

Risکاناليس



AN/OP/IVA

**Förändring gällande narkosprimärjour samt
högspecialiserad postoperativ vård utan
intensivvårdskompetens på Uddevalla sjukhus**

Mars 2010

Sammanfattning

VÅRD 2010 är ett utvecklingsarbete för att förbättra NU-sjukvårdens kvalitet och effektivitet. I enlighet med projektdirektivet för arbetet som pågår i VÅRD 2010 skall riskanalys göras för att belysa eventuella patientrisker i samband med omorganisationen.

Denna riskanalys är en aktivitet inom delprojekt An/Op/IVA och genomförs eftersom jourverksamhet och intensivvårdsverksamhet förändras vid Uddevalla sjukhus. Förändringen i verksamheten är en del i klinikens lösning på de sparkrav som ställts.

Uppdragets mål är att ur patientperspektivet ta fram, analysera och bedöma de risker som kan uppstå i samband med nedan nämnda aktiviteter. Syftet med att genomföra riskanalysen är att i största möjliga omfattning identifiera de patientrisker som befaras och föreslå åtgärder som eliminerar eller begränsar dessa.

De processer som analyserats är:

1. Patientomhändertagande när narkosprimärjourlinje ersätts med kombinerad jour/beredskapslinje på Uddevalla sjukhus alternativt beredskapsjour i hemmet efter kl 24.00.
2. Omhändertagande av patienter med behov av HPE-vård (Högspecialiserad Postoperativ Enhet) och stabiliseringsfunktion.

Totalt har 55 risker identifierats varav 22 har bedömts som allvarliga och erhållit en riskpoäng på minst 8 av maximala 16 poäng, inkluderande mortalitet. Dessutom har 28 risker identifierats med 8 poäng eller lägre där allvarlighetsgraden är hög. I rapporten redovisas de risker som bedömts vara allvarligast samt dess orsaker och åtgärdsförslag som tagits fram för att eliminera eller minska riskerna. De bakomliggande orsakerna och åtgärdsförslagen redovisas i resultatdelen. Fem risker har analysteamet valt att inte gå vidare med.

Analysgruppens bedömning är att det inte går att bedriva den verksamhet som planeras på Uddevalla sjukhus enligt Vård 2010, utan tillgång till intensivvård. Intensivvård kan inte erbjudas utan tillgång till tillräckliga kringresurser inom klinisk fysiologi, kardiologi, neurologi, lungmedicin och kirurgkonsult 24 timmar per dygn. Det är INTE medicinskt försvarbart att reducera den medicinska kompetensen och nivån på omhändertagande, som det lagda förslaget innebär.

Analysgruppen har tolkat process nummer 2:

Omhändertagande av patienter med behov av *intensivvård som ersätts med HPE-vård* (Högspecialiserad Postoperativ Enhet) och stabiliseringsfunktion *inför transport till NÄL*.

I direktivet för Genomförandeprojektet Vård 2010 står följande:

En anpassning av anesthesi-, operations- och IVA-verksamheten till de verksamhetsförändringar som genomförs och den förändrade vårdprofilen på US respektive NÄL, där kvalificerade operations skall bedrivas vid båda sjukhusen men med akut inriktning på NÄL och elektiv inriktning på US.

Sedan dess har tilläggsdirektiv utformats avseende intensivvården och därmed har förutsättningarna förändrats. Konsekvenserna av detta har inte tydligt analyserats eller kommunicerats.

I den nya organisationen Vård 2010 fräntas patienter på Uddevalla sjukhus rätten till en jämlik vård om nödvändiga resurser inte finns på Uddevalla sjukhus. Avsedd akutvård kan då inte erbjudas aktuella patientkategorier.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1 Inledning och bakgrund.....	5
2 Uppdragsgivare	5
3 Uppdrag	5
4 Deltagare i analysteam	6
5 Metodik	6
6 Resultat.....	7
6.1 Risker och bakomliggande orsaker	7
6.2 Kommentarer övergripande hela processen	14
6.3 Risker, åtgärdsförslag och ansvariga för genomförandet i tabellform.....	15
7 Tidsåtgång	19
8 Uppdragsgivarens kommentarer	19
9 Förekommande begrepp.....	21
10 Skalor för riskbedömning.....	22
11 Förteckning bilagor	23

1 Inledning och bakgrund

Ett NU-övergripande utvecklingsarbete sker inför Vård 2010. Styrelsen för NU-sjukvården beslutade i november 2007 om att godkänna föreslagna förändringar i arbetsfördelningen mellan de båda sjukhusen i Trollhättan och Uddevalla. Bakom beslutet ligger den utredning som genomförts på uppdrag av sjukhusdirektören samt ledningsgruppens analysarbete. Syftet är att stärka styrning, ledning, samordning och helhetssyn för att bättre kunna möta framtidens krav och utnyttja NU-sjukvårdens fulla potential.

Denna riskanalys är en aktivitet inom delprojekt An/Op/IVA och genomförs eftersom jourverksamhet och intensivvårdsverksamhet förändras vid Uddevalla sjukhus. Förändringen i verksamheten är en del i klinikens lösning på de sparkrav som ställts.

Uppdragets mål är att ur patientperspektivet ta fram, analysera och bedöma de risker som kan uppstå i samband med nedan nämnda aktiviteter. Syftet med att genomföra riskanalysen är att i största möjliga omfattning identifiera de patientriskerna som befaras och föreslå åtgärder som eliminerar eller begränsar dessa.

2 Uppdragsgivare

Leif Dolonius, Områdes-/Verksamhetschef An/Op/IVA

3 Uppdrag

Uppdragets mål är att ur patientperspektivet ta fram, analysera och bedöma de risker som kan uppstå i samband med nedan nämnda aktiviteter. Syftet med att genomföra riskanalysen är att i största möjliga omfattning eliminera de risker som befaras (bilaga 1).

De processer som analyserats:

1. Patientomhändertagande när narkosprimärjourlinje ersätts med kombinerad jour/beredskapslinje på Uddevalla sjukhus alternativt beredskapsjour i hemmet efter kl 24.00.
2. Omhändertagande av patienter med behov av HPE-vård (Högspecialiserad Postoperativ Enhet) och stabiliseringsfunktion.

4 Deltagare i analysteam

Namn	Roll / funktion	Enhet
Sven-Erik Lundin	Överläkare	Kirurgkliniken, NU-sjukvården
Lars Karlsson	Överläkare	Ortopedkliniken, NU-sjukvården
Mats Hardling	Överläkare	Medicinkliniken, NU-sjukvården
Lars Spetz	Överläkare	An/Op/IVA, NU-sjukvården
Monica Hessel	Sjuksköterska	An/Op/IVA, NU-sjukvården
Helena Hellberg	Sjuksköterska	An/Op/IVA, NU-sjukvården
Ingmar Nelson	Analysledare	NU-sjukvården
Anita Johansson	Analysledare	NU-sjukvården
Sofia Bruzelius	Analysledare	NU-sjukvården
Göran Friberg	Projektledare/Analysteamledare	NU-sjukvården

5 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 verksamhetschef, delprojektledare samt sakkunniga deltagare i analysteamet
- Metoden HTA, Hierarchic Task Analysis, har använts för processbeskrivningen
- Riskidentifiering har gjorts för att identifiera risker samt tillhörande orsaker
- Riskbedömning har genomförts med metoden ”Allvarlighetsgrad och Sannolikhet”
- Åtgärdsförslag för att minimera eller eliminera identifierade risker har utförts på de risker som bedömts vara av mycket allvarlig eller allvarlig art eller där det varit relevant av andra skäl

6 Resultat

Analysen utfördes på två utvalda processer/aktiviteter 2010-01-20 och 2010-01-27. Analysen utfördes ur ett An/Op/IVA-perspektiv då jourverksamheten och intensivvårdsverksamheten förändras vid Uddevalla sjukhus.

Analysteams sammansättning har utgått från att gruppen har olika professioner och erfarenheter med god organisationskunskap.

De delprocesser som analyserats är:

1. Patientomhändertagande när narkosprimärjourlinje ersätts med kombinerad jour/beredskapslinje på Uddevalla sjukhus alternativt beredskapsjour i hemmet efter kl 24.00.
2. Omhändertagande av patienter med behov av HPE-vård (Högspecialiserad Postoperativ Enhet) och stabiliseringsfunktion.

Förklaring av de begrepp som används i rapporten finns under rubrik 8 "Förklaringar av förekommande begrepp".

6.1 Risker och bakomliggande orsaker

Riskidentifieringen utfördes för varje riskområde enligt processbeskrivningen (bilaga 2). 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.

Totalt har 55 olika risker identifierats varav 22 har bedömts som allvarliga och erhållit en riskpoäng på minst 8 av maximala 16 poäng, inkluderande mortalitet. Dessutom har analysgruppen valt att gå vidare med 28 risker med 8 poäng eller lägre där allvarlighetsgraden är hög. Nedan redovisas de risker som bedömts vara allvarligast, dess orsaker och de åtgärdsförslag som tagits fram för att eliminera eller minska riskerna.

6.1.1 Identifierade risker process 1

Patientomhändertagande när narkosprimärjourlinje ersätts med kombinerad jour/beredskapslinje på Uddevalla sjukhus alternativt beredskapsjour i hemmet efter klockan 24.00.

Under denna delprocess har 10 risker identifierats med riskpoäng 8 eller högre och 8 risker med lägre poäng där analysteamet valt att gå vidare. Under denna delprocess hittades även två risker där teamet valde att inte gå vidare.

I samtliga delprocesser finns aktiviteten ”Ringa in sovande jourläkare på sjukhuset”. Här finns inga nya risker vid oförändrad kompetensnivå på primärjour.

Delprocess 1 Bedöma/behandla efter akutlarm

Risker med 8 poäng eller mer:

Aktivitet 1.1 Ringa in jourläkare från hemmet (30 min)

- **Risk 1.1.1 och 1.1.2**
Rätt kompetens kommer för sent om jourläkaren rings in från hemmet med en inställetid på 30 minuter. Detta kan leda till fördröjd bedömning, diagnos, behandling och att vårdtiden förlängs. Denna försening kan orsaka **dödsfall eller bestående skada**. Dessa risker anses kunna **elimineras** genom bibehållen sjukhusbunden jour eller ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Aktivitet 1.3 Ringa in delad bakjour

- **Risk 1.3.2**
När bakjourkompetensen delas mellan NÄL och US kan detta innebära att denna kompetens kommer för sent eller uteblir då bakjouren är upptagen på det andra sjukhuset. Detta kan leda till **bestående skada**. Eftersom tryckkammaren finns på US är detta i sig en ökad patientrisk under dyksäsongen. Denna risk anses kunna **elimineras** genom att bibehålla bakjoursorganisationen eller genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Risker med poäng under 8:

Aktivitet 1.1 Ringa in jourläkare från hemmet (30 min)

- **Risk 1.1.3**
Rätt kompetens kommer för sent om jourläkaren rings in från hemmet med en inställetid på 30 minuter. Detta kan leda till fördröjd bedömning, diagnos, behandling och att vårdtiden förlängs. Denna försening kan leda till ett **ökat lidande** för patienten. Denna risk anses kunna **elimineras** genom bibehållen sjukhusbunden jour eller ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Aktivitet 1.3 Ringa in delad bakjour

- **Risk 1.3.1**

När bakjourkompetensen delas mellan NÄL och US kan detta innebära att denna kompetens kommer för sent eller uteblir då bakjouren är upptagen på det andra sjukhuset. Detta kan leda till **dödsfall**. Eftersom tryckkammaren finns på US är detta i sig en ökad patientrisk under dyksäsongen. Denna risk anses kunna **elimineras** genom att bibehålla bakjoursorganisationen eller genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Delprocess 2 Genomföra akut preoperativ bedömning och operation

Risker med 8 poäng eller mer:

Aktivitet 2.1 Ringa in jourläkare från hemmet (30 min)

- **Risk 2.1.1, 2.1.2 och 2.1.3**

Rätt kompetens kommer för sent om jourläkaren rings in från hemmet med en inställetid på 30 minuter. Detta kan leda till fördröjd bedömning, diagnos, behandling och att vårdtiden förlängs. Denna försening kan orsaka **dödsfall, bestående skada och ökat lidande**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom bibehållen sjukhusbunden jour eller ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

- **Risk 2.1.4**

Preoperativa bedömningar på akuta patienter som skall opereras nästkommande dag kommer i mindre omfattning att genomföras under jourtid då jourläkaren rings in från hemmet. Detta kan leda till **förlängd vårdtid** för patienten. Denna risk anses kunna **elimineras** genom bibehållen sjukhusbunden jour eller ett fysiskt sammanhållet sjukhus eller **begränsas** genom en schemaförändring som innebär att narkosläkarna börjar arbetsdagen tidigare. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Inga risker under 8 poäng identifierades

Delprocess 3 Genomföra MIG-konsult (Mobil IntensivvårdsGrupp)

Inga risker över 8 poäng identifierades.

Risker med poäng under 8:

Aktivitet 3.1 Ringa in jourläkare från hemmet (30 min)

- **Risk 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3 och 3.1.4**

Enligt MIG-konceptet skall åtgärder genomföras inom 30 minuter. MIG-gruppen kommer att sakna narkosläkarkompetens eftersom vederbörande har en inställetid på 30 minuter. Detta kan leda till **dödsfall, bestående skada, ökat lidande och förlängd vårdtid**. Dessa risker kan **elimineras** genom att behålla narkosjouren på sjukhuset eller **begränsas** genom att ha adekvat sköterskebemanning på enheten för högspecialiserad postoperativ vård (HPE). Detta garanterar en initial MIG-bedömning inom 30 minuter. Om narkosjouren har 30 minuters inställetid måste MIG-konceptet ändras. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Delprocess 4 Bedöma/behandla efter sjuksköterskekontakt på OP, UVA eller HPE

Risker med 8 poäng eller mer:

Aktivitet 4.1 Ringa in jourläkare från hemmet (30 min)

- **Risk 4.1.1 och 4.1.2**

Rätt kompetens kommer för sent om jourläkaren rings in från hemmet med en inställetid på 30 minuter. Detta kan leda till fördröjd bedömning, diagnos, behandling och att vårdtiden förlängs. Denna försening kan orsaka **dödsfall eller bestående skada**. Dessa risker anses kunna **elimineras** genom bibehållen sjukhusbunden jour eller ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Risker med poäng under 8:

- **Risk 4.1.3**

Rätt kompetens kommer för sent om jourläkaren rings in från hemmet med en inställetid på 30 minuter. Detta kan leda till fördröjd bedömning, diagnos, behandling och att vårdtiden förlängs. Denna försening kan orsaka **ökat lidande**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom bibehållen sjukhusbunden jour eller ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Delprocess 5 Begäran från vårdavdelning om assistans

Risk med 8 poäng:

- **Risk 5.1.1**

Ändrad jourorganisation för andra specialiteter kan leda till att behovet av insatser från narkosjouren ökar. Tillgänglig bakjoursresurs är dessutom begränsad under helger inom medicin, kirurgi och narkos. Om narkosjourläkaren skall ringas in från hemmet kan kompetensen komma för sent vilket innebär fördröjd bedömning, diagnos, behandling och förlängd vårdtid. Detta kan leda till **bestående skada**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom bibehållen sjukhusbunden jour eller ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

Risk med poäng under 8:

- **Risk 5.1.2**

Ändrad jourorganisation för andra specialiteter kan leda till att behovet av insatser från narkosjouren ökar. Tillgänglig bakjoursresurs är dessutom begränsad under helger inom medicin, kirurgi och narkos. Om narkosjourläkaren skall ringas in från hemmet kan kompetensen komma för sent vilket innebär fördröjd bedömning, diagnos, behandling och förlängd vårdtid. Detta kan leda till **ökat lidande**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom bibehållen sjukhusbunden jour eller ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Metod för **uppföljning** kan inte värderas.

6.1.2 Identifierade risker process 2:

Omhändertagande av patienter med behov av HPE-vård samt stabiliseringsfunktion på Uddevalla sjukhus.

Under denna delprocess har 12 risker identifierats med riskpoäng 8 eller högre och 20 risker med lägre poäng där analysteamet valt att gå vidare. Under denna delprocess hittades även tre risker där teamet valde att inte gå vidare.

Delprocess 1 Vårda patienter

Risker med 8 poäng eller mer:

Aktivitet 1.1 Kompetensförsörja läkare/övrig personal

- **Risk 1.1.2**

En koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL medför att personalen på HPE, US, har svårt att upprätthålla sin intensivvårdskompetens. Vilket kan leda till sämre bedömning och handläggning av patienten. Detta kan orsaka **ökad risk för komplikationer**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus eller **begränsas** genom rotation av all personal och ökad tillgänglighet till kringresurser inklusive diagnostik och konsultfunktioner. Metod för **uppföljning** är att följa personalens rotation, följa antalet insatser av kringresurser. Dock svårt att värdera.

Aktivitet 1.2 Transportera patient

- **Risk 1.2.2**

En koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL medför att antalet patienttransporter kommer att öka. Under transport är möjligheten till diagnos och behandling begränsad. Detta innebär **ökad risk för komplikationer**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus alternativt bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US. **Begränsas** genom bibehållna kringresurser på US. Metod för **uppföljning** är att följa antalet transporter och antalet komplikationer i samband med dessa.

