

Risicanalys

48 vårdplatser för multisjuka äldre på Uddevalla sjukhus

Mars 2008

Analysledare:
G.C, D.L
Medicinkliniken
NU-sjukvården

Sammanfattning

Syfte: Att hitta de svaga länkarna i vårdprocessen multisjuka äldre

Avgränsningar: Riskanalysen omfattar inte de patienter som ingår i de organspecifika flödena.

Övervägande antalet risker återfinns under delprocesserna ”Inskrivning” och ”Under vårdtiden”.

Vården av multisjuka äldre har enligt många bedömningar inte lika hög status som vården av yngre patienter med organspecifika sjukdomar. Risken att inte kunna rekrytera personal och framför allt läkare till MÄVORNA är överhängande. För att göra dessa vårdavdelningar mer attraktiva föreslås att forskning, utbildning och utveckling kopplas dit. Samarbete med Östfold i Norge förbereds.

Bristen på vårdplatser kan riskera att patienter bedöms ”felaktigt” som MÄVA-patienter. Läkaren ”gör” patienten till MÄVA-patient för att få en säng. Vårdplatsbrist och överbeläggningar är ett vanligt förekommande fenomen inom NU-sjukvården och därvid en ständig jakt på lediga platser. Det kan också innebära att MÄVA fullbeläggs och nya MÄVA-patienter tvingas utlokaliseras till andra vårdavdelningar och kliniker.

Risk för förlängd vårdtid om MÄVA-patient felaktigt skrivs in på vårdavdelning på NÄL för att efter någon dags fördröjning transporteras till MÄVA. Detta kan också vara ett resultat av vårdplatsbristen.

De båda MÄVORNA skall betjäna samtliga kommuner i Fyrbodal. Arbetssättet på MÄVA kräver ett nära samarbete med kommun och primärvård. Ett samarbete, som åtminstone för de stora kommunerna, också kräver fysisk närvaro på avdelningen. Detta kan innebära svårigheter för Trollhättans- och Vänersborgs kommuner pga. vägvståndet och kan i sin tur innebära att planeringen för dessa kommuners patienter blir sämre.

Det finns risk för förlängda vårdtider om inte MÄVA-patienterna kan ges företräde till lab. och röntgen, om kommunerna använder sig av Betalningsansvarslagen fullt ut, om inte sjukgymnaster och arbetsterapeuter kan göra funktions- och hjälpmedelsbedömningar under lördag/söndag, om vårdplaneringsmötet misslyckas, om Apodosen försenas
Återinskrivning riskeras om patientens behov av insatser i hemmet har missbedömts, otillräcklig information till patient, primärvård och kommun (FUT-pärm saknas), otillräcklig läkemedelsuppföljning, missad fallriskbedömning.

Innehållsförteckning

48 vårdplatser för multisjuka äldre på Uddevalla sjukhus	1
Sammanfattning	2
1 Inledning och bakgrund	4
2 Uppdragsgivare	4
3 Uppdrag	4
4 Deltagare i analysteam	5
5 Metodik	5
6 Resultat	5
6.1 Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar	5
6.2 Risker, orsaker och åtgärdsförslag	6
7 Tidsåtgång	9
8 Uppdragsgivarens kommentarer	9
8.1 Åtgärder	Fel! Bokmärket är inte definierat.
8.2 Återkoppling	Fel! Bokmärket är inte definierat.
8.3 Uppföljning	Fel! Bokmärket är inte definierat.
9 Förekommande begrepp	9
10 Bilagor	10

1 Inledning och bakgrund

Sedan början av september 2007 pågår ett intensivt planeringsarbete med att förbättra vårdprocessen för framförallt, patientgruppen multisjuka äldre. Arbetet drivs i samverkan mellan NU-sjukvården, de tre största kommunerna i Fyrbodalen samt primärvården i dessa områden. En av delarna i förbättringsförslaget är etablering av två närsjukvårdsavdelningar (NÄVA) på vardera NÄL respektive Uddevalla Sjukhus med start fjärde kvartalet 2008.

Enligt beslut i NU-styrelsen 071129 ska båda Närsjukvårdsavdelningarna placeras på Uddevalla Sjukhus.

På styrgruppsmötet 080207 beslutades det att ändra namnet från "NÄVA" till "MÄVA" - Multisjukas äldres vårdavdelning. Namnbytet gjordes för att tydliggöra att projektet handlar om fler delar än "NÄVA". "NÄVA" är förknippat med primärvårdsnivå och avser närhet.

