

Risکاناليس

Akutvårdskedjan NU-sjukvården

Mars 2011

Analysledare:
Graciela Carlson, Ledningskansli/ Utveckling
Anna Hultén, Ledningskansli/ Utveckling
Peter Berglund, Ledningskansli/ Utveckling

Sammanfattning

Vid verksamhetstillsyn av akutmottagningen på NÄL den 19 april 2010 ansåg Socialstyrelsen att ledtiderna på akutmottagningen var för långa, att avflödet från akuten till avdelningarna inte fungerade, att det var svårt att få tillstånd röntgen nattetid och att avvikelshantering inte fungerade. Socialstyrelsen uppmärksammade även att de riskanalyser som gjorts inte avsåg hela akutprocessen från akuten tills patienten omhändertas på vårdavdelningen.

Uppdrag och syfte är att göra en riskanalys som beskriver patientflödet dels **inom** akutmottagningen, dels **mellan** akutmottagningen, radiologin och vårdavdelningar inom område medicin.

Endast patientperspektivet ingår i riskanalysen och av vårdavdelningar omfattar analysen endast vårdavdelningar inom område medicin. Område medicin har det största patientflödet och oftast har brist på lediga vårdplatser.

Under analysen har framkommit att många förbättringsarbeten ”är på gång” och har så varit under en längre tid. Varje verksamhet har arbetat med att förbättra sina processer. Nu behöver arbetet mellan verksamheterna intensifieras, dessutom måste samarbetet mellan NU-sjukvården och kommunerna bli bättre. För att vårdpersonal ska kunna driva förbättringsarbete och implementera förbättringar inom planerad tidsplan måste linjechefer på alla nivåer ge stöd och efterfråga resultat.

De 34 identifierade riskerna handlar i huvudsak om förlängd ledtid/vårdtid, fördröjd vård och behandling, felbehandling och brister i information. Till dessa risker finns det dock ett flertal bakomliggande orsaker.

Akutens åtgärdsförslag är bl a att använda de system som finns för dokumentation bättre och att införa kommunikationsverktyget SBAR för att öka patientsäkerhet och kvalitet, förbättra och följa rutiner för triage, se över bemanning samt fortsatt förbättringsarbete i akutvårdskedjan.

Radiologins åtgärdsförslag är att ta fram en riktlinje för akuta röntgenundersökningar för att säkerställa att ”rätt” undersökningar utförs jourtid, och att använda sig av standardutlåtande för att förkorta ledtider.

Område medicins åtgärdsförslag är fortsatt arbete med ”MAVA-konceptet” vilket innebär att MAVAs ska kunna ta emot patienter från akuten inom 30 minuter, vara en vårdnivå mellan IVA och vårdavdelning, sortera inlagda patienter till rätt vårdform och avdelning.

Ett annat åtgärdsförslag är att skapa en vårdplaneringsenhet för att administrera alla områdets vårdplaneringar och på så sätt skapa samverkan och förtroende mellan slutenvård, kommun och primärvård. Ytterligare åtgärdsförslag är att skapa fler vårdplatser, förbättra utskrivningsrutiner, rekrytera specialitläkare, förbättra schemaläggning av läkare för bättre kontinuitet och säkra kompetensnivån, utöka grundbemanning av omvårdnadspersonal samt fortsatt arbete med ständiga förbättringar med fokus på kommunikation och dokumentation.

Innehållsförteckning

Socialstyrelsens Dnr 9.1-14908/2010	1
Sammanfattning	2
1 Inledning.....	4
2 Bakgrund	4
Akutmottagningen	7
Radiologen	7
Medicin	7
3 Uppdragsgivare	8
4 Uppdrag	8
5 Deltagare i analysteam	8
6 Metodik	9
7 Resultat.....	9
7.1 Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar	9
7.2 Risker, orsaker och åtgärdsförslag	9
7.3 Undersöka patient på röntgen	15
7.4 Genomföra ny bedömning på akutmottagning	16
7.5 Skriva in patient på vårdavdelning	17
7.6 Skriva ut patient från vårdavdelning	24
8 Slutsatser och kommentarer	27
9 Tidsåtgång	28
10 Uppdragsgivarens kommentarer	28
10.1 Åtgärder	28
10.2 Återkoppling	28
10.3 Uppföljning	28
11 Förekommande begrepp.....	29
12 Bilagor	30

1 Inledning

Vid verksamhetstillsyn av akutmottagningen på NÄL den 19 april 2010 ansåg Socialstyrelsen att ledtiderna på akutmottagningen var för långa, att avflödet från akuten till avdelningarna inte fungerade, att det var svårt att få tillstånd röntgen nattetid och att avvikelshantering inte fungerade. Socialstyrelsen uppmärksammade även att de riskanalyser som gjorts inte avsåg hela akutprocessen från akuten tills patienten omhändertas på vårdavdelningen.

Den 17 februari 2011 skickade Socialstyrelsen beslutet till chefläkare. De kräver redovisning av vidtagna åtgärder som skickas till socialstyrelsen senast 15 april. En av åtgärderna är att göra en riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv, en analys av patientflödet dels inom akutmottagningen, dels mellan akutmottagningen och vårdavdelning.

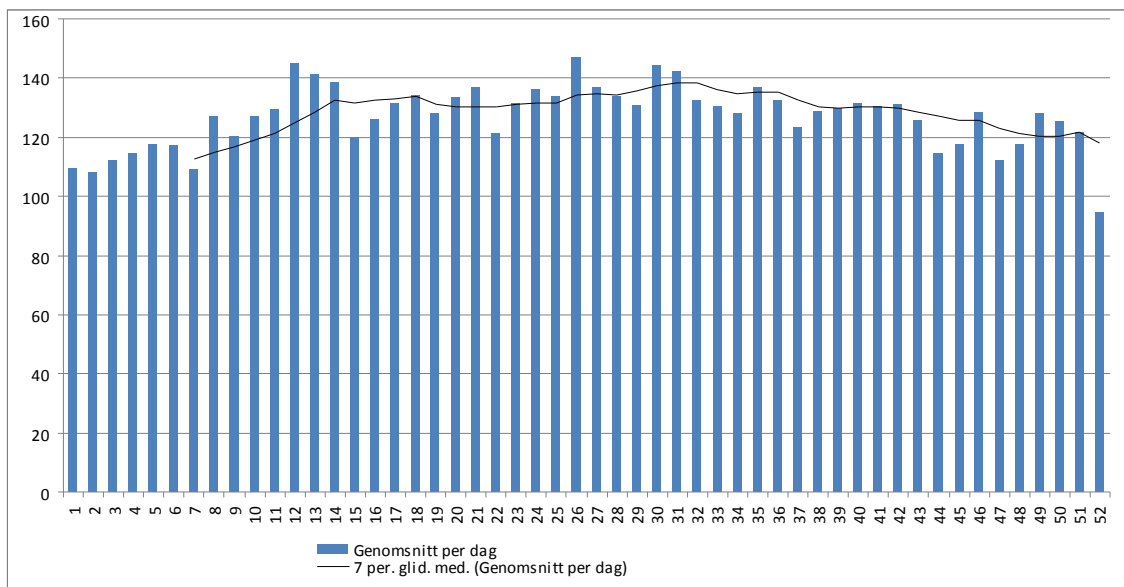
2 Bakgrund

I dagsläget söker ca 47000 patienter per år på akutmottagningen NÄL.

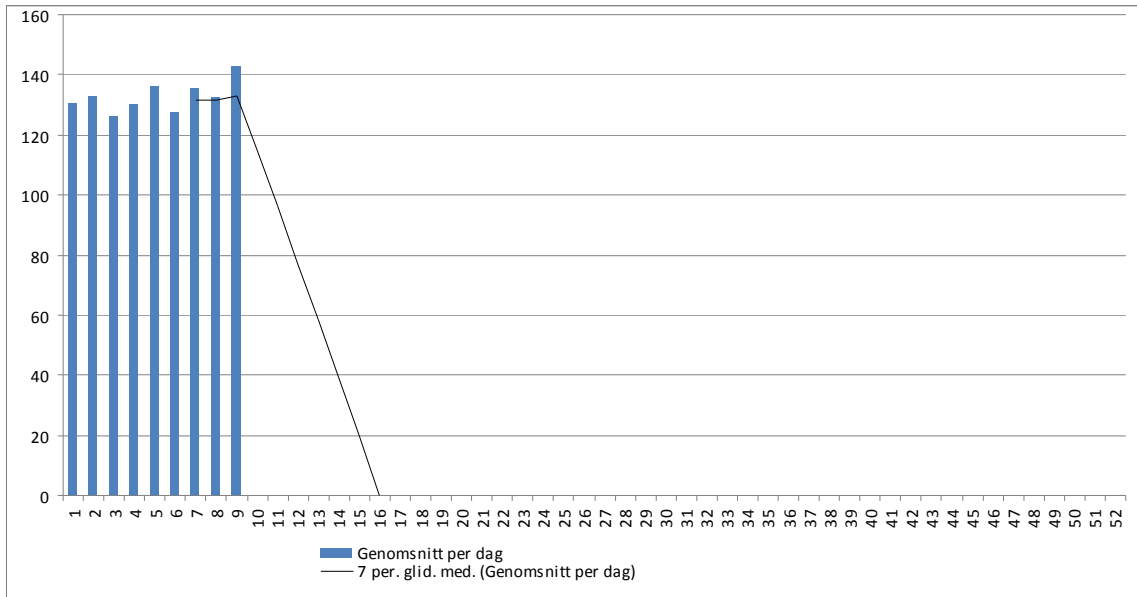
I genomsnitt söker ca 130 patienter per dygn akutmottagningen NÄL. Av dessa kommer flertalet mellan kl.11-20. Ca 55 % av dessa är medicinpatienter.

Alla patienter som söker är inte i behov av akutvård. Detta gäller till exempel patienter som remitteras felaktigt akut av distriktsläkare. Trots detta tas patienterna emot och undersöks.

Inflödet på akutmottagningen Näl 2010



Inflödet på akutmottagningen Näl 2011



Bemanningen på akutmottagningen har under 2010 verksamhetsanpassats efter patientflöden och med hänsyn till lagar och förordningar. Grundbemanningen har ökats, och måndagar samt tisdagar är förstärkta på grund av de höga patientflödena dessa dagar. En koordinator (sjuksköterska) är tillsatt sedan 1 november 2010 med arbetstider 08:00 - 22.00 för att fördela patienter och personal optimalt. En akutöverläkare arbetar mellan klockan 08.00-16.00 för ökad handläggningskapacitet.

Det triagesystem som idag används på akutmottagningen heter METTS och är ett system för att bedöma och prioritera patienterna. I Västra Götalandsregionen finns mål uppsatta för akutmottagningarna.