Aktivitet 1.3 Stabilisera patient inför transport

- **Risk 1.3.2**

Om intensivvården koncentreras till NÄL kan detta leda till att personalen på HPE, US, har svårt att upprätthålla sin intensivvårdskompetens, att det blir för lite personal, för få kringresurser och det kan även bli brist/avsaknad av utrustning på US. Detta kan leda till **ökad risk för komplikationer**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus alternativt bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US. **Begränsas** genom bibehållna IVA- och kringresurser på US som motsvarar övriga specialitetens behov. Metod för **uppföljning** är att följa upp bemanning.

Risker under 8 poäng

Aktivitet 1.1 Kompetensförsörja läkare/övrig personal

- **Risk** 1.1.1, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5

En koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL medför att personalen på HPE, US, har svårt att upprätthålla sin intensivvårdskompetens. Vilket kan leda till sämre bedömning och handläggning av patienten. Detta kan orsaka **dödsfall, bestående skada, förlängt vårdförlopp och ökat lidande**. Dessa risker anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus eller **begränsas** genom rotation av all personal och ökad tillgänglighet till kringresurser inklusive diagnostik och konsultfunktioner. Metod för **uppföljning** är att följa antal Lex Maria-anmälningar, följa personalens rotation, följa antalet insatser av kringresurser, följa vårdtidsregistrering, och följa väntetider till operation. Dock svårt att värdera.

Aktivitet 1.2 Transportera patient

- **Risk** 1.2.1, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5

En koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL medför att antalet patienttransporter kommer att öka. Under transport är möjligheten till diagnos och behandling begränsad. Detta innebär **dödsfall, bestående skada, förlängt vårdförlopp och ökat lidande**. Dessa risker anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus alternativt bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US. **Begränsas** genom bibehållna kringresurser på US. Metod för **uppföljning** är att följa antalet Lex Maria-anmälningar samt antal transporter och komplikationer i samband med dessa.

Aktivitet 1.3 Stabilisera patient inför transport

- **Risk** 1.3.1

Om intensivvården koncentreras till NÄL kan detta leda till att personalen på HPE, US, har svårt att upprätthålla sin intensivvårdskompetens, att det blir för lite personal, för få kringresurser och det kan även bli brist/avsaknad av utrustning på US. Detta kan leda till **dödsfall**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus alternativt bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US. **Begränsas** genom bibehållna IVA- och kringresurser på US som motsvarar övriga specialiteters behov. Metod för **uppföljning** är att följa antalet Lex Maria-anmälningar.

Delprocess 2 Samarbete/funktion med övriga enheter

Risker med 8 poäng eller mer:

Aktivitet 2.1 Samarbeta med ortopedklinik

- **Risk** 2.1.2

Koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL leder till otillräcklig kompetens vid pre-, peri- och postoperativt omhändertagande av ortopedpatienter i behov av intensivvård. Kardiologin är en kringresurs som är lokaliserad till NÄL. Detta kan leda till avsaknad av/otillräcklig kardiologiskt pre- och postoperativt omhändertagande. Detta kan leda till **ökad risk för komplikationer**. Denna risk kan **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus, bibehållna IVA- och kringresurser på US, eller flytta ortopedens

akuta och tyngre elektiva verksamhet till NÄL. Metod för **uppföljning** är att följa upp komplikationsregistret.

Aktivitet 2.2 Samarbeta med MÄVA-avdelningar och strokerehab

- **Risk 2.2.1, 2.2.2**

Indikationen för intensivvård kan komma att förskjutas (med detta avses att färre MÄVA-patienter kan komma att läggas på IVA) då intensivvården finns på NÄL. **Risken för dödsfall och komplikationer** kan komma att öka. Detta anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus, bibehållna IVA- och kringresurser på US eller flytta MÄVA:s verksamhet till NÄL. Riskerna kan **begränsas** genom att följa beslutet om att akut stroke skall vårdas på NÄL och genom att i förväg ha avgjort om IVA-resurser skall sättas in för den enskilde patienten. Metod för **uppföljning** är att följa antal Lex Maria-anmälningar och avvikelserapportering.

Aktivitet 2.3 Samarbeta med urologkliniken

- **Risk 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.4, 2.3.5**

Koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL leder till otillräcklig kompetens vid pre-, peri- och postoperativt omhändertagande av urologpatienter i behov av intensivvård. Kardiologin är en kringresurs som är lokaliserad till NÄL. Vilket kan leda till avsaknad av/otillräcklig kardiologiskt pre- och postoperativt omhändertagande. Detta kan leda till **dödsfall, ökad risk för komplikationer, bestående skada, förlängt vårdförlopp och ökat lidande**. Dessa risker kan **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus, bibehållna IVA- och kringresurser på US, eller flytta urologins verksamhet till NÄL. De kan **begränsas** genom att bibehålla IVA- och kringresurser som motsvarar urologens behov. Metod för **uppföljning** är att följa upp antalet Lex Maria-anmälningar och avvikelshantering.

Aktivitet 2.4 Samarbeta med hämatologkliniken

- **Risk 2.4.2**

En koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL medför att personalen på HPE, US, har svårt att upprätthålla sin intensivvårdskompetens. Vilket kan leda till sämre bedömning och handläggning av hämatologpatienten. Detta kan orsaka **ökad risk för komplikationer**. Denna risk anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus, flytta hematologins verksamhet till NÄL eller genom att bibehålla IVA- och kringresurser som motsvarar hematologins behov. Metod för **uppföljning** är att följa antalet avvikelserapporter.

Risker med under 8 poäng:

Aktivitet 2.1 Samarbeta med ortopedklinik

- **Risk 2.1.1, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5**

Koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL leder till otillräcklig kompetens vid pre-, peri- och postoperativt omhändertagande av ortopedpatienter i behov av intensivvård. Kardiologin är en kringresurs som är lokaliserad till NÄL. Vilket kan leda till avsaknad av/otillräcklig kardiologiskt pre- och postoperativt omhändertagande. Detta kan leda till **dödfall, bestående skada, förlängt vårdförlopp och ökat lidande**. Dessa risker kan **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus, bibehållna IVA- och

kringresurser på US, eller genom att flytta ortopedens akuta och tyngre elektiva verksamhet till NÄL. Metod för **uppföljning** är att följa antalet Lex Maria-anmälningar, avvikelserapportering och följa vårdtider.