Delprojektet, "MÄVA"/Geriatrisk är ett av projekten i Genomförandeprojektet där projektmålen är:

- Planering och start av två avdelningar för multisjuka äldre (MÄVA) om vardera 24 vårdplatser vid Uddevalla sjukhus
- Tydliggörande av MÄVA:s roll i de internmedicinska akutflöderna och avgränsning mot specialistmedicin och geriatrisk/rehabilitering.
- Planering och anpassning av en avdelning för geriatrisk/rehabilitering vid Uddevalla sjukhus omfattande 24 vårdplatser.
- Avdelningens roll i akutflöderna inom internmedicin samt avgränsning mot specialistmedicin och MÄVA skall tydliggöras.

Risken analysen initierades i ovanstående delprojekt utifrån projektgruppsmöte 080124. Vid detta möte lyftes frågan om konsekvensbeskrivning av det politiska beslutet att placera båda Närsjukvårdsavdelningarna på Uddevalla sjukhus. En av arbetsgrupperna fick i uppdrag att göra en riskanalys av vad detta innebär för patienten/befolkningen.

2 Uppdragsgivare

Hasse Johansson

3 Uppdrag

Syfte: Att hitta de svaga länkarna i vårdprocessen multisjuka äldre

Processer som omfattas är:

1. Patienten i behov av akutsjukvård
2. Inskrivning på sjukhuset
3. Vårdtiden
4. Utskrivning från sjukhuset
5. Vistelse i hemmet

Risken analysen omfattar endast de patienter som ingår i det tänkta MÄVA- flödet

4 Deltagare i analysteam

Följande personer deltog i arbetsgruppen;

Namn	Roll / funktion	Enhet
Oskar Angerås	Läkare	Medicinkliniken NÄL
Kristina Ekeröth	Bitr. Avd chef	Avd 9 Uddevalla sjukhus
Hasse Johansson	Verksamhetschef	Medicinkliniken Uddevalla sjukhus
Niklas Jovander	Utskrivningssjuksköterska	Medicinkliniken NÄL
Anders Olsson	Distriktsläkare	Uddevalla
Katarina Olsson	Chefarbetsterapeut	Medicinkliniken NÄL
Ulla-Britt Rosander	Bitr. Verksamhetschef	Medicinkliniken Uddevalla sjukhus

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:

- Arbetsgruppen
- Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Rapport 2002.
- Socialstyrelsen. Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004.
- 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" De kriterier/skalnivåer som använts i riskanalysen redovisas i bilaga.
- 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

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

6.1 Avgränsningar, perspektiv och förutsättningar

Området som analyserats är länssjukvård, kommun och primärvård avseende vård av multisjuka äldre inom Fyrbodalen. Vi har valt att analysera hela vårdprocessen och inte valt bort några aktiviteter.

Förutsättningarna utgår från projektdirektivet MÄVA/Geriatrik. Vid analysteamets sammansättning har vi utgått från att gruppen har olika kompetenser och erfarenheter.

6.2 Risker, orsaker och åtgärdsförslag

Riskidentifieringen utfördes för varje riskområde enligt processbeskrivningen (bilaga 1 - 3). Analysen omfattar även en orsaksanalys. De bakomliggande orsakerna ligger till grund för åtgärdsförslagen. Samma bakomliggande orsak har identifierats för flera olika risker. Samtliga risker, bakomliggande orsaker och åtgärdsförslag redovisas i tabellform i bilaga 4 - 11.

Totalt 58 olika risker har identifierats varav 48 har bedömts som allvarliga och erhållit en riskpoäng på minst 8 av maximala 16 poäng. Nedan redovisas de risker som bedömts vara allvarligast samt dess orsaker och de åtgärdsförslag som tagits fram för att eliminera eller minska riskerna.

Behov av akutsjukvård

Under denna delprocess har 5 risker identifierats med riskpoäng 8 – 12.

Inskrivning

Under denna delprocess har 19 risker identifierats med riskpoäng 8 – 16.

Under vårdtiden

Under denna delprocess har 17 risker identifierats med riskpoäng 8 – 12.

Utskrivning

Under denna delprocess har 5 risker identifierats med riskpoäng 8 – 12.