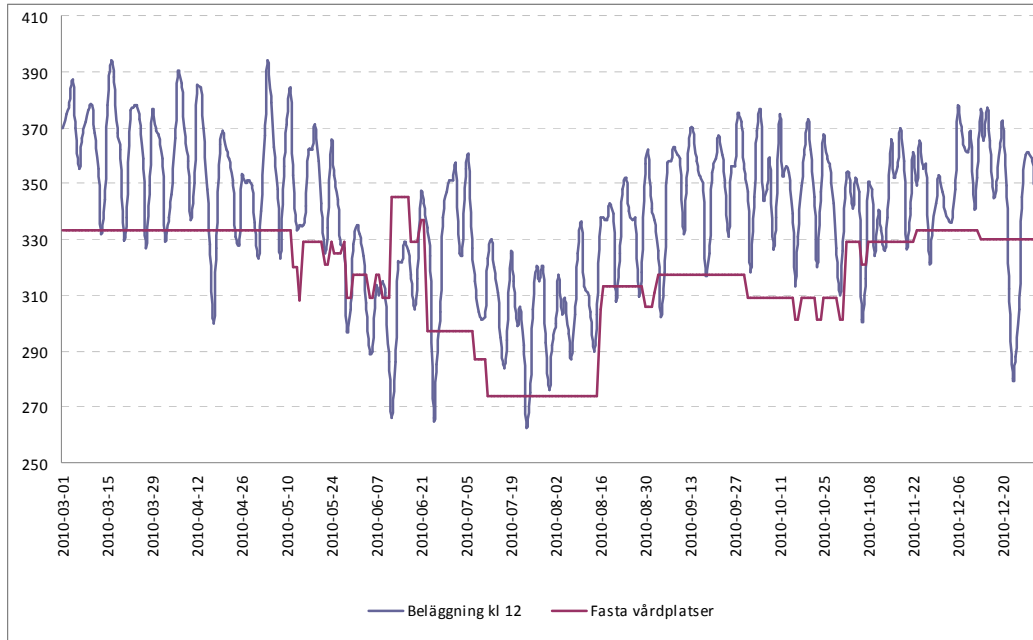
Resultaten i tabellen är redovisade utifrån 90:e percentilen

	Mål enligt VGR 2011	Läge 2010 (v.44-52)	Nuläge 2011 (v.1-9)
Tid Till Triage (TTT)	10 min	28 min	30 min
Tid Till Läkare (TTL)	1 tim	3,5 tim	3,3 tim
Totala genomloppstiden (TGT)	4 tim	6,5 tim	6,5 tim

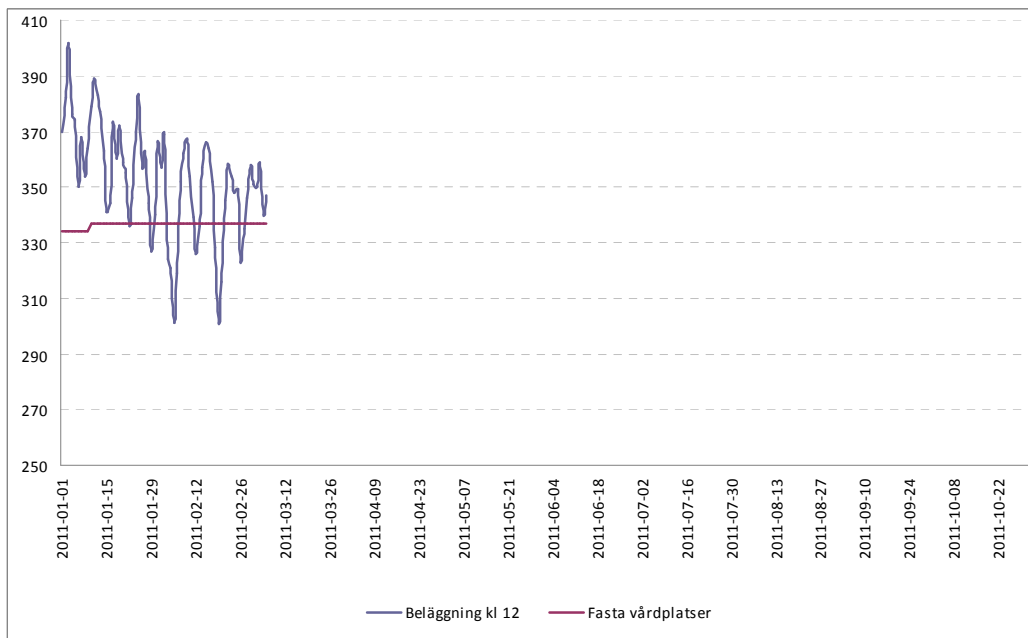
Dessutom har akutmottagningen NÄL lagt till en ytterligare parameter, Tid Till Avdelning (TTA) vilket ska vara inom 30 minuter. För 2010 (v.44-52) är 2 tim 20 minuter och för 2011 (v.1-9) är det 2 tim 6 minuter.

I genomsnitt är det ca 70 medicinpatienter som söker på akutmottagningen per dygn. Av dem blir ca 40% inskrivna i slutenvården. NU – sjukvården har 801 vårdplatser varav 315 stycken medicinplatser.

Beläggning på område medicin 2010



Beläggnigen på område medicin 2011



Efter socialstyrelsens tillsyn 2010 har verksamheterna fortsatt arbeta med att förbättra akutvårdsprocessen för att ledtiderna ska kortas och avflödet från akutmottagningen till medicinkliniken förbättras. Nedan följer en lista över påbörjade förbättringsarbeten.

Akutmottagningen

- Förändrade arbetsrutiner, exempelvis teamarbete för att reducera tidtjuvar och organisera arbete för att få en bättre kontinuitet för patienterna.
- Bemanningen på akutmottagningen har under 2010 verksamhetsanpassats efter patientflöden.
- Har fått stöd och hjälp i att driva sitt förbättringsarbete av konsultföretag. Numera har linjechefen övertagit ansvaret med en logistiker som stöd.
- Akutmottagningen deltar i ett förbättringsarbete där man tittar över gamla överenskommelser och ”fria nyttigheter” gällande akutmottagningen för att förbättra patientflödet på akutmottagningen.

Radiologen

- Flyttat fler elektiva undersökningar till Uddevalla för att få fler akuttider på NÄL
- Gjort omfördelningar mellan undersökningar över dagen så att fler akuttider frigjorts på förmiddagarna.
- Skapat riktlinjer för röntgensjuksköterskor att prioritera vissa remisser.
- Förstärkt med sjuksköterskor på nattetid. Radiologen finns inte i huset nattetid men har beredskap med inställetid på 30 minuter. En del radiologer i beredskap finns dock kvar på NÄL under sin beredskap.
- Skapat ett förslag på "Riktlinjer för röntgenundersökningar beställda från akuten", ute på remiss.
- Röntgens medarbetare har fått tillgång till ELVIS, för att de ska kunna se var patienter som remitterats från akuten befinner sig. Detta för att slippa störa akutens personal genom att ringa och fråga efter patienten.
- Skapat kontinuerliga mätningar av ledtider för akutmottagningens patienter. Mäts en gång per vecka.

Medicin

- Förhöjt grundbemanning, vilket resulterat i att utlåning av personal inom området kan ske för att undvika övertidspass.
- Akutöverläkaren skall verifiera varje inläggning (av AT och ST) så att patienten hamnar på rätt avdelning.
- Vårdplatskoordineringsmöten, där alla avdelningschefer träffas måndag - fredag kl. 13.00. Målet är att frigöra 20-25 tillgängliga vårdplatser kl. 19.00. En åtgärdstrappa har tagits fram.
- När patient skrivs in sker på vissa vårdavdelningar planering för utskrivning genom daglig styrning till exempel via whiteboardtavla där patienten kan följas i en process.
- Mindre rondgrupper på vissa vårdavdelningar så att varje läkare och sjuksköterska har ansvar för färre antal patienter.
- ”Nya MAVA-konceptet” som innebär fler fasta vårdplatser och ett förändrat arbetssätt för att korta medelvårdtider.

3 Uppdragsgivare

Eva Wallström, områdeschef Diagnostik
Hans Svensson, områdeschef Akutverksamheten
Magnus Kronvall, områdeschef Medicin

4 Uppdrag

Uppdrag och syfte är att göra en riskanalys som beskriver patientflödet dels **inom** akutmottagningen, dels **mellan** akutmottagningen, radiologin och vårdavdelningar inom område medicin.

5 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i arbetsgruppen;

Namn	Roll / funktion	Enhet
Tom Brokopp	Verksamhetschef	Akutkliniken
Gunilla Eriksson	Avdelningschef	Akutmottagningen NÄL
Miriam Johansson	Bitr. avdelningsföreståndare	Akutmottagningen NÄL
Eva Mofjell	Sjuksköterska	Akutmottagningen NÄL
Carina Salomonsson	Sjuksköterska	Akutmottagningen NÄL
Maritha Axelsson	Undersköterska	Akutmottagningen NÄL
Marie Lundin	Enhetschef sekretariat	Akutmottagningen NÄL
Agneta Persson	Läkarsekreterare	Akutkliniken NÄL
Suzanne Palmblad-Olow	Överläkare	Radiologiska kliniken
Emma Fransson	ST-läkare	Radiologiska kliniken
Maud Qvist	Röntgensjuksköterska	Radiologiska kliniken
Henrik Olsson	Verksamhetschef	Kardiologi kliniken
Helene Jern	ST-läkare	Område medicin
Urban Fredriksson	Vårdenhetschef	Avdelning 42 NÄL
Carina Swahn	Sjuksköterska	Avdelning 42 NÄL
Ann-Britt Gidlund	Vårdenhetschef	Avdelning 51 NÄL
Magnus Ransjö	Sjuksköterska	Avdelning 51 NÄL
Ulla-Karin Abrahamsson	Koordinator	MAVA NÄL
Niclas Jovander	Utvecklingsledare	Område medicin
Per Erlander	Logistiker	Ledningskansli, Utveckling
Graciela Carlson	Analysledare	Ledningskansli, Utveckling
Anna Hultén	Analysledare	Ledningskansli, Utveckling
Peter Berglund	Analysledare	Ledningskansli, Utveckling

6 Metodik

Följande metodik har använts;

- Analysens syfte har legat till grund för valet av vilka processer och aktiviteter som analyserats liksom för de avgränsningar och val av analysperspektiv som gjorts.
- Information om det område som analyserats har inhämtats från:
 - Processkarta akutvårdskedjan, bilaga 1.
 - Socialstyrelsens beslut efter verksamhetstillsyn av akutmottagningen, NU-sjukvården, NÄL, Trollhättan.
 - Resultat från läkarworkshopserie, maj 2010.
 - Konsekvensanalys av samarbetet mellan röntgen och AVC NÄL utifrån väntetider för patienter på AVC medicin, bilaga 2.
 - Rutin Vårdplatskoordinering område 1 medicin, med åtgärdstrappa, bilaga 3.
 - Fullbelagt! En handledning med åtgärdstrappa för NU-sjukvården, bilaga 4.
 - Riskanalys Akutverksamheten NU-sjukvården, oktober 2008
 - Muntligen, från analysgruppens deltagare
- Riskidentifiering har gjorts för att identifiera risker samt tillhörande orsaker.
- Åtgärdsförslag för att minimera eller eliminera identifierade risker har tagits fram ej utförts på de risker som bedömts vara av mycket allvarlig eller allvarlig art eller där det varit relevant av andra skäl.

