre – fx til et andet hospital – før bestemte undersøgelser er foretaget • Visitation til de rigtige specialer fra starten er en udfordring • Flow og / vs kvalitet • Dårlig kommunikation og relationel koordinering • Kultur – speak up, second opinion, time out m.m. (<i>Gruppe C</i>) • Vagtplanlægning på aktivitet vs fremmøde (er personalet der, når patienterne kommer) (<i>Gruppe A</i>) • Nogle patienttyper tager mange ressourcer (patienter, som ikke nødvendigvis har store somatiske problemer) • Struktur af ressourceforbrug • Overblik • Hvem ser patienten først ○ Kompetence • Dårlig dokumentation	• Gruppe A – vagtplanlægning, kompetencer, hvem ser patienten først • Gruppe C – hvordan undgås fixationsfejl i den struktur, som beskrives i gruppe A	"Vagtkorps" "Flowmaster" "Patienterne er fælles ansvar" "Systematiser for at undgå tab af overblik" – tjeklister "Time Out" kort "Redskab" til at høre patientens oplevelse

Bord 4		
• Regionalt overblik over hospitalernes kapacitet • Diskretion overfor patienterne • Skævt kompetenceniveau ift. patientindtag (dag, aften og nat) • Patientidentifikation • Styrkelse af 1813's visitation • Ændring af patientgruppe (flere ældre, kronikere og misbrugere) • Planlægning af behandling (personaleressourcer) i forhold til spidsbelastningssituationer – og variation i døgnnet og sæson. • Man mangler generelt et overblik i forhold til ledige senge (belastning) på de forskellige sygehuses akutmodtagelser, og også for så vidt angår specialerne. Det mangler 1813, så så de kan optimere logistikken og ikke mindst kunne sende ambulancer (præhospitalet) det rigtige sted hen.	• Regionalt overblik over hospitalernes kapacitet • Planlægning af personaleressourcer i forhold til spidsbelastningssituationer	<i>"Flowteam"</i> <i>"Koordinering" omkring de nye hospitaler</i> <i>"Gennemsigtighed over aktivitet" – flowforpligtelse</i> <i>"Vagtkorps"</i> <i>"Mere personale"</i>
Bord 5		
• Travlhed, travlhed medfører risiko for fejl. • Manglende information af/til patienter • Kommunikation hhv. -Fra patienterne til personalet og personalet imellem (eks. overlevering af ordinationer eller observationer) • Lånesenge • Flaskehalse med risiko for forsinket udredning • Manglende overblik • Fejlprioritering	• Travlhed medfører risiko for fejl • Kommunikation personalet imellem (eks. overlevering af ordinationer eller observationer) • Flaskehalse med risiko for forsinket udredning	<i>"Flowteam"</i> <i>"Mere personale"</i> <i>"Kapacitetsanalyse over regionens akutsenge"</i> <i>"Kapacitetskonferencer"</i> <i>"Minimer forstyrrelse"</i> <i>"Stop op møder"</i> <i>"Systematisér for at undgå tab af overblik" – SP</i> <i>"Systematiser for at undgå tab af overblik" – tjekliste</i> <i>"Gennemsigtighed i brug af SP afdelinger imellem"</i> <i>"Sikker mundtlig kommunikation"</i>



Region Hovedstaden

Center for Sundhed
Kongens vænge 2,
3400 Hillerød

Telefon: 38666060
Mail
patientsikkerhed@regionh.dk