Vård i hemmet

Under denna delprocess har 2 risker identifierats med riskpoäng 9 – 12.

Delprocess	Bakomliggande orsak	Åtgärdsförslag
1. Behov av akutsjukvård	Otydliga kriterier	Ta fram tydliga kriterier
	Patienten identifieras ej direkt	Kvalitetssäkra triagering, processorientera
2. Inskrivning	Ingen att kommunicera med i länssjukvården	Tillsätta en medicinjour som kommunicerar ut till primärvården
	Platsbrist	En MAVA för unga <75 år och en MAVA för äldre >75 år på NÄL
	Varierande kompetens, språksvårigheter, lågt engagemang, dålig kontinuitet – stafettläkare	Minska stafettköp. Rekrytera ”fasta” läkare. Till varje MÄVA bedöms behovet bli tre överläkare och tre underläkare.
	Låg status att vårda äldre patienter	Koppla MÄVA-avdelningarna ihop med utbildning, utveckling och forskning. Göra ett utbildningscentrum och höja statusen på avdelningarna

	”MÄVA” är fullbelagt	Primärvården och kommunen bör ta större ansvar för att minska inflödet
	Ambulans och sjukvårdsupplysningen för dåligt informerade	Ambulanspersonal ska i första hand utesluta akut organspecifik sjukdom
	”MÄVA” är fullbelagt. ”Öppen retur”	Patienten kontaktar alltid avdelningen innan han/hon åker till sjukhuset
3. Under vårdtiden	Ostrukturerat rondarbete idag	Uppstyrning av de olika professionerna. Fast rondtid
	Många patienter skall passera enheter som röntgen, Lab. och klinfys.	Behålla kompetens på Uddevalla sjukhus. Anställ en kardiolog på MÄVA för att kunna utföra UKG
	Båda MÄVORNA placeras på Uddevalla sjukhus och biståndsbedömarna från Thn och Vbg finns på NÄL.	Bygga en organisation där biståndsbedömarna finns i Uddevalla.
	Personer med otillräcklig kompetens deltar i vårdplaneringsmötet	Teamarbete. Arbeta utifrån patientnärmre vård. Telefonkontakt med MÄVA så att rätt personer kommer till vårdplaneringsmötet.
	Av traditionen vårdplaneras det alltför ofta på vårdavdelningen	Göra fler vårdplaneringar i hemmet.
	Helhetssyn och överblick av läkemedelsförskrivningen saknas pga. att många läkare är inblandade, snabba in- och utskrivningar, ont om tid för läkaren. Ingen genomgång av apotekare.	Kvalitetssäkra rutinen. Ha gemensam läkemedelsmodul. Läkare och apotekare bör ha läkemedelsgenomgång på avdelningen.
	Hanteringen kring Apodosen. För sent skriven på dagen. Felaktigt ifylld.	Bevaka dead line för Apodosleverans. Kontrollera, förarbeta.
	Sjukgymnaster och arbetsterapeuter arbetar inte på helgerna, hjälpmedelsbehov kan inte bedömas på obekvämtid.	Schemaförändring. Tjänstgöring lördag och söndag för sjukgymnaster och arbetsterapeuter.
4. Utskrivning	Avsaknad av utskrivningsdokumentation	Införa ”FUT-pärm”
	Utskrivningssamtal saknas eller är ostrukturerat.	Utskrivningssamtalet ska prioriteras. Kan delegeras till sjuksköterska.
	Svårt att synkronisera transporttiden med utskrivningstidpunkten.	Bättre kommunikation med Västrafik.

5. Vård i hemmet	Brist på personal som möter upp patienten vid hemkomsten	Bättre kommunikation mellan sjukhuset och kommun/primärvård. Arbetsuppgiften måste prioriteras.
	Epikriserna är ej färdiga i tid.	Ge förutsättning för läkarna att diktera i tid. Rekrytera fler läkare.

6.3 Resultat

Övervägande antalet risker återfinns under delprocesserna ”Inskrivning” och ”Under vårdtiden”.

- Att Primärvården och Kommunerna inte är införstådda med att NU-sjukvårdens omstruktureringsarbete, som bl. a innebär 2000 färre besök på akuten bara för denna patientgrupp. De patienter som idag omhändertas på akuten måste i större utsträckning omhändertas i Primärvården och i Kommunerna.
- Patientgruppen multisjuka äldre ingår i akutflödet. Strukturbeslutet innebär att NÄL ska inriktas mot den breda akutsjukvården och Uddevalla sjukhus mot mer planerad vård. Beslutet att förlägga ”MÄVORNA” på Uddevalla sjukhus går stick i stäv med strukturbeslutet. Detta innebär ett konstlat flöde där akut sjuka patienter i möjligaste mån inte skall tas om hand på akutmottagningen på NÄL.
- Att rätt bedömning görs om patienten kommer till akutmottagningen på NÄL. Jourcentralen på Uddevalla sjukhus kommer att bemannas av inhyrda läkare. Erfarenhetsmässigt är kompetensen hos dessa läkare mycket varierande.
- Patienten med hjärtinfarkt eller akut stroke, som larmar ambulans och av ambulanspersonalen identifieras som en MÄVA-patient, riskerar att transporteras till MÄVA istället för att passera akuten på NÄL. Detta kan innebära allvarlig vårdskada eller i värsta fall död.
- Vid platsbrist kan patienter bedömas ”felaktigt” som MÄVA-patienter.
- Risk för förlängd vårdtid om MÄVA-patient felaktigt skrivs in på vårdavdelning för att efter någon dags fördröjning transporteras till MÄVA.
- Vården av multisjuka äldre har inte lika hög status som vården av yngre patienter med organspecifika sjukdomar. Risken att inte kunna rekrytera personal och framför allt läkare till MÄVORNA är överhängande.
- De båda MÄVORNA skall betjäna samtliga kommuner i Fyrbodals kommun. Arbetssättet på MÄVA kräver ett nära samarbete med kommun och primärvård. Ett samarbete som åtminstone för de stora kommunerna också kräver fysisk närvaro på avdelningen. Detta kan innebära svårigheter för Trollhättans- och Vänersborgs kommuner pga. vägvståndet. Detta kan i sin tur innebära att planeringen för dessa kommuners patienter blir sämre.
- Det finns risk för förlängda vårdtider om inte MÄVA-patienterna kan ges företräde till lab. och röntgen, om kommunerna använder sig av Betalningsansvarslagen fullt ut, om inte sjukgymnaster och arbetsterapeuter kan göra funktions- och hjälpmedelsbedömningar under lördag/söndag, om vårdplaneringsmötet misslyckas, om Apodosen försenas
- Återinskrivning riskeras om patientens behov av insatser i hemmet har missbedömts, otillräcklig information till patient, primärvård och kommun (FUT-pärm saknas), otillräcklig läkemedelsuppföljning, missad fallriskbedömning.

7 Tidsåtgång

	Arbete i analysgruppen	Planering och dokumentation
Antal mantimmar	7 timmar/person	60 timmar

Tidsåtgången för riskanalysen är sammanlagt 63 mantimmar. Analysen påbörjades den 13 mars och avslutades april 2008. Analysgruppen träffades en heldag. Rapporten avlämnades till uppdragsgivarna april 2008.

8 Uppdragsgivarens kommentarer

En sammanfattande bedömning av riskanalysarbetet blir att det i övervägande antalet risker är att betrakta som förbättrings/utvecklingsområden inom MÄVA-projektet. Till dessa delar ska man koppla ett processarbete på enhetsnivå.

Isamband med MÄVA start ska fortsatt processarbete implementeras detta kommer sannolikt att innebära extra resurser och handledarstöd.

Den primära risken för MÄVA-projektet NU-sjukvården är enligt vår bedömning rekrytering av 6 st överläkare.

Idagsläget har vi rekryterat 3 av dessa tjänster. Detta innebär att vi till hösten har möjligheter utifrån läkarbemanningsperspektivet starta den ena MÄVA-avdelningen.

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
Risikanalyt	systematisk identifiering och bedömning av risk
Åtgärd	den åtgärd som bedöms eliminera eller minska risken
MÄVA	Multisjuka äldres vårdavdelning

10 Bilagor

Processbeskrivning (Bilaga 1 - 3)

Samtliga identifierade risker, orsaker och åtgärder (Bilaga 4 - 11)

Skalor för riskbedömning (Bilaga 12)

Allvarlighetsgrad

Katastrofal (4)	<ul style="list-style-type: none"> • dödsfall eller större kvarstående funktionsnedsättning (sensorisk, motorisk, fysiologisk, intellektuell eller psykologisk) • självmord • 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 slutenvård 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