7 Resultat

Totalt identifierades 34 risker

Förklaring av de begrepp som används i rapporten finns under rubriken ”10. Förklaringar av termer och begrepp”.

7.1 Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar

Endast patientperspektivet ingår i riskanalysen och av vårdavdelningar omfattar analysen endast vårdavdelningar inom område medicin. Område medicin har det största patientflödet och oftast har brist på lediga vårdplatser.

7.2 Risker, orsaker och åtgärdsförslag

Riskidentifieringen utfördes för varje riskområde enligt processbeskrivningen (bilaga 1). Analysen omfattar även en orsaksanalys. De bakomliggande orsakerna ligger till grund för

åtgärdsförslagen. Det är vanligt att samma bakomliggande orsak har identifierats för flera olika risker. Uppdragsgivarna har tagit beslut om att följa upp alla risker och åtgärdsförslag i september 2011.

Ta emot patient på akutmottagningen Näl

I denna delprocess identifierades 9 risker.

Förlängd ledtid

- Bakomliggande orsak är att patienter som kommunen/primärvården, palliativa enheten eller MÅVA borde ta hand om, kommer till akuten.

Riskerna borde kunna begränsas genom att:

1. För palliativa enheten ska samma rutiner gälla som för övriga avdelningar, dvs man måste kunna ta emot överbeläggning.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef kirurgkliniken, Maria Wiksten.

Uppdragsgivarens kommentar: Översyn av riktlinjer för överbeläggning på Palliativa enheten.

2. Skapa fler platser för allmänmedicinpatienter/ öppna ytterligare vårdavdelning för dessa patienter.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-styrelsen.

Åtgärden bör följas upp genom att statistik för överbeläggningar följs.

Uppdragsgivarens kommentar: Beslut har tagits inom NU-sjukvården att öppna en beredskapsavdelning. Regional utredning om vårdplatser pågår.

3. Införa konceptet "Förbättrad utskrivningstrygghet" på område medicin med start på avd 51.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef för Specialistmedicin, Gunilla Cederbom.

Åtgärden bör följas upp genom statistik för återinskrivning inom sju dagar.

Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag.

4. Öka förtroende/ skapa arena mellan slutenvård och kommun/ primärvård
Vårdsamverkan Fyrbodal.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.

Åtgärden bör följas upp genom statistik utskrivningsklara patienter.

Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag, dessutom uppföljningsmöte med socialchefer i de tre största kommunerna i maj 2011.

- Bakomliggande orsak är ojämn kompetens hos läkare på akutmottagningen/ stafettläkare.

Risken borde kunna begränsas genom att:

1. Förbättra tillgänglighet till Akutöverläkare på akuten.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är tf verksamhetschef för Akutmedicin, Camilla Högström och överläkare Jonas Feldthusen.

Åtgärden följs upp genom styrgrupp Akutvårdskedjan.

Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget förs till styrgrupp Akutvårdskedjan.

2. Rekrytering av specialistläkare.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschefer Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Omfattande rekryteringsansträngningar pågår.
 3. Formalisera kompetenskrav och rutiner för när man går in i olika jourled.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef ST-läkare, Henrik Olsson.
Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag.
 4. Fortlöpande utbildning/ kompetenshöjning för ST-läkare.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef ST-läkare, Henrik Olsson .
Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag.
 5. Förbättra rutiner/ introduktion för stafettläkare på akutmottagningen
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef Akutmedicin, Camilla Högström.
Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag.
- Bakomliggande orsak är att patienten av olika anledningar inte är triagerad i ambulans.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Ambulansverksamheten följer beskrivna rutiner.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdutvecklare, Anders Johansson.
Uppdragsgivarens kommentar: Arbete pågår och ansvarig för förslagets genomförande är områdeschef akutverksamheten.
 2. Förbättra kommunikation mellan personalen på ambulansen och akutmottagningen.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschefer.
Uppdragsgivarens kommentar: Arbete pågår och planering enligt förslag.
 3. Fortlöpande utbildning i triagering.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdutvecklare, Anders Johansson.
Uppdragsgivarens kommentar: Arbete pågår och ansvarig för förslagets genomförande är områdeschef akutverksamheten.
 - Bakomliggande orsak är att arbetsrutiner inte följs på akuten.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Långsiktigt arbeta med förändrings- och förbättringsarbete, skapa ökad delaktighet och skapa förståelse för fattade beslut. Uppföljning av att beslutade rutiner efterlevs.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdenhetschef Akutmottagningen, Gunilla Eriksson.
Uppdragsgivarens kommentar: Akuten har ett 12-stepsprogram som innebär bl a arbete med följsamhet till rutiner. En organisationsförändring görs under våren

2011 för att öka möjligheterna till daglig arbetsstyrning, ansvarig för genomförande är respektive linjeförstapåse akutmottagningen.

2. Ett larmnummer istället för flera olika.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef akutkliniken, Tom Brokopp.
Uppdragsgivarens kommentar: Frågan förs till styrgrupp Akutvårdskedjan för inventering och åtgärd.
3. Riktlinjer gällande vem som ska ringa vart och när på röntgen kommer att skrivas.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är Emma Fransson.
Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget kommer att genomföras och ansvarig för genomförande är verksamhetschef radiologi, Timo Melakari.

Ej korrekt bedömning av patienten

- Bakomliggande orsak är ojämn kompetens hos läkare/stafettläkare på akutmottagningen.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Förbättra tillgänglighet till Akutöverläkare på akuten.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är tf verksamhetschef för Akutmedicin, Camilla Högström och överläkare Jonas Feldthusen.
Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget förs till styrgrupp Akutvårdskedjan.
 2. Rekrytering av specialistläkare.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschefer Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Omfattande rekryteringsansträngningar pågår.
 3. Formalisera rutiner för när man går in i olika jourled.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef ST-läkare, Henrik Olsson.
Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag.
 4. Fortlöpande utbildning/ kompetenshöjning för ST-läkare.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef ST-läkare, Henrik Olsson .
Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag.
 5. Förbättra rutiner/ introduktion för stafettläkare på akutmottagningen
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef Akutmedicin, Camilla Högström.
Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag.
- Bakomliggande orsak är att viktig information om patienten missas, på grund av bristfällig skriftlig dokumentation/brister i muntlig överrapportering.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Använda de system som finns, bättre.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdenhetschef Akutmottagningen, Gunilla Eriksson.
Uppdragsgivarens kommentar: Frågan förs till styrgrupp Akutvårdskedjan för inventering och förslag till åtgärd. Med hänsyn till allvarlighetsgrad rapport till uppdragsgivare 31 maj 2011. Ansvarig är verksamhetschef akutmottagning, Tom Brokopp.

2. Införa verktyget SBAR.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Akutverksamheten, Hans Svensson.

Uppdragsgivarens kommentar: Akutmottagningen arbetar för ett strukturerat kommunikationsverktyg. Ansvarig enligt ovan.

Triageringsbedömning fördröjs

- Den bakomliggande orsaken är stort inflöde och litet avflöde av patienter på akutmottagningen och att rutiner i triage inte följs.

Risken borde kunna begränsas genom att:

1. Förbättra och följa rutiner.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdenhetschef Akutmottagningen, Gunilla Eriksson.

Uppdragsgivarens kommentar: Åtgärd bör ske enligt analysgruppens förslag.

2. Se över bemanning på akuten.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdenhetschef Akutmottagningen, Gunilla Eriksson.

Uppdragsgivarens kommentar: Verksamhetsanpassad bemanning med hänsyn till patientflöde har genomförts under hösten 2010. Ytterligare justering avseende triage pågår. Ansvarig enligt ovan.

3. Fortsatt arbete i Akutvårdskedjan.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdenhetschef Akutmottagningen, Gunilla Eriksson.

Uppdragsgivarens kommentar: Ytterligare förfining av arbetsätt kommer att krävas, detta sker inom ramen för styrgrupp Akutvårdskedjan.

Fördröjd behandling/ försämrat status för patient

- Den bakomliggande orsaken är patient blir liggande på akutmottagningen i väntan på att få komma till vårdavdelningen.

Risken borde kunna begränsas genom att:

1. Frigöra vårdplatser på vårdavdelningar så att "MAVA-konceptet" (se s. 7) kan fungera.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef för Område Medicin, Magnus Kronvall.

Uppdragsgivarens kommentar: MAVA-konceptet drivs fortsatt enligt förslag och målen kvarstår. Rapportering sker till styrgrupp Akutvårdskedjan. Ett flertal förbättringsarbeten inom område medicin pågår gällande medelvårdtider och tidiga utskrivningar. Ansvarig enligt ovan.

2. Intermediär vårdplatser öppnas fullt ut.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef för område AnOpIVA.

Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget förs till områdeschef AnOpIVA.

Fördröjning av behandling/ felbehandling

- Den bakomliggande orsaken är att det finns två system att ordinera läkemedel i: Läkemedelsmodul och akutjournal.
Risken borde kunna elimineras genom att använda en journal.
Uppdragsgivarens kommentar: Verksamhetschef Tom Brokopp får i uppdrag att utreda övergång till läkemedelsmodulen på akutmottagningen

Fördröjd behandling och åtgärd

- Den bakomliggande orsaken är att patienten har lämnat akuten, men röntgen- och/eller laboratoriesvar går dit och inte till den avdelning där patienten blivit inlagd.
Avdelningen vet inte om att patienten blivit röntgad eller prover tagits och letar inte aktivt efter svar. Avdelningspersonal kan också ha tidsbrist.
Risken borde kunna begränsas genom att bättre kommunikation och information mellan vårdavdelning och akutmottagning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef.
Uppdragsgivarens kommentar: Ytterligare utredning krävs innan beslut kan tas.
Frågan tas till område medicin. Frågan förs även till Meliorförvaltningen som en säkerhetsrisk i nuvarande IT-system. Ansvarig Områdeschef Magnus Kronvall.

Patienter som behöver övervakning får inte detta

- Den bakomliggande orsaken är att det inte finns tillräckligt med övervakningsutrustning och rum vid stora patientvolymerna på akutmottagningen.
Risken borde kunna begränsas genom att mer utrustning beställs. Detta är redan gjort och utrustningen kommer under våren 2011.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef akutkliniken Tom Brokopp,
Uppdragsgivarens kommentar: Utrustning skall beställas. Investeringsrådet meddelats om behov.

Patient i väntrummet är inte övervakad av personalen på akutmottagningen

- Den bakomliggande orsaken är högt tryck på akutmottagningen och för få rum.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Fortsatt arbete med att förbättra avflödet från akutmottagningen
 2. Större akutmottagning (långsiktigt mål)*Uppdragsgivarens kommentar:* Flera arbeten, tex "nya MAVA", pågår för att förbättra avflödet från akutmottagningen. Ansvarig punkt 1 är områdeschef Medicin, Magnus Kronvall. Under punkt 2 krävs ett framtida inriktningsbeslut gällande akutortopedi.

Vårdskador och svårighet att utrymma vid brand

- Den bakomliggande orsaken är lokalbrist på akuten pga dåligt avflöde
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Fortsatt arbete med att förbättra avflödet från akutmottagningen, till avdelningen
 2. Förbättra framkomligheten i korridorer inne på akutmottagningen
 3. Större akutmottagning (långsiktigt mål)

Uppdragsgivarens kommentar: Se ovanstående. Ansvarig punkt 1 är områdeschef Medicin, Magnus Kronvall. Ansvarig punkt 2 är Områdeschef Hans Svensson.

7.3 Undersöka patient på röntgen

I denna delprocess identifierades 4 risker.

Fördröjd åtgärd och behandling

- Bakomliggande orsak är att patienten/remittent får vänta på röntgensvar.
Risken borde kunna begränsas genom att införa:
 1. Utarbetade standardutlåtanden i datasystemet vilket gör att radiologen genast kan signera sitt svar.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslag är överläkare Suzanne Palmblad Olow.
 2. Taligenkänningssystem för dikterande radiolog (långsiktig lösning).
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslag är Timo Melakari/
överläkare Suzanne Palmblad Olow
Åtgärderna bör följas upp genom ledtidsmätningar 1 gång/vecka.
Uppdragsgivarens kommentar: Ansvarig är Verksamhetschef Radiologi, Timo Melakari
- Bakomliggande orsak är otydlig frågeställning på röntgenremiss/ej tillräckligt med bakgrundsfakta.
Risken borde kunna begränsas genom att "Riktlinjer för röntgenundersökningar beställda från akuten" följs. Dessa kommer att vara klara i april 2011
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Diagnostik, Eva Wallström och områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.
- Bakomliggande orsak är att röntgenremisser måste "läsas" in i olika system. Dagtid görs detta av sekreterare. På jourtid görs detta av annan personal som inte alltid ser i datasystemet att ny remiss inkommit.
Risken borde kunna begränsas genom att uppdaterade riktlinjer för "vem som ska ringa vart och när" underlättar för kontakten mellan AVC och röntgen.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Diagnostik, Eva Wallström och områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Ansvarig är verksamhetschef Radiologi, Timo Melakari
- Bakomliggande orsak är att oerfarna medicinläkare inte vågar skriva röntgenremiss.
Risken borde kunna begränsas genom att "Riktlinjer för röntgenundersökningar beställda från akuten" följs. Dessa kommer att vara klara i april 2011.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Diagnostik, Eva Wallström och områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.

Förlängd ledtid på akuten

- Den bakomliggande orsaken är att patientens röntgenundersökning omprioriteras av röntgen och att detta inte återkopplas till personalen på akutmottagningen. Risken borde kunna begränsas genom att rutiner förbättras kring återkoppling och information till akuten om röntgens beslut. Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef Radiologiska kliniken, Timo Melakari/ överläkare Suzanne Palmblad Olow.
Uppdragsgivarens kommentar: Ansvarig är verksamhetschef Radiologi, Timo Melakari

Onödig strålning till patienten

- Den bakomliggande orsaken är otydlig frågeställning på röntgenremiss/ej tillräckligt med bakgrundsfakta vilket gör att patienten kanske måste röntgas fler gånger för att få svar på frågeställning. Med otydlig frågeställning kan radiologen inte heller bedöma om annan, bättre undersökning, hade kunnat väljas för att få korrekt diagnostik med så liten strålning som möjligt till patienten. Risken borde kunna begränsas genom att:
"Riktlinjer för röntgenundersökningar beställda från akuten" påbörjade. Klara april 2011. Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Diagnostik, Eva Wallström och områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.

Fördröjd åtgärd och behandling, onödiga inläggningar

- Den bakomliggande orsaken är en begränsad tillgång till röntgen för akutmottagningens patienter nattetid. Detta beror bland annat på begränsad bemanning på röntgen och andra vårdavdelningar/verksamhetens behov av akutrontgen. Risken borde kunna begränsas genom att "Riktlinjer för röntgenundersökningar beställda från akuten" följs. Dessa kommer att vara klara i april 2011. Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Diagnostik, Eva Wallström och områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall. Åtgärden bör följas upp genom ledtidsmätning 1 gång/ vecka (Ledtider för patienter remitterade från akutmottagningen, NÄL till radiologen, NÄL) och avvikelshantering i MedControl Pro.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.

7.4 Genomföra ny bedömning på akutmottagning

I denna delprocess identifierades 1 risk.

Fördröjning av preliminärt röntgensvar vilket kan leda till fördröjning av åtgärd och behandling

- Bakomliggande orsak är att röntgensvaret måste signeras av radiolog innan det går att läsa av remittenten. Risken borde kunna begränsas genom att införa:

1. Utarbetade standardutlåtanden i datasystemet vilket gör att radiologen genast kan signera sitt svar.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslag är överläkare Suzanne Palmblad Olow.
 2. Taligenkänningssystem för dikterande radiolog (långsiktig lösning)
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslag är Timo Melakari/
överläkare Suzanne Palmblad Olow.
Åtgärderna bör följas upp genom ledtidsmätningar 1 gång/vecka. (Ledtider för patienter remitterade från akutmottagningen, NÄL till radiologen, NÄL).
Uppdragsgivarens kommentar: Ansvarig verksamhetschef Radiologi, Timo Melakari
- Bakomliggande orsak är att det inte finns något system som meddelar radiolog (eller övrig personal på röntgen) att det finns röntgensvar att signera.
Risken borde kunna begränsas genom att införa:
 1. Utarbetade standardutlåtanden i datasystemet vilket gör att radiologen genast kan signera sitt svar.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslag är överläkare Suzanne Palmblad Olow.
 2. Taligenkänningssystem för dikterande radiolog (långsiktig lösning)
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslag är Timo Melakari/
överläkare Suzanne Palmblad Olow.
Åtgärden bör följas upp genom ledtidsmätning 1 gång/ vecka (Ledtider för patienter remitterade från akutmottagningen, NÄL till radiologen, NÄL).
Uppdragsgivarens kommentar: Ansvarig verksamhetschef Radiologi, Timo Melakari

7.5 Skriva in patient på vårdavdelning

I denna delprocess identifierades 4 risker.

Behandling blir fördröjd

- Bakomliggande orsak är brist på lediga vårdplatser vilket gör att patienten inte kommer till avdelning från akutmottagningen.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Skapa fler vårdplatser.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-styrelsen.
Uppdragsgivarens kommentar: Beslut har tagits av sjukhusdirektören om att en beredskapsavdelning med upp till 16 vårdplatser för utskrivningsklara patienter ska kunna öppna med kort varsel. Avdelningen har varit i bruk under andra halvan av mars.
 2. Arbeta med ständiga förbättringar för att frigöra mer platser på vårdavdelning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.

3. Planering för utskrivning redan när patienten skrivs in.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Oklart vad som avses. Flera arbeten pågår inom område medicin med syfte att korta medelvårdtider.
 4. Förbättra utskrivningsrutiner, förbereda för utskrivning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se ovanstående.
- Bakomliggande orsak är att olika verksamheter har olika uppfattningar om vårdnivå. Risken borde kunna begränsas genom att IVA-råd för förbättrad samverkan för dåliga patienter skapas (påbörjat).
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef IVA Mia Miller.
Uppdragsgivarens kommentar: Beslut om IVA-råd enligt förslag har tagits.

Fördröjd eller felaktig behandling samt förlängd vårdtid

- Bakomliggande orsak är brist på lediga vårdplatser vilket gör att patient inte kommer till ”rätt” avdelning
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Skapa fler vårdplatser.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-styrelsen.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tid kommentar till samma förslag.
 2. Arbeta med ständiga förbättringar för att frigöra mer platser på vårdavdelning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.
- Bakomliggande orsak är brister i kommunikation mellan akutmottagningen och vårdavdelningen.
Risken borde kunna begränsas genom att verktyget SBAR används.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är Sjukhusledningen.
Uppdragsgivarens kommentar: Inom område medicin och inom akuten kommer kommunikation att diskuteras på arbetsplatsträffar och information om SBAR-metoden ges. Ansvarig områdeschefen Medicin, Magnus Kronvall och områdeschef Hans Svensson Akutverksamheten.
- Bakomliggande orsak är att röntgensvar adresseras till remittenten. Mottagande avdelning kan ha missat att patienten har varit på röntgen och vet inte att man ska titta efter svar i journalsystemet.
Risken borde kunna begränsas genom att förbättra rutiner/förtydliga rutiner om att mottagande enhet ansvarar för bevakning av prov och röntgensvar.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef på Område Medicin.

Uppdragsgivarens kommentar: Se kommentar till liknande förslag ovan under 7.4 och 7.5.

Felbehandling

- Bakomliggande orsak beror på att viktig information om patienten saknas. Patient skickas från boende utan medföljande personal eller tillräckligt med dokumentation till akutmottagningen.
Risken borde kunna begränsas genom att öka förtroende/ skapa arena mellan slutenvård och kommun/ primärvård i Vårdsamverkan Fyrbodal.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Tydliga rutiner finns i kommunerna.
Avvikelsehanteringssystemet gentemot kommun kommer att ses över. Ansvar områdeschef medicin Magnus Kronvall.
- Bakomliggande orsak är att rapportering av patient sker i flera olika led, från akutmottagningens personal till koordinator, från koordinator till avdelning.
Risken borde kunna begränsas genom att skapa gemensamma rutiner och klargöra hur detta ska fungera (MAVA- konceptet)
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdplatskoordinator Ulla- Karin Abrahamsson.
Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget förs till verksamhetschef akutmedicinkliniken Camilla Högström.

Felmedicinering eller utebliven medicinering av patienten

- Bakomliggande orsak är att läkemedel ordinerar både i akutjournal och i läkemedelsmodul.
Risken borde kunna begränsas genom att personalen på Akutmottagningen får utbildning i Läkemedelsmodulen, samt rutinbeskrivning för patientansvaret i väntan på vårdavdelning skapas.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef för Akutkliniken, Tom Brokopp.
Uppdragsgivarens kommentar: Se kommentar ovan angående medicinordination i två olika system.
- Bakomliggande orsak är att patienten inte kommer från akutmottagningen utan måste fortsätta behandlas där. Akutmottagningens personal använder inte läkemedelsmodulen.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Öka avflödet från akuten genom ständigt förbättringsarbete.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är vårdenhetschefer Akutmottagningen och Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.
 2. Personalen på Akutmottagningen får utbildning i Läkemedelsmodulen, samt att rutinbeskrivning för patientansvaret i väntan på vårdplats skapas.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef för Akutkliniken, Tom Brokopp.

Uppdragsgivarens kommentar: Se kommentar ovan angående medicinordination i två olika system.

Vårda och behandla patient på vårdavdelning

I denna delprocess identifierades 10 risker.

Förlängd vårdtid och risk för vårdskador

- Bakomliggande orsak är att vårdplatser inte räcker till, vilket leder till överbeläggningar och att patienter får vårdas i avdelningarnas korridorer.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Skapa fler vårdplatser.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-styrelsen.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar
 2. Arbeta med ständiga förbättringar för att frigöra mer platser på vårdavdelning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.
 3. Planering för utskrivning redan när patienten skrivs in.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar
 4. Förbättra utskrivningsrutiner, förbereda för utskrivning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar

- Bakomliggande orsak är att det inte finns någon vårdplan upprättad
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Föra diskussion på medicinavdelningar om att vårdplan (medicinsk och omvårdnadsnädd) måste upprättas.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschefer och vårdenhetschefer inom Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Oklart vad som avses. Flera arbeten pågår inom område medicin med syfte att korta medelvårdtider.
 2. Standardvårdplaner.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är Sjukhusledningen.
Uppdragsgivarens kommentar: Pilotprojekt för införande av IT-stöd till standardvårdplaner är i uppstartsfas. Ansvar är förvaltningens IT organisation.
 3. Utbildning i dokumentation för omvårdnadspersonal (Påbörjat inom Specialistmedicin, utökas till hela medicinområdet).
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive verksamhetschefer Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget förs till utvecklingsledare inom område medicin.

- Bakomliggande orsak är att det inte finns tillräckligt med dokumentation/ej tydlig dokumentation.
Risken borde kunna begränsas genom att man utbildar omvårdnadspersonal i dokumentation. (Påbörjat inom Specialistmedicin, utökas till hela medicinområdet)
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se ovanstående.

Förlängd vårdtid och tid till behandling

- Den bakomliggande orsaken är specialistläkarbrist.
Risken borde kunna begränsas genom rekrytering av specialisläkare (pågående).
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive verksamhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.

Svårigheter att utrymma vid brand

- Den bakomliggande orsaken är att vårdplatser inte räcker till, vilket leder till överbeläggningar och att patienter får vårdas i avdelningarnas korridorer
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Skapa fler vårdplatser.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-styrelsen.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
 2. Arbeta med ständiga förbättringar för att frigöra mer platser på vårdavdelning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.
 3. Planering för utskrivning redan när patienten skrivs in.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
 4. Förbättra utskrivningsrutiner, förbereda för utskrivning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

Försenad utredning och behandling

- Bakomliggande orsak är att vårdavdelningar inte uppdaterar redan planerade diagnostiska undersökningar.
Risken borde kunna begränsas genom att uppdatera redan beställda röntgenundersökningar och följa riktlinjer.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive verksamhetschefer Område Medicin.

Uppdragsgivarens kommentar: Oklart vad som avses. Närmare analys av orsak och förslag kommer att göras innan beslut.

- Bakomliggande orsak är att journal anteckningar kan saknas/ vara ofullständig, exempelvis på grund av otydliga diktat.
Risken borde kunna begränsas genom utbildning av läkare i diktering/ teknik i diktering.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive verksamhetschefer Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget förs till chef underläkare internmedicin Henrik Olsson.

Felmedicinering

Den bakomliggande orsaken är stressig arbetsmiljö med hög vårdtyngd/ överbeläggningar/ för många patienter per sjuksköterska.

Risken borde kunna begränsas genom att man:

1. Utökar grundbemanning.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef för Område Medicin, Magnus Kronvall.

Uppdragsgivarens kommentar: Bemanningen har verksamhetsanpassats tidigare. Pågående förbättringsarbeten syftar till att korta medelvårdtider för att minska beläggningen på vårdplatser och på så sätt minska belastningen på personalen.

2. Skapar fler vårdplatser.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-styrelsen.

Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

Suboptimal vård

- Den bakomliggande orsaken är att patienten inte har placerats på rätt vårdavdelning, exempelvis på grund av vårdplatsbrist och att vårdpersonal på den avdelning där patienten placerats saknar kompetens för patientens sjukdom.
Risken borde kunna begränsas genom att medicinkliniken lösgör vårdplatser på vårdavdelningar och rekryterar specialistläkare så att "MAVA-konceptet" kan fungera.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: "Nya MAVA"-projektet drivs med syfte bla att minska antal felplacerade patienter.

Fördröjd bedömning av patient

- Den bakomliggande orsaken är att läkare på vårdavdelningarna har för många patienter att handlägga.
Risken borde kunna begränsas genom Vårdsamverkan Fyrbodals så att patienter som inte längre är i behov av akutsjukvård ligger på dessa platser.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Forum för dialog med upptagningsområdets kommuner och primärvård är Vårdsamverkan Fyrbodals. Inom ramen för det pågår en

dialog om hur kommunerna ska kunna minska antalet kvarliggande patienter på sjukhuset.

Felbehandling och förlängd vårdtid

- Bakomliggande orsak är att rutiner för rutiner finns inte, vårdpersonal vet inte var man kan hitta rutinen eller om det är senaste uppdaterade dokumentet.
Risken borde kunna elimineras genom att en webbredaktör tillsätts för område medicin som ska skapa ordning bland rutinerna.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är kanslichef Lisa Neldehof.
Uppdragsgivarens kommentar: Pågående arbete.
- Bakomliggande orsak är att patientens sjukdomsbild gör att det finns behov av att byta specialitet, och att det kan vara svårt att flytta runt patienten mellan vårdavdelningar på grund av vårdplatsbristen.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Skapa fler vårdplatser.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-styrelsen.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
 2. Arbeta med ständiga förbättringar för att frigöra mer platser på vårdavdelning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
 3. Planering för utskrivning redan när patienten skrivs in.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
 4. Förbättra utskrivningsrutiner, förbereda för utskrivning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

Förlängd vårdtid

- Bakomliggande orsak är att vårdplanering inte är inplanerad i god tid.
Risken borde kunna begränsas genom att en Vårdplaneringsenhet skapas inom område Medicin vilken kommer att administrera alla områdets vårdplaneringar och på så sätt skapa samverkan och förtroende mellan slutenvård, kommun och primärvård.
Vårdplaneringsenheten startar som en pilot på 2-3 avdelningar våren 2011.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Rekrytering till enheten pågår.
- Bakomliggande orsak är att läkare byter avdelning ofta, ingen kontinuitet för patient och att det finns någon upprättad vårdplan för patienten.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Lägga schema så att läkare är längre på avdelning (blockvis). Detta är påbörjat för ST-läkare våren 2011.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är verksamhetschef för ST-läkare, Henrik Olsson.

Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget förs till verksamhetschef för ST-läkare, Henrik Olsson.

2. Skapa vårdplan för patienten.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive verksamhetschef Område Medicin.

Uppdragsgivarens kommentar: Oklart vad som avses. Förslaget förs till utvecklingsledare område medicin för diskussion med respektive verksamhetschef.

3. Följa lagd vårdplan.

Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive verksamhetschef Område Medicin.

Uppdragsgivarens kommentar: Oklart vad som avses. Att säkra följsamhet till vårdplaner åligger respektive verksamhetschef. Frågan kommer att belysas ytterligare innan ev åtgärd.

Utebliven behandling

- Den bakomliggande orsaken är att röntgensvaret inte blir läst. Risken borde kunna begränsas genom förbättra rutiner/förtydliga rutiner om att mottagande enhet ansvarar för bevakning av prov- och röntgensvar. Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive verksamhetschef Område Medicin /Vårdenhetschefer.
Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget tas till respektive verksamhetschef.

7.6 Skriv ut patient från vårdavdelning

I denna delprocess identifierades 6 risker.

Snar återinskrivning

- Bakomliggande orsak är bristfällig dokumentation i Klara SVPL gör att kommunens sjuksköterskor inte får tillräckligt med information eller underlag för fortsatt omhändertagande på boende. Risken borde kunna begränsas genom att en Vårdplaneringsenhet skapas inom område Medicin vilken kommer att administrera alla områdets vårdplaneringar och på så sätt skapa samverkan och förtroende mellan slutenvård, kommun och primärvård. Vårdplaneringsenheten startar som en pilot på 2-3 avdelningar våren 2011. Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef för Område Medicin, Magnus Kronvall. Åtgärdsförslaget bör följas upp genom antal avvikelser från kommunerna.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

- Bakomliggande orsak är att vårdplanering ohållbar redan innan, men patienten skrivs ut på grund av platsbrist.
Risken borde kunna begränsas genom att en Vårdplaneringsenhet skapas inom område Medicin vilken kommer att administrera alla områdets vårdplaneringar och på så sätt skapa samverkan och förtroende mellan slutenvård, kommun och primärvård.
Vårdplaneringsenheten startar som en pilot på 2-3 avdelningar våren 2011.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef för Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
- Bakomliggande orsak är vårdplatsbrist, avdelningar skriver ut patienter för tidigt i vårdprocessen.
Risken borde kunna begränsas genom att:
 1. Skapa fler vårdplatser.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-styrelsen.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
 2. Arbeta med ständiga förbättringar för att frigöra mer platser på vårdavdelning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
 3. Planering för utskrivning redan när patienten skrivs in.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.
 4. Förbättra utskrivningsrutiner, förbereda för utskrivning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

Förlängd vårdtid och risk för vårdskador

- Den bakomliggande orsaken är att betalningsansvaret gör att kommunen ofta använder de fem dagar de enligt lagen har rätt till för att hitta boende till patienten.
Risken borde kunna begränsas genom fortsatt pågående arbete mellan NU-sjukvårdens sjukhusledning, Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor i respektive kommun samt socialchefer i Trestad.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är NU-sjukvårdens sjukhusledning, Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor i respektive kommun samt socialchefer i Trestad.
Åtgärden bör följas upp genom statistik medelvårdtid och avvikelshantering.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar om Vårdsamverkan Fyrbodal.

Felbehandling

- Bakomliggande orsak är att när kommunen skickar vårdbegäran till akuten och akuten inte gör en bekräftelse i Klara SVPL, kan inte vårdavdelningen få rätt information om patienten.
Risken borde kunna elimineras genom att man skickar administrativt meddelande om att ärendet måste avslutas. Övriga orsaker till låst läge hänvisas till Klara SVPL support
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Förslaget förs till KLARA-samordnare Ingela Svensson.

- Den bakomliggande orsaken är att Klara SVPL- rutinen inte följs vid utskrivning, dvs viktig information om patienten saknas. I Klara SVPL ska samma innehåll finnas som i läkarepikris och i omvårdnadsepikris. Klara SVPL ska fyllas i av både läkare och sjuksköterska och detta görs inte.
Risken borde kunna begränsas genom att en Vårdplaneringsenhet skapas inom område Medicin vilken kommer att administrera alla områdets vårdplaneringar och på så sätt skapa samverkan och förtroende mellan slutenvård, kommun och primärvård.
Vårdplaneringsenheten startar som en pilot på 2-3 avdelningar våren 2011.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

Akut sjuka patienter får fördröjd behandling

- Den bakomliggande orsaken är att personal vårdplanerar andra patienter.
Risken borde kunna begränsas genom att en Vårdplaneringsenhet skapas inom område Medicin vilken kommer att administrera alla områdets vårdplaneringar och på så sätt skapa samverkan och förtroende mellan slutenvård, kommun och primärvård.
Vårdplaneringsenheten startar som en pilot på 2-3 avdelningar våren 2011.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

Förlängd vårdtid

- Bakomliggande orsak är att det är svårt att "förhandla" med biståndshandläggare.
Risken borde kunna begränsas genom att en Vårdplaneringsenhet skapas inom område Medicin vilken kommer att administrera alla områdets vårdplaneringar och på så sätt skapa samverkan och förtroende mellan slutenvård, kommun och primärvård.
Vårdplaneringsenheten startar som en pilot på 2-3 avdelningar våren 2011.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

- Bakomliggande orsak är beställning av liggande transport bör göras 12 timmar innan utskrivning och planerad hemfärd.
Risken borde kunna begränsas genom beställning av hemtransport måste finnas med i patientens vårdplan och ska inte göras samma dag som utskrivning.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är respektive vårdenhetschef Område Medicin.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

Fel vårdnivå eller inte rätt omsorg

- Den bakomliggande orsaken är att ibland kommer inte biståndshandläggare till sjukhuset för vårdplanering. Vårdplanering sker då via telefon istället.
Ibland sker även vårdplanering av en sjuksköterska på vårdavdelningen som inte känner patienten så väl.
Risken borde kunna begränsas genom att en Vårdplaneringsenhet skapas inom område Medicin vilken kommer att administrera alla områdets vårdplaneringar och på så sätt skapa samverkan och förtroende mellan slutenvård, kommun och primärvård.
Planerad drift av Vårdplaneringsenheten är våren 2011.
Förslag på ansvarig för genomförande av åtgärdsförslaget är områdeschef Område Medicin, Magnus Kronvall.
Uppdragsgivarens kommentar: Se tidigare kommentar.

8 Slutsatser och kommentarer

Arbetet med offensiv kvalitetsutveckling i organisationen bygger på ledningens helhjärtade och ständiga engagemang för kvalitetsfrågor på alla nivåer. Under analysen har framkommit att många förbättringsarbeten ”är på gång” och har så varit under en längre tid. Varje verksamhet har arbetat med att förbättra sina processer. Nu behöver arbetet mellan verksamheterna intensifierats, dessutom måste samarbetet mellan NU-sjukvården och kommunerna bli bättre. För att vårdpersonal ska kunna driva förbättringsarbete och implementera förbättringar inom planerad tidsplan måste linjechefer på alla nivåer ge stöd och efterfråga resultat.

De 34 identifierade riskerna handlar i huvudsak om förlängd ledtid/vårdtid, fördröjd vård och behandling, felbehandling och brister i information. Till dessa risker finns det dock ett flertal bakomliggande orsaker. Analysgruppen har tagit fram en eller flera åtgärdsförslag för att begränsa eller eliminera den bakomliggande orsaken.

Bemanningen på akutmottagningen har under 2010 verksamhetsanpassats men läkarbemanningen på akutmottagningen bör korrigeras. Förslag att förskjuta arbetstiden för akutöverläkaren har inte testats men bör göras för att det ska stämma överens med patientinflödet på akutmottagningen.

Medicinkliniken har arbetat med flertal förbättringar men trots detta finns det kvarstående problem med att ta emot patienterna från akutmottagningen.

För att akut lösa bristen på vårdplatser togs v. 10 2011 beslut av sjukhusledningen att öppna upp ytterligare 16 vårdplatser på en tillfällig vårdavdelning, Uddevalla sjukhus. Platserna ska i första hand nyttjas för utskrivningsklara patienter.

9 Tidsåtgång

	Arbete i analysgruppen	Planering och dokumentation
Antal man-timmar	180	65

Tidsåtgången för riskanalysen är sammanlagt 245 mantimmar. Analysen påbörjades 110301 och avslutades 110412. Analysgruppen träffades vid 2 tillfällen, under 110309-110325. Rapporten avlämnades till uppdragsgivarna i april 2011.

10 Uppdragsgivarens kommentarer

10.1 Åtgärder

Åtgärdsförslag och ansvariga för dessa kommenteras av uppdragsgivaren under respektive risk. Viktiga hinder för ett väl fungerande akutflöde är enligt NU-sjukvårdens uppfattning:

- Tillgång till vårdplatser
- Interna processer
- Rekryteringssvårigheter
- Primärvårdens otillräckliga delaktighet i den kommunala vården
- Ett stort antal kvarliggande utskrivningsklara patienter

10.2 Återkoppling

Riskanalysen återförs till berörda områden av respektive områdeschef. Ansvariga för åtgärder till följd av analysen vidtalas och korrigerande åtgärder påbörjas omgående.

10.3 Uppföljning

Uppföljning av riskanalysen sker i september 2011. Sammankallande är områdescheferna för medicin, diagnostik och akutverksamheten.

11 Förekommande begrepp

I rapporten förekommer följande begrepp och en förklaring kan vara av värde vad som avses med de olika begreppen.

Begrepp/ förkortning	Här redovisas begrepp och förkortningar som används i rapporten
Negativ händelse	Händelse som medfört vårdskada (SOSFS 2005:12)
Vårdskada	Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom, eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd (SOSFS 2005:12)
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)
Orsak	Tillstånd, händelse eller handling, eller utebliven handling, som har gett eller kan ge upphov till en negativ händelse eller tillbud
Bakomliggande orsak	Orsak, oftast på systemnivå, som om den åtgärdas minskar risk
Risikanalyt	Systematisk identifiering och bedömning av risk
Åtgärd	Den åtgärd som bedöms eliminera eller minska risken
Bladderscan	Ultraljud för att kontrollera hur mycket urin som finns i urinblåsan
Strep-A test	Test som tas från halsmandlarna för att kontrollera om bakterier som orsakar halsfluss finns i halsen
ELVIS	Patientadministrativt datasystem
SBAR	Ett verktyg för rapportering och som står för: <ul style="list-style-type: none"> • Situation • Bakgrund • Aktuellt tillstånd • Rekommendation
ATLS	Advanced trauma life support. Utgör ett nordamerikanskt koncept för akut omhändertagande under främst den första timmen efter trauma, som vunnit stort genomslag i världen.
Elektiv	i förväg utvald / planerade.
NIH	Skala för att mäta förändringar i nervstatus i samband med propplösande behandling vid blodpropp i hjärnan
Vårdsamverkan FyrBoDal	Samverkan mellan primärvård, länssjukvård, hälso- och sjukvårdsnämnderna i FyrBoDal, kommunerna i FyrBoDal samt Lilla Edets kommun

Klara SVPL	Ett elektroniskt system för att hantera innehåll i de meddelanden som ingår i den samordnade vårdplaneringsprocessen
MÄVA	Medicinsk äldrevårdsavdelning
MAVA	Medicinsk akutvårdsavdelning
AT	Allmäntjänstgöring läkare
ST	Specialisttjänstgöring läkare
DVT	Djup ventrombos / blodpropp
BELOG	Beläggingsöversikten på intranät (nu ersatt med BOV)

12 Bilagor

Bilaga 1: Processbeskrivning Akutvårdskedjan

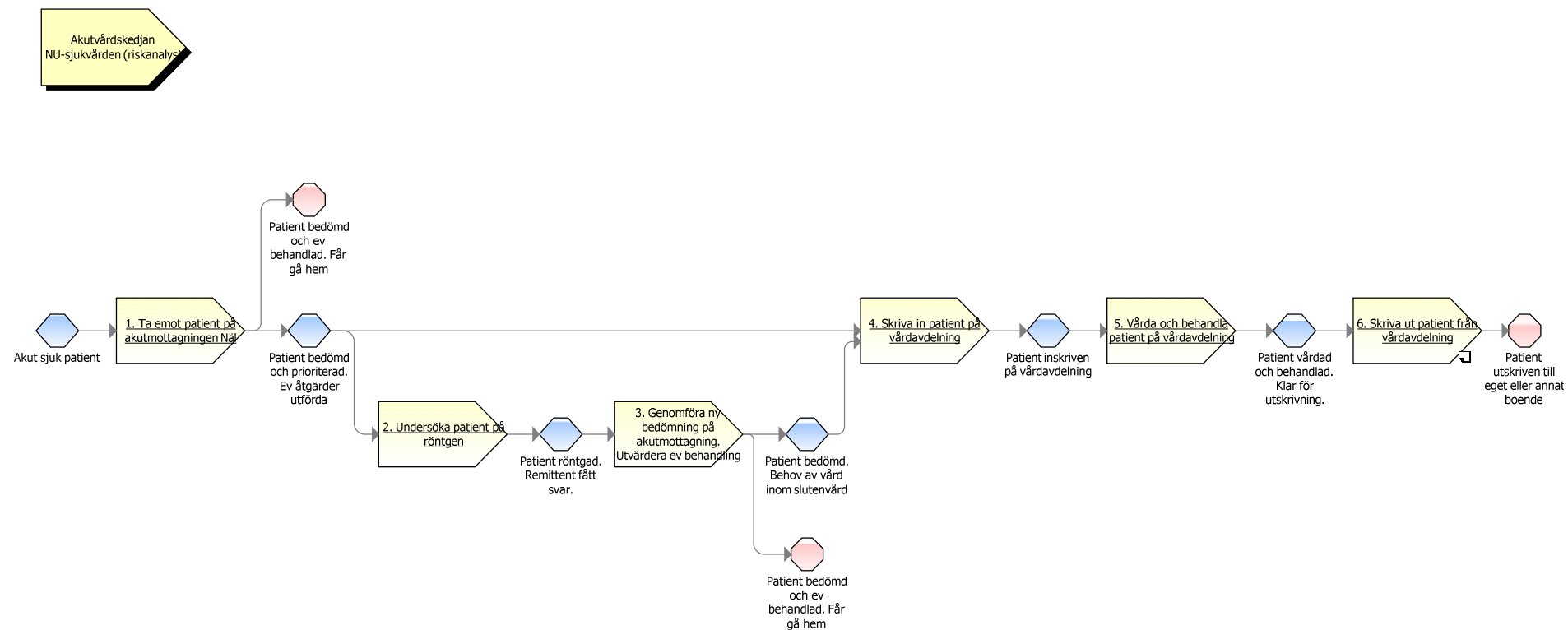
Bilaga 2: Konsekvensanalys av samarbetet mellan röntgen och AVC NÄL utifrån väntetider för patienter på AVC medicin

Bilaga 3: Rutin Vårdplatskoordinering område 1 medicin, med åtgärdstrappa

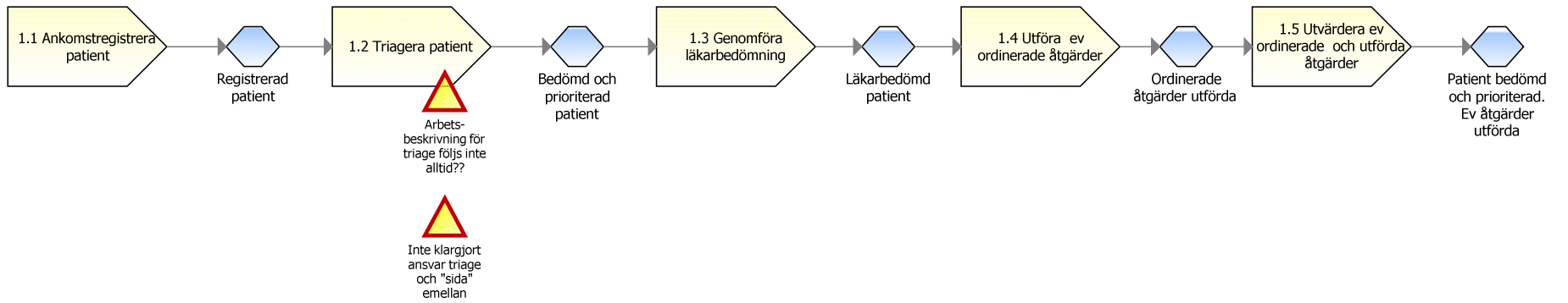
Bilaga 4: Fullbelagt! En handledning med åtgärdstrappa för NU-sjukvården

Bilaga 5: Samtliga identifierade risker, orsaker och åtgärder (bifogas som separat dokument)

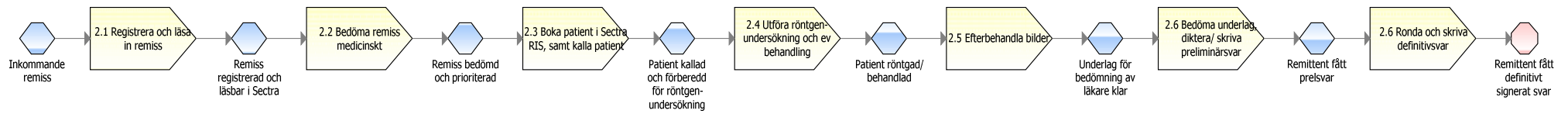
Processkarta akutvårdskedjan NU-sjukvården



Ta emot patient på akutmottagningen Näl



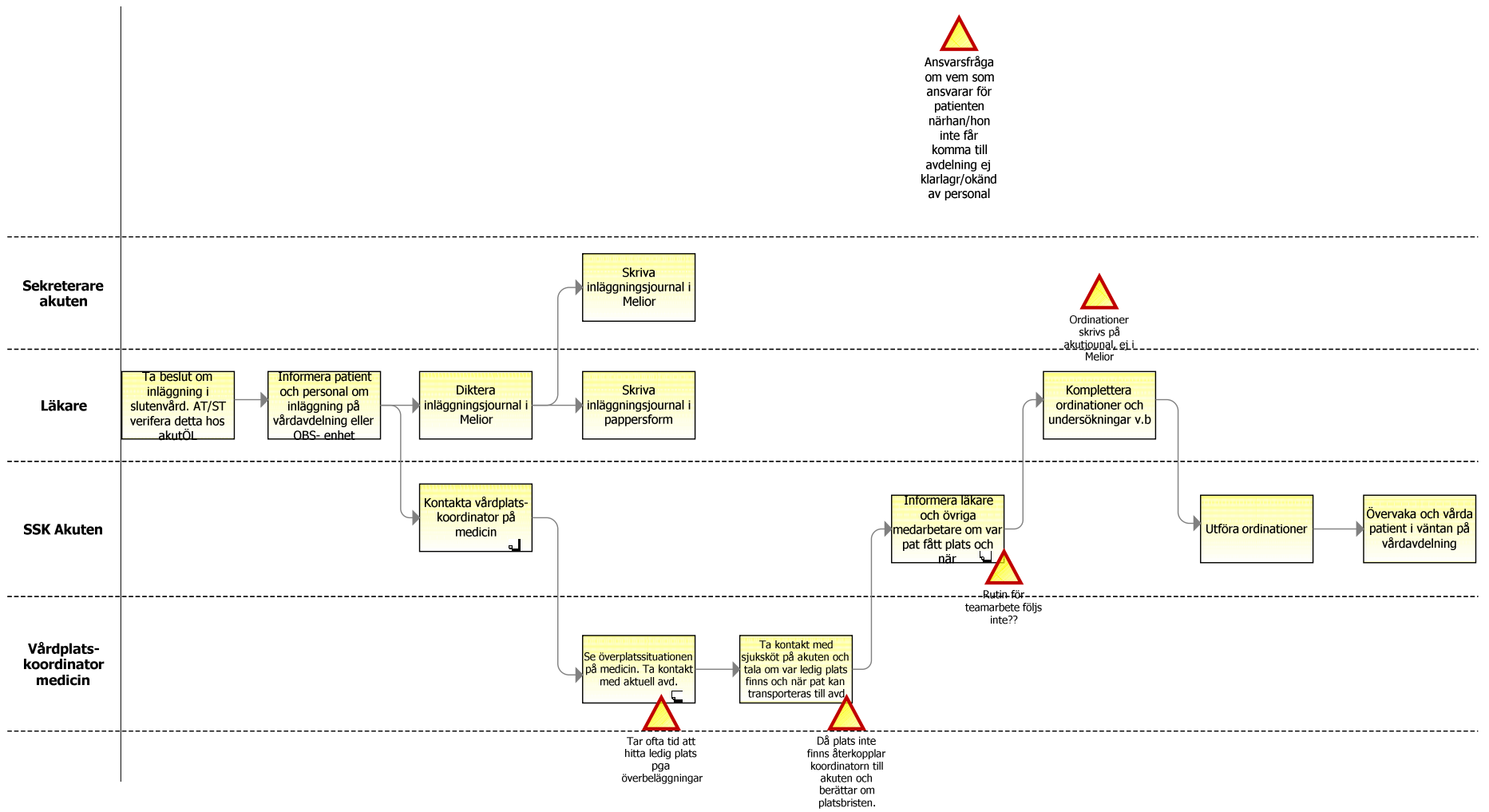
Undersöka patient på röntgen



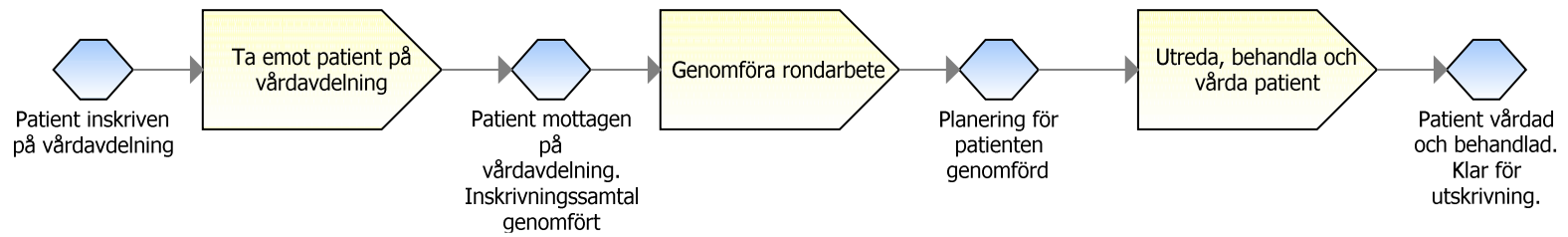

Begränsad tillgänglighet till röntgenjourtid


Röntgenläkare ej på plats på sjukhuset jourtid

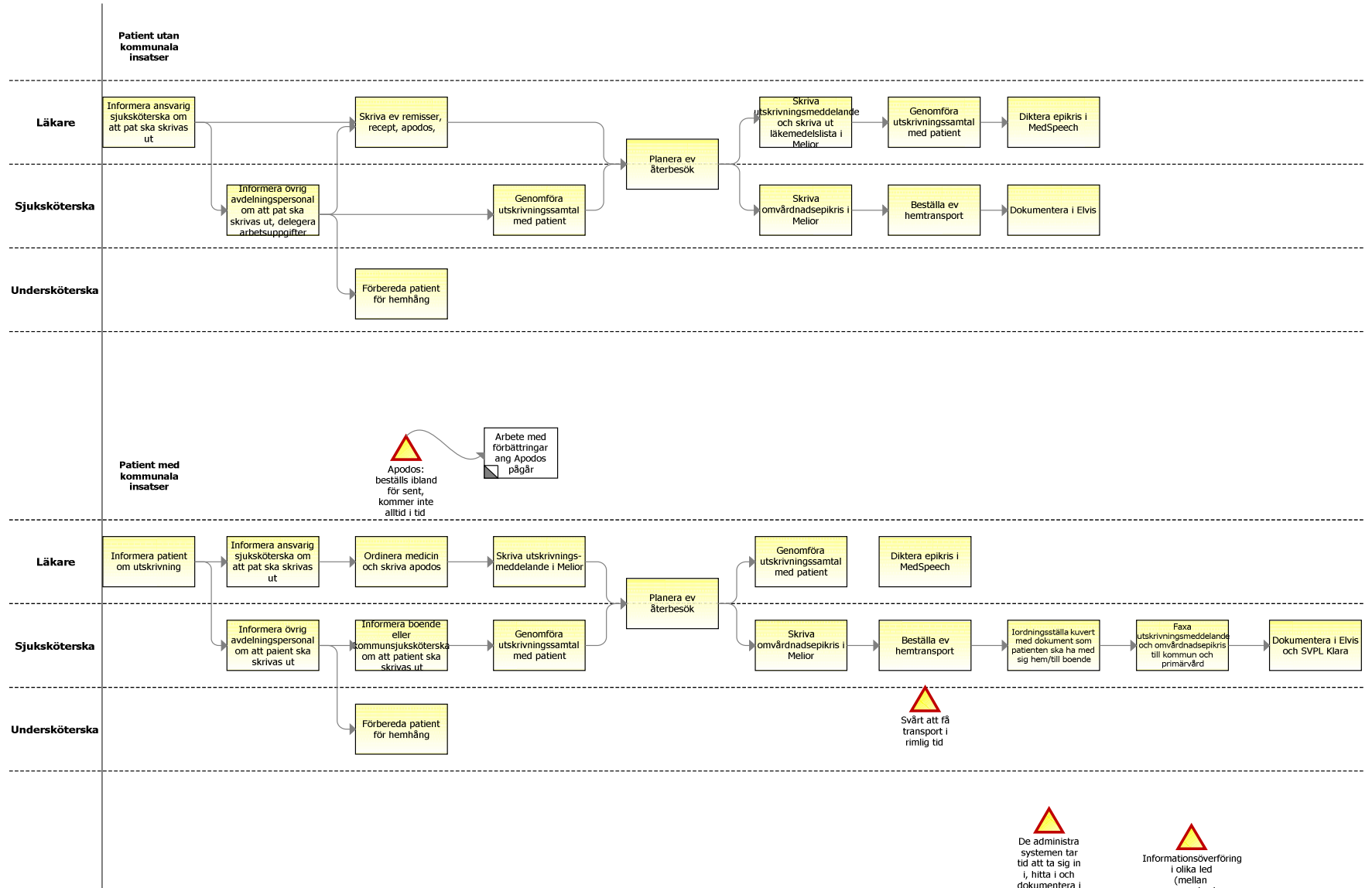
4. Skriva in patient på vårdavdelning



5. Vårda och behandla patient på vårdavdelning



6. Skriv ut patient från vårdavdelning



Konsekvensanalys av samarbetet mellan Röntgen och AVC NÄL utifrån väntetider för patienter på AVC medicin.

