



Risikovurdering og mulighetsstudie – Nasjonal helse- og sykehusplan.

Klinikk/stabsavdeling:	NLSH Lofoten
Område for risikovurdering:	Kirurgisk akuttberedskap
Område for mulighetsstudie:	Døgnbehandling
Utarbeidet av:	Prosjektgruppe NLSH
Dato:	28feb17

1. Innledning

Prosjektgruppen har i sitt arbeid sett på følgende områder ved NLSH Lofoten: Kirurgisk akuttberedskap, Døgnbehandling, Poliklinikk, Dagkirurgi, Poliklinikk, Organisering av fødetilbud og Gynekologi, Rekruttering og bemanning samt Prehospitale tjenester.

2. Risikovurdering

2.1. Området som risikovurderes

Fokus for risikovurderingen har vært på kirurgisk akuttberedskap.

2.2. Avgrensinger som er gjort

For føde/gynekologi har det tidligere vært gjort risikovurderinger og punktene fra disse vil bli tatt med i rapporten. Når det gjelder prehospital så er det ikke foreslått endringer og ingen ytterligere risikovurderinger vil bli gjennomført. Dag kirurgi og Poliklinikk henvises til utredning gjennom strategisk utviklingsplan og behandles i denne når det kommer til foreslåtte løsninger og risikovurdering.

Problemer og utfordringer til Rekruttering og bemanning vil bli behandlet som mulige uønskede hendelser i risikovurderingen. Disse områdene vil også bli ytterligere belyst i selve rapporten.

2.3. Beskrivelse av prosess

Risikovurderingen og mulighetsstudie er gjennomført som prosessarbeid på samling i Lofoten 28 feb17. Seniorrådgiver Steinar Vaag fra KIP har bistått som prosessveileder. Som akseptkriterier for hvilke uønskede hendelser som det vil være nødvendig å møte med tiltak har prosjekt gruppen valgt følgende:

- Uønsket hendelse i grønn sone: Tiltak ansees ikke som nødvendig
- Uønsket hendelse i gul sone: Tiltak skal vurderes, men den uønskede hendelsen kan aksepteres
- Uønsket hendelse i rød sone: Skal møtes med tiltak.

2.4. Deltakere

Risikovurderingen er gjennomført av:

- Beate Sørslett, medisinsk direktør
- Jeanette Mikalsen, hovedverneombud
- Anne M Isachsen, tillitsvalgt Fagforbundet
- Barbara Priesman, Leder brukerutvalget
- Jan Håkon Juul, kommuneoverlege Vågan
- May V Johansen, enhetsleder KK barn
- Johan Ahlbäck, LIS-lege Kir ort klinikk
- Sissel Juliussen, rådgiver
- Gro-Marith Villadsen, rådgiver
- Edle Elstad, avdelingsleder Kir ort klinikk
- Øystein Johansen, klinikkjef Kir ort klinikk.

2.5. Uønskede hendelser

Område	Kort beskrivelse av den enkelte uønskede hendelsen	Tatt med? (Ja/nei)	Betegnelse i matrisen dersom ja!
Pasient	Pasient blir møtt av et behandlingsteam som ikke er tilstrekkelig kjent med hverandres kompetanseområder. Kommentar: Dette kan føre til manglende forutsigbarhet. Spesielt ble utstrakt bruk av vikarer med ulik spesialitet nevnt som mulig årsak.	Ja	A
Pasient	Pasient blir sendt til Gravdal når pasienten burde vært sendt til UNN/Bodø.	Ja	B
Pasient	Pasienten vurderes «feil» ved ankomst Gravdal. Denne ble senere omformulert til: Pasienter med behov for høyere omsorgsnivå får en forsinket eller mangelfull utredning eller behandling	Ja	C
Pasient	For mange pasienter overføres unødvendig fra Lofoten	Ja	D
Pasient	Det ankommer flere traumapasienter enn sykehuset kan håndtere	Ja	E
Pasient	Faglig utvikling stagnerer	Ja	F
Pasient	Pasientskader oppstår som følge av mangelfull eller uklart kommunikasjon mellom personalet.	Ja	G
Pasient	Begrenset erfaring med «reelle» traumer fører til pasientskader	Nei	H