Aktivitet 2.2 Samarbeta med MÄVA-avdelningar och strokerehab

- **Risk** 2.2.3, 2.2.4, 2.2.5

Indikationen för intensivvård kan komma att förskjutas (med detta avses att färre MÄVA-patienter kan komma att läggas på IVA) då intensivvården finns på NÄL. Detta kan leda till **bestående skada, förlängt vårdförlopp och ökat lidande**. Dessa risker anses kunna **elimineras** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus, bibehållna IVA- och kringresurser på US eller genom att flytta MÄVA:s verksamhet till NÄL och genom att i förväg ha avgjort om IVA-resurser skall sättas in för den enskilde patienten. Metod för **uppföljning** är att följa antalet avvikelserapporter.

Aktivitet 2.4 Samarbeta med hämatologkliniken

- **Risk** 2.4.1, 2.4.3, 2.4.4, 2.4.5

En koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL medför att personalen på HPE, US, har svårt att upprätthålla sin intensivvårdskompetens. Vilket kan leda till sämre bedömning och handläggning av hämatologpatienten. Detta kan orsaka **dödsfall, bestående skada, förlängt vårdförlopp och ökat lidande**. Dessa risker anses kunna **elimineras** och/eller **begränsas** genom ett fysiskt sammanhållet sjukhus, flytta hematologins verksamhet till NÄL eller genom att bibehålla IVA- och kringresurser som motsvarar hematologins behov. Metod för **uppföljning** är att följa antalet Lex Maria-anmälningar och avvikelserapporter.

6.2 Kommentarer övergripande hela processen

- I direktivet för Genomförandeprojektet Vård 2010 står följande: Anpassning av anestesi-, operations- och IVA-verksamheten till de verksamhetsförändringar som genomförs och den förändrade vårdprofilen på US respektive NÄL, där kvalificerade operations skall bedrivas vid båda sjukhusen men med akut inriktning på NÄL och elektiv inriktning på US.
- Patienter fråntas rätten till en jämlik vård om nödvändiga resurser inte finns på Uddevalla sjukhus
- Det är inte medicinskt acceptabelt att inte ha en sjukhusbunden narkosjour
- Avsaknad av kardiologisk kompetens och kardiologisk utredningskapacitet begränsar operationsmöjligheter för anesthesiologiska riskpatienter vid Uddevalla sjukhus
- Intensivvård kan inte erbjudas på Uddevalla sjukhus utan kringresurser såsom klinisk fysiologi, kardiologi, neurologi, lungmedicin och kirurgkonsult 24 timmar per dygn
- Kringresurser måste vara tillräckligt stora och konsultverksamheten måste systematiseras
- Sambandsanalyser borde ha gjorts
- Det är inte legitimt att ta emot akuta patienter ej heller att vårda nyopererade patienter, utan sjukhusbunden narkosjour
- Sannolikhetsbedömningen i analysmetodens riskpoängsättning är svår att tillämpa
- Centrum för tumörsjukdomar byggs upp på Uddevalla sjukhus. Hur kan detta byggas upp utan IVA-resurs?

- Verksamheternas bedömning är att det inte går att bedriva verksamhet utan tillgång till intensivvård
- Verksamheterna uppfattar att förutsättningarna för att bedriva vård på Uddevalla sjukhus har ändrats utan att konsekvenserna tydligt har analyserats eller kommunicerats.
- På MÄVA vårdas även MAVVA-patienter
- Alla specialiteter och personalgrupper har inte varit representerade i analysteamet
- Narkosjournen blir ofta konsulterad av avdelningspersonal i ärenden som borde ha kunnat tas omhand av annan specialitet/personalgrupp

Analysledarnas kommentarer.

- Enligt analysgruppen kan metod för uppföljning inte värderas i huvudprocess 1, men i huvudprocess 2 är detta gjort
- Samtliga professioner var inte representerade i analysteamet t.ex. undersköterska
- Om MIG-konceptet ändras minskar inte detta risker för patienten (aktivitet 3.1)

6.3 Risker, åtgärdsförslag och ansvariga för genomförandet i tabellform

Totalt har 55 risker identifierats varav 22 har bedömts som allvarliga och erhållit en riskpoäng på minst 8 av maximala 16 poäng. Teamet har även bedömt att gå vidare med 28 risker under 8 poäng.

RISKID	Åtgärdsförslag	Ansvarig för genomförandet
Process 1: Patientomhändertagande när narkosprimärjourlinje ersätts med jour/beredskaplinje vid Uddevalla sjukhus alt. beredskapsfunktion i hemmet efter klockan 24.00		
Ringa in jourläkare från hemmet (30 minuter) 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 Vid inringning av narkosjourläkare från hemmet (30 min) efter akutlarm kan rätt kompetens komma försent vilket innebär fördröjd bedömning, diagnos och behandling vilket kan leda till dödsfall (8p), bestående skada (8p,) ökat lidande (6p)	Bibehållen sjukhusbunden jour. Ett fysiskt sammanhållet sjukhus.	
Ringa in delad bakjour 1.31, 1.1.2 Vid delad bakjour NÄL/US (inkl tryckkammaren) kan bakjournen vara upptagen på det ena sjukhuset vilket kan leda till att rätt kompetens kommer försent. Detta kan leda till fördröjd bedömning, diagnos och behandling. Detta kan orsaka dödsfall (4p), bestående skada (8p)	Bibehålla bakjoursorganisationen Ett fysiskt sammanhållet sjukhus.	

<p>Ringa in jourläkare från hemmet (30 minuter) 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3 Vid inringning av narkosjourläkare från hemmet (30 min) för att göra akut preop bedömning och akut operation kan rätt kompetens komma försent vilket innebär fördröjd bedömning, diagnos och behandling och förlängd vårdtid vilket kan leda till dödsfall (8p), bestående skada (8p), ökat lidande (8p)</p>	<p>Bibehållen sjukhusbunden jour. Ett fysiskt sammanhållet sjukhus.</p>	
<p>Ringa in jourläkare från hemmet (30 minuter) 2.1.4 Om narkosjourläkare skall ringas in från hemmet (30 min) för att göra preoperativa bedömningar av patienter som kan vänta på operation till på morgonen kommer färre sådana bedömningar att göras (8p)</p>	<p>Bibehållen sjukhusbunden jour. Ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Schemaförändring för narkosläkarna.</p>	
<p>Ringa in jourläkare från hemmet (30 minuter) 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4 MIG-gruppen saknar narkosläkarkompetens (MIG-uppdrag skall genomföras inom 30 min) om narkosläkare skall ringas in från hemmet (30min). Detta kan innebära dödsfall (4p), bestående skada (4p), ökat lidande (2p), förlängd vårdtid (2p)</p>	<p>Behålla narkosjour på sjukhuset. För att garantera initial MIG-bedömning krävs adekvat sköterskebemanning på HPE. Ändra MIG-konceptet.</p>	
<p>Ringa in jourläkare från hemmet (30 minuter) 4.11, 4.1. 2, 4.1. 3 Om narkosläkare rings in från hemmet (30min) efter inringning från sjuksköterska kan rätt kompetens komma försent vilket innebär fördröjd bedömning, diagnos och behandling och förlängd vårdtid. Detta kan leda till dödsfall (8p), bestående skada (8p), ökat lidande (6p)</p>	<p>Bibehållen sjukhusbunden jour. Ett fysiskt sammanhållet sjukhus.</p>	
<p>Ringa in jourläkare från hemmet (30 minuter) 5.1. 1. 5.1. 2 Begränsad bakjoursresurs på helgerna och ändrad jourorganisation för andra specialiteter medför ökat behov av narkosläkarassistans till vårdavdelningarna. Rings då denne in från hemmet (30 min) betyder det att rätt kompetens kan komma försent vilket innebär fördröjd bedömning, diagnos och behandling samt förlängd vårdtid. Detta kan leda till bestående skada (8p), ökat lidande (6p)</p>	<p>Bibehållen sjukhusbunden jour. Ett fysiskt sammanhållet sjukhus.</p>	

RISKID	Åtgärdsförslag	Ansvarig för genomförandet
<u>Process 2: HPE-vård (högspecialiserad postoperativ enhet) samt stabiliseringsfunktion på Uddevalla sjukhus</u>		
<p>Kompetensförsörja läkare/övrig personal på US 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5</p> <p>En koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL leder till bristande kompetens och sämre bedömning av patienten. Detta kan innebära dödsfall (4p), ökad risk för komplikationer (9p), bestående skada (6), förlängt vårdförlopp (4p) och ökad lidande (6p) för patienten</p>	<p>Ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Rotation av all personal. Ökad tillgänglighet till kringresurser, inklusive diagnostik och konsultfunktioner</p>	
<p>Transportera patienter. 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5</p> <p>Koncentrationen av intensivvården och kringresurser till NÄL, leder till ett ökat antal transporter. Möjligheterna till diagnostik och behandling är begränsade under transporten. Detta kan leda till dödsfall (4p), ökad risk för komplikationer (9p), bestående skada (6p), förlängt vårdförlopp (4p) och ökat lidande (6p) för patienten</p>	<p>Ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US</p>	
<p>Stabilisera patienter inför transport. 1.3.1, 1.3.2</p> <p>Om intensivvården koncentreras till NÄL kan detta leda till att kompetensen kommer att minska, för lite personal, för få kringresurser och det kan även bli brist/avsaknad på utrustning på US. Detta kan leda till dödsfall (4p) och ökad risk för komplikationer (9p).</p>	<p>Ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US. IVA-resurser och kringresurser som motsvarar övriga specialitetens behov.</p>	
<p>Samarbeta med ortopedklinik. 2.1.1, 2.1.2, 2.1.3, 2.1.4, 2.1.5</p> <p>Koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL leder till otillräcklig kompetens vid pre-, peri- och postoperativt omhändertagande och avsaknad/otillräcklig kardiologiskt postoperativt omhändertagande kan leda till dödsfall (4p), ökad risk för komplikationer (12p), bestående skada (6p), förlängt vårdförlopp (4p) och ökat lidande (6p).</p>	<p>Ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US. Flytta ortopedens akuta och tyngre elektiva verksamhet till NÄL.</p>	

<p>Samarbeta med MÄVA och strokerehab. 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4, 2.2.5</p> <p>Om indikationen för intensivvård förskjuts pga. frånvaro av IVA-resurs på US kan detta leda till dödsfall (8p), ökad risk för komplikationer (8p), bestående skada (6p), förlängt vårdförlopp(6p) och ökat lidande (6p).</p>	<p>Ett fysiskt sammanhållet sjukhus Bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US Flytta MÄVA:s verksamhet till NÄL Akut stroke skall vårdas på NÄL enligt beslut Proaktivt avgöra om IVA-resurser skall sättas in.</p>	
<p>Samarbeta med Urologkliniken 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3, 2.3.4, 2.3.5</p> <p>Koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL leder till otillräcklig kompetens vid pre-, peri- och postoperativt omhändertagande och avsaknad/otillräcklig kardiologiskt postoperativt omhändertagande kan leda till dödsfall (8p), ökad risk för komplikationer (9p), bestående skada (9p), förlängt vårdförlopp (9p) och ökat lidande (9p).</p>	<p>Ett fysiskt sammanhållet sjukhus. Bibehållen IVA-resurs och kringresurser på US. Flytta urologins verksamhet till NÄL IVA-resurs och kringresurser på US som motsvarar urologens behov.</p>	
<p>Samarbeta med hämatologkliniken 2.1.1, 2.4.2, 2.4.3</p> <p>Koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL leder till bristande kompetens och sämre bedömning och handläggande av patienten. Detta inkluderar att adekvat behandling inte kan inledas.</p>	<p>Ett fysiskt sammanhållet sjukhus Flytta hematologins verksamhet till NÄL IVA-resurs och kringresurser på US som motsvarar hematologins behov</p>	
<p>Samarbeta med hämatologkliniken 2.1.4, 2.4.5</p> <p>Koncentration av intensivvård och kringresurser till NÄL leder till bristande kompetens och sämre bedömning och handläggande av patienten. Detta inkluderar att adekvat behandling inte kan inledas.</p>	<p>IVA-resurs och kringresurser på US som motsvarar hematologins behov</p>	

7 Tidsåtgång

	Arbete i analysgruppen	Planering och dokumentation analysledare
Antal man-timmar	Analysteam 6 x 13tim Analysledare/projektledare tim 4 x 13 tim	80 tim

Tidsåtgången för riskanalysen är sammanlagt 210 mantimmar. Analysen påbörjades den 2010-01-20 och avslutades den 2010-02-10. Analysgruppen träffades vid 3 tillfällen. Rapporten avlämnades till uppdragsgivaren 2010-02-18.

8 Uppdragsgivarens kommentarer

Kommentarer angående Riskanalys AnOpIva 2010-02-18 från Områdeschef Leif Dolonius, Område 4, AnopIva, NU-sjukvården

Uppdraget skulle analysera dels förändringar avseende jour och beredskaps åtagande dels om intensivvårdskompetens och om funktionen högspecialiserad enhet (HPE) på Uddevalla sjukhus.

Process 1

Analysen avseende jour- och beredskapsalternativ dvs. jour i hemmet alternativt sjukhusbunden jour delar uppdragsgivaren gruppens bedömning. Det får anses klarlagt att sjukhusbunden jour är nödvändig för säkerställande av god och säker medicinsk kvalitet med tanke på den verksamhet som finns på sjukhuset.

Däremot delar inte uppdragsgivaren nödvändigheten om dubbling av bakjoursfunktionen. Sannolikheten får anses låg att bakjouren skulle vara samtidigt upptagen med två sjukhusbundna jourlinjer på NÄL. Uppföljning får givetvis göras med sedvanlig incidens/avvikelse hantering. Andra sjukhus med omfattande elektiv kirurgi ex. Hässleholms sjukhus, Lundby sjukhus och Carlanderska sjukhuset har inte ex. bakjours behov.

Process 2

Analysen angående Högspecialiserad postoperativ enhet (HPE) och stabiliseringsfunktion på Uddevalla sjukhus.

Uppdragsgivaren hänvisar till den Tilläggsrapport från 2008 och de bedömningar som gjordes avseende behovet av Intensivvård vid Uddevalla sjukhus. Antal intensivvårdstillfällen vid Uddevalla sjukhus kommer att bli lågfrekvent vilket innebär svårigheter att långsiktigt bibehålla nödvändig kompetens med fast IVA-personal. Detta är i sig en betydande risk för patienten. En sådan verksamhet skulle bli suboptimerad och IVA resursen som helhet skulle få

kapacitetsproblem. Denna slutsats delades även utav den Regionala Intensivvårdsutredningen från 2008.

Omfattande analyser har därmed gjorts. Delrapporten har kommunicerats i NU-sjukvårdens ledningsgrupp. Strukturförändringen som helhet för AnopIva har kommunicerats på flera samverkansdagar och andra möten inom området. Hur kommunikationen inom andra verksamheter har förts har uppdragsgivaren ingen uppfattning om. Emellertid så innebar koncentration av IVA till NÄL att Infektionskliniken fick ett tilläggsuppdrag att flytta sin verksamhet till NÄL med hänvisning till Intensivvårdsresursen lokalisering.

Analysgruppens konklusion avseende kardiologi och annan utredningskapacitet så ingick inte detta i riskanalysuppdraget. Dock bör klargöras att efterfrågad resurs aldrig funnits 24 timmar om dygnet och därvidlag har inte förutsättningarna förändrats för att bedriva nuvarande operationsverksamhet. Dagtid så kommer ex. kardiologisk och annan utredande och konsulterande verksamhet finnas vid sjukhuset.

Intensivvård är en vårdnivå och inte en fysisk plats. Sålunda förutsätter upprätthållandet av en god och säker intensivvårdskompetens inom HPE och stabiliseringsfunktion att IVA-sjuksköterskor, undersköterskor och läkare roterar mellan sjukhuskropparna. Detta innebär inte att när behovet av intensivvård uppkommer att denna skall bedrivas på Uddevalla sjukhus. Däremot så skall stabiliseringsfunktionen vid HPE säkerställa att patienten är i sådant skick för en säker transport till intensivvårdsavdelningen på NÄL. Samma krav har gällt tidigare när patienter skall transporteras till andra sjukhus som ex. Sahlgrenska sjukhuset. Nuvarande ambulansorganisation har en hög kompetens för att säkerställa medicinskt säkra transporter. Samtidigt är uppdragsgivaren medveten om att det kan föreligga risker vid transporter av svårt sjuka patienter såväl inom sjukhuset som mellan sjukhus. Med tanke på den kompetenta personal inom IVA och ambulansverksamheten kopplat till specialdesignad medicinteknisk utrustning samt specialambulanser bör dessa transporter bedömas som tillräckligt säkra. Uppföljning måste naturligtvis göras inom incidens/avvikelse systemet MedControl.

Den högspecialiserade postoperativa enheten (HPE) kan betraktas som en i huvudsak kirurgisk intermediärvårdsfunktion. Till detta finns sedvanlig postoperativ resurs som uppvakningsavdelning (UVA) 24 timmar om dygnet.

Det akuta och elektiva uppdraget måste tydliggöras inte minst inom MÄVA konceptet där det i nuläget finns en tendens till att även andra akutmedicinska patienter vårdas.

Det är mycket få patienter som genereras från ortopedkliniken till Intensivvård, däremot finns det patienter som kan vara i behov av den intermediära funktionen, HPE för att förhindra postoperativa cirkulatoriska och respiratoriska komplikationer. Detsamma torde gälla även för urologiska patienter. De patienter som kan bli föremål för intensivvård kommer få sin initiala behandling på Uddevalla sjukhus för att senare kunna transporteras på ett säkert och tryggt sätt till intensivvårdsavdelningen på NÄL.

9 Förekommande begrepp

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

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
Riskanalys	Systematisk identifiering och bedömning av risk
Åtgärd	Den insatts som bedöms eliminera eller minska risken
AnOpIVA	Anestesi/operation/intensivvårdsavdelning
NÄL	Norra Älvsborgs länssjukhus
US	Uddevalla sjukhus
UVA	UppVakningsAvdelning
MÄVA	Multisjuka Äldres VårdAvdelning
Ortopedi	Behandling av sjukliga eller onormala tillstånd i skelettet och rörelseapparaten
Kardiologi	Läran om hjärtat, dess funktioner och sjukdomar
Hematologi	Läran om de blodbildande organen, blodet och dess sjukdomar
Urologi	Läran om urinvägarnas sjukdomar
Klinisk fysiologi	Medicinsk laboratoriespecialitet
Neurologi	Läran om nervsystemet
Strokrehabilitering	Strokerehabilitering är en patientcentrerad process med många professioner involverade för att arbeta med den enskilda individen.
Preoperativt	Före operation
Perioperativt	Under operation
Post operativt	Efter operation
Proaktivt	Förebyggande
IVA	Intensivvårdsavdelning
Intensivvård	Intensivvård är att förebygga och behandla svikt i ett eller fler organsystem så att fortsatt liv kan bli meningsfullt ur patientens synvinkel
HPE	Högspecialiserad postoperativ enhet
MAVA	Medicinsk akutvårdsavdelning

10 Skalor för riskbedömning

Allvarlighetsgrad

Katastrofal (4)	<ul style="list-style-type: none"> dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) själv mord operation/åtgärd på fel patient eller fel kroppsdel
Betydande (3)	<ul style="list-style-type: none"> kvarstående måttligt nedsatt funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk intellektuell eller psykologisk) kirurgiskt ingrepp krävs förlängd vårdtid* för tre eller fler patienter högre vårdnivå för tre eller fler patienter
Måttlig (2)	<ul style="list-style-type: none"> övergående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk intellektuell eller psykologisk) förlängd vårdtid* för en eller två patienter högre vårdnivå för en eller två patienter
Mindre (1)	<ul style="list-style-type: none"> obehag eller obetydlig skada <p>-----</p> <p>*) med förlängd vårdtid avses att hela vårdepisoden förlängs inom slutna vård och/eller öppenvård</p>

Sannolikhet

Mycket stor (4)	Inträffar dagligen
Stor (3)	Inträffar varje vecka
Liten (2)	Inträffar varje månad
Mycket liten (1)	Inträffar 1 gång per år eller mer sällan

11 Förteckning bilagor

Bilaga 1: Uppdragsbeskrivning

Bilaga 2: Processbeskrivning

Projektuppdrag för riskanalys

Bilaga 1

Uppdragsgivare	Leif Dolonius, verksamhetschef An/Op/IVA, NU-sjukvården
Projektnamn	Förändring gällande narkosprimärjourlinje samt högspecialiserad postoperativ eftervård (HPE-vård) på Uddevalla sjukhus
Projektledare/teamledare	Göran Friberg /Börje Nilsson
Bakgrund	Vård 2010 är ett utvecklingsarbete för att förbättra NU-sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Denna riskanalys är ett delprojekt för An/Op/IVA.
Analysgrupp (projektgrupp) Kompetenser	Göran Friberg, projektledare, Sven-Erik Lundin, Kirurgklin, läk, Lars Karlsson Ortopedklin, läk, Mats Hardling, Medicinklin, läk, Lars Spetz, AnOpIVA-klin, läk, Monica Hessel AnOpIVA-klin, ssk, Helena Hellberg AnOpIVAKlin, ssk,
Uppdrag Syfte och mål Avgränsningar	<p>Uppdragets mål är att ur patientperspektivet ta fram, analysera och bedöma de risker som kan uppstå i samband med ovan nämnda aktiviteter. Syftet med att genomföra riskanalysen är att i största möjliga omfattning eliminera dessa risker.</p> <p>Denna riskanalys är en del av klinikens lösning på de sparkrav som ställts.</p> <p>De processer som skall analyseras är:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patientomhändertagande när narkosprimärjourlinje ersätts med kombinerad jour/ beredskapslinje på Uddevalla sjukhus alternativt beredskapsfunktion i hemmet efter kl 24.00. Nuvarande bakjournfunktion vid Uddevalla sjukhus upphör efter flytt av traumaverksamhet. 2. Omhändertagande av patienter med behov av HPE-vård och stabiliseringsfunktion (högspecialiserad postoperativ eftervård) på Uddevalla sjukhus.
Projektid	Analysen ska genomföras under januari – februari 2010
Avrapportering	Rapportering sker till uppdragsgivare Leif Dolonius slutet av februari 2010
Uppföljning	Uppföljning av åtgärdsförslagen enligt plan för projekt Vård 2010 Avseende förändrad jourverksamhet bör uppföljning ske efter IVA:s flytt till NÄL. Behovet av HPE och stabiliseringsfunktion följs upp fortlöpande efter IVA flytt.
Resurser	Analysledare Anita Johansson, ÖNH/Käkkirurgiska kliniken, NÄL och Sofia Bruzelius AnOpIVA-kliniken NÄL