Under vecka 13 och 14 identifierade cirka 30 AT-läkare, ST –läkare, Randande ST- läkare och Vikarierande Legitimerade läkare, där alla arbetar på medicin AVC, cirka 120 problem som är orsak till långa väntetider för patienter på medicinakuten. Några orsaker kunde kopplas till samarbetet mellan medicinakuten och röntgen. Nedan följer en redovisning av de orsakerna och förslag till samarbete och åtgärd.

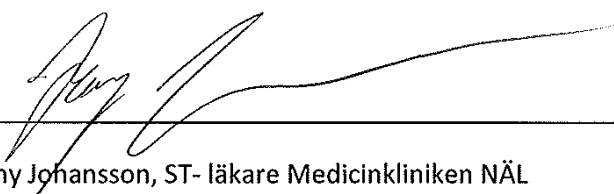
1. Från medicinklinikens läkarkollegie finns ett starkt önskemål om att möjlighet till röntgenundersökningar från AVC nattetid ska vara mer tillgängliga och att vi inte ska behöva diskutera och motivera undersökningar med röntgenläkare på natten för att de ska bli utförda.

2. Röntgensvar kan ta tid, men det har märkts en förbättring sista tiden i att det tar kortare tid till röntgenundersökning och att röntgensvar fås, vilket är mycket uppskattat då det ger resultat på förkortandet av väntetiderna. Vårt gemensamma mål är att undersökningen ska bli gjord inom en timme. Det är då också önskvärt att röntgensvaret fås inom den tiden. I nuläget finns det ett bra mål och läkarkollegiet på medicin har som önskemål att arbetet fortskrider för att uppnå målet.

3. Det önskas ett samarbete där vi tar fram ett feedback system som innebär att ett meddelande går till AVC från röntgen om röntgenundersökningen kommer att dröja mer än en viss tid. Vidare bör det också tas fram riktlinjer för hur vi som läkare kan meddela röntgen om när vi vill ha röntgenundersökningen och om patienten kvarstannar på AVC tills röntgensvaret kommer eller inte.

4. I nuläget har vårdcentraler inte mandat att skriva röntgenremisser akut för ultraljud ben med DVT frågeställning utan patienter måste gå via AVC. Det här skapar mycket merarbete och påvekar väntetiderna. Ett önskemål är att primärvårdens läkare kan skriva direktremisser till röntgen i fall med frågeställningen DVT. Belastningen på röntgen på NÄL skulle minska då fler undersökningar skulle kunna göras på andra lokala radiologiska enheter

5. Läkarkollegiet medicin kommer i arbetet på AVC att utgå från de riktlinjer som har utarbetats av röntgen och Dr. Jonas Feldthusen för att minska belastningen på röntgen.



Jenny Johansson, ST- läkare Medicinkliniken NÄL

Uddevalla 100425

Rutin	Vårdplatskoordinering område 1 medicin med åtgärdstrappa
--------------	---

Gäller för avd/enhet:	Område 1 Medicin	Godkänt av:	Områdeschef: Magnus Kronvall, Verksamhetscheferna: Henrik Olsson, Gunilla Cederbom, Bert-Ove Larsson, Lennart Gillgren, Hasse Johansson
Dokument typ:	Vårdplatskoordinering område 1 medicin med åtgärdstrappa	Framtaget av:	Jonas Feldthusen, Håkan Strömberg, Niclas Jovander
Kategori:		Granskat av:	
Första versionen skapad:	2010-11-18	Revikerat av:	

Vårdplatskoordinering område 1 medicin med åtgärdstrappa

Vårdplatskoordinators uppdrag:

- Koordinatorn arbetar på verksamhetschefernas mandat
- Att hela dygnet ordna vårdplats för akuta inläggningar och patienter som behöver flyttas till annan vårdavdelning på område 1 inklusive GOA:s 4 UK vårdplatser men exklusive övriga ortopedplatser

Mandat

- Att anvisa patienter till vårdavdelningar på område 1
- Att koordinera vårdplatser på område 1
- Koordinators beslut om platsanvisning gäller



Magnus Kronvall
Områdeschef



Henrik Olsson
Verksamhetschef



Gunilla Cederbom
Verksamhetschef



Bert-Ove Larsson
Verksamhetschef



Lennart Gillgren
Verksamhetschef



Hasse Johansson
Verksamhetschef



2000-05-11
Rev 030902
Rev 050406
Rev 050524
Rev 050602
Rev 070618
Rev 080425

Levningskansliet för NU-sjukvården Ankom 2008-06-05 D nr. 146130/05
--

Fullbelagt!

En handledning med åtgärdstrappa för
NU-sjukvården

Fastställd av sjukhusledningen i NU-sjukvården 080526

Åtgärdstrappan

Grundläggande principer

Beläggingsstatistiken visar att det sällan förekommer att alla vårdplatser inom NU-sjukvården är belagda trots att belastningen på enskilda kliniker tidvis kan vara oacceptabelt hög. Effektiva, säkra och humana rutiner för omfördelning av patienter är därför en viktig patientsäkerhets- och arbetsmiljöfråga.

Åtgärdstrappan är en anvisning om i vilken ordning åtgärder bör vidtas när avdelningen/kliniken är överbelagd eller överbelastad. Syftet med åtgärderna är att utjämna belastningen mellan klinikerna och avdelningarna utan att krav på medicinsk säkerhet eller god omvårdnad eftersätts. Överföring av patienter från en klinik till en annan i detta syfte benämnes i detta dokument transferering.

Åtgärdstrappan revideras årligen av sjukhusledningen. Den kan kompletteras av andra styrdokument vilka redovisas som bilagor till detta dokument.

Överföring av patienter skall så långt möjligt äga rum *planerat* och under *dagtid*. I första hand skall medicinskt färdigbehandlade eller medicinskt stabila patienter väljas ut för transferering. Transfereringar skall om möjligt utföras i sådan omfattning och med sådan framförhållning att akuta överföringar av patienter jourtid inte behöver äga rum.

Vårdansvaret för patient som transfereras till annan klinik vilar på avlämnande klinik om inte överenskommelse om annat träffas.

Ledning

Det samlade ansvaret hur beläggningen fördelas inom sjukhuset åvilar chefläkarna. Chefläkarna har direktivrätt gentemot verksamheterna i sjukhusövergripande beläggingsfrågor.

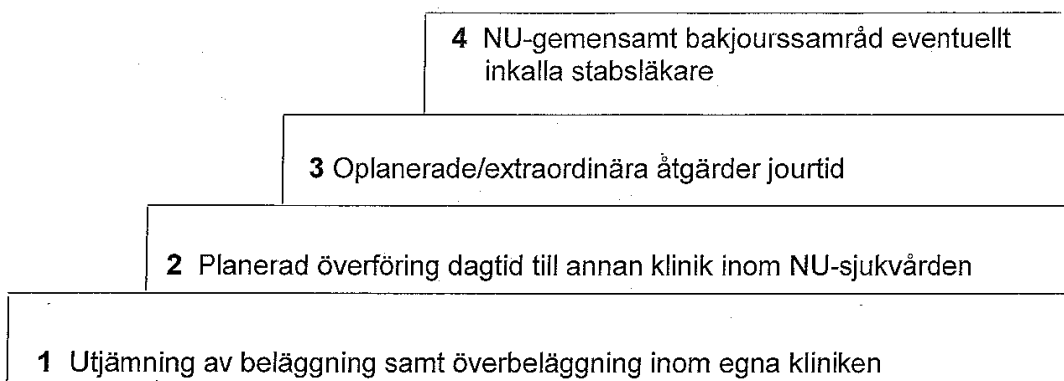
Verksamhetschef fattar beslut om beläggning vid egen klinik och delegerar beslutsbefogenhet på ett ändamålsenligt sätt. Beslut om beläggning skall kunna fattas vid klinik dygnet runt. Den som har beslutsbefogenhet om beläggning vid klinik benämnes i detta dokument beläggningsansvarig. Beläggningsansvarigs beslut skall genomföras och får endast överprövas av verksamhetschef eller chefläkare.

Redovisningen i BELOG skall användas som underlag för beslut om beläggning. Verksamhets- och vårdenhetscheferna är ansvariga för att alla enheter har rutiner för korrekt rapportering till BELOG. Rutinerna skall medge att BELOG dygnet runt är ett rättvisande underlag för beläggningsbesluten.

Beslut om beläggning åtgärder som berör flera kliniker fattas i samråd mellan beläggningsansvariga vid berörda kliniker. Klinikerna ansvarar själva för den medicinska säkerheten i anslutning till överbeläggning och transferering samt för genomförande av beslutade beläggning åtgärder.

Beläggningsansvarig vid klinik vid vilken överbeläggning- och/eller överbelastningssituation uppkommer ansvarar för att initiativ till agerande enligt åtgärdstrappan aktualiseras.

Åtgärdsstrappan



STEG 1

Beslut fattas inom kliniken. Åtgärderna omfattar utjämning mellan avdelningar inom egna kliniken och 'rimliga' överbeläggningar med hänsyn till medicinsk säkerhet, vårdtyngd och personalläge. Åtgärder enligt detta steg skall vara genomförda och kunna redovisas innan stöd från annan klinik påkallas. Observera att samtliga tillgängliga vårdplatser för kliniken inom hela NU-sjukvården skall beaktas.

STEG 2

Beslut enligt detta steg fattas genom överenskommelse mellan beläggningsansvariga vid två eller flera kliniker då åtgärder enligt steg 1 inte leder till att nödvändigt antal disponibla platser skapas inför kommande dygn.

Medicinklinikerna bör förfoga över fasta rutiner för daglig verksamhet enligt steg 1 och steg 2.

STEG 3

Beslut fattas av beläggningsansvarig vid klinik där akut beläggningssituation uppkommer i samråd med beläggningsansvariga vid övriga berörda kliniker och i förekommande fall jourhavande ambulanschef. Steg 3 omfattar temporära överbeläggningar inom egen klinik där gränserna för fullgod medicinsk- och omvårdnads kvalitet eller arbetsmiljö riskerar att överskridas. Åtgärderna kan även vara akuta transfereringar till annan klinik liksom omdirigering av ambulanser. Åtgärder enligt steg 3 skall ses över och i förekommande fall justeras i samband med steg 1 och steg 2-arbetet kommande dygn.

STEG 4

Beslut om åtgärder fattas vid möte mellan beläggningsansvariga bakjourer vid medicin-, kirurg- rehab-, ÖNH, kvinno-, infektions- och ortopedklinikerna inom NU-sjukvården, om möjligt i samråd med chefläkare och/eller sjukhusdirektör. Om det bedöms nödvändigt kan mötet besluta om att den operativa ledningen tillfälligt skall övertas av stabsläkare i enlighet med NU-sjukvårdens planläggning för katastrofsituationer och instruktion för stabsläkare. Det ingår i stabsläkarens arbetsuppgifter att inom ramen för VG-regionens beredskapsplanläggning förbereda transfereringar till sjukhus utanför NU-sjukvården.

Förteckning över styrdokument med precisering/modifiering av handläggningsrutiner enligt åtgärdstrappan

Dokument	Bilaga	Giltighetstid
Chefläkarbeslut ang utlokalisering medicinkliniken US	1	080930
Verksamhetsbeslut lokal tillämpning medicinklinikerna	2	080930