2.6. Risikomatriisen



2.7. Uønskede hendelser som må/bør møtes med tiltak

Uønsket hendelse	Betegnelse i matrisen
Pasient blir møtt av et behandlingsteam som ikke er tilstrekkelig kjent med hverandres kompetanseområder.	A
Pasienter med behov for høyere omsorgsnivå får en forsinket eller mangelfull utredning eller behandling	C
For mange pasienter overføres unødvendig fra Lofoten	D
Faglig utvikling stagnerer	F

2.8. Forslag på tiltak

Berører uønsket hendelse	Kort beskrivelse av det enkelte tiltak	Betegnelse i matrisen
A & C	Ansettelse av faste overleger	1
A & C	Øke ambulering av medisinsk faglig personell mellom Bodø, Stokmarknes og Lofoten	2
A & C	Utarbeide prosedyrer for hva som skal opereres (Ø-hjelp)	3
A & C	Kriterier for å konsultere LOS/OL på vakt utarbeides	4
D	Utarbeide prosedyrer som beskriver hvilke inngrep som forventes utført i Lofoten	5
D	Utarbeide interne og eksterne retningslinjer for overføring	6
F	Økt ambulering	7
F	Utvikling av kompetansehevningsplan på individnivå	8

2.9. Restrisiko etter tiltak



2.10. Kommentar til risikovurderingen

Som bilde av restrisiko etter tiltak viser så vurderes enkelte av tiltakene til å virke i forhold til å ha effekt på flere uønskede hendelser. Etter gjennomført risikovurdering ble det identifisert en del sammenfallende slik at listen over mulige tiltak kan forkortes.

Det er videre ikke gjort vurderinger i forhold til ansvar eller frister i forhold til gjennomføring av de enkelte tiltakene. Dette arbeidet vil det bli nødvendig å gjennomføre i forkant av implementering av tiltakene.

2.11. Drøfting

Det vises til avsnitt 2.3 der det kommer fram at det skal vurderes om det skal gjennomføres tiltak på risikoforhold i gul sone. En kom her fram til at det var naturlig å se nærmere på D (for mange pasienter overføres unødvendig fra Lofoten) og F (faglig utvikling stagnerer i små miljøer) i tillegg til risikoforhold i rød sone; A (behandlingsteam som ikke er tilstrekkelig kjent med hverandres kompetanseområder) og C (forsinket eller mangelfull utredning og behandling).

I avsnitt 2.8 kommer det fram oversikt over ulike tiltak som ved gjennomføring er ment å gi et mer håndterlig risikobilde. Grovt sett kan vi si at tiltakene er som følger:

1. Ansettelse av faste overleger (A,C)
2. Økt ambulerende begge veier (A,C,F)
3. Utarbeide prosedyrer for hva som under normale omstendigheter skal opereres i LO (ø-hj) og gjøre disse kjent internt og eksternt (A,C,D)
4. Utarbeide prosedyrer som angir kriterier for konsultasjon av mellomvakt/overordnet vakt (A,C)
5. Utvikle kompetansehevsplan på inividnivå(F).

Kir ort klinikk har allerede vesentlig økt ambulerende begge veier. Særlig innenfor ortopedi og urologi, men også innenfor gastrokirurgi gjennomføres nå ambulerende med sikte på faglig oppdatering, økt operativ aktivitet og nettverksbygging. Dette er en aktivitet som allerede har båret frukter og som skal videreføres og ytterligere forsterkes i 2017.

Det er i dag kjent hvilke prosedyrer som normalt sett skal gjennomføres som ø-hjelp i Lofoten. Dette skal formaliseres gjennom prosedyreutvikling og gjøres kjent for støttefunksjoner i Lofoten og samarbeidsparter for øvrig i Nordlandssykehuset. På denne måten skal det tydeliggjøres hvilke kapasiteter Lofoten har, og det skal legges til rette for at disse blir utnyttet til beste for pasientene. Det skal klargjøres at beslutning om operasjon skal fattes av overordnet kirurgisk vakt i samarbeid med vakthavende overlege anesthesi eventuelt etter konsultasjon med overordnet gastrokirurgisk vakt i Bodø og innenfor gjeldene retningslinjer og det kirurgiske skjønn.

Utvikling av prosedyrer vedrørende kriterier for konsultasjon av mellomvakt eller overordnet vakt vil ha som intensjon å øke hastigheten i nødvendige medisinskfaglige beslutninger. Innføring av tiltakspakker RETTS og vurdering av pasienter med forverret tilstand vil bidra på samme måte.

Ansettelse av faste overleger er et nøkkelpunkt hva gjelder muligheten for å redusere risikoen knyttet til den kirurgiske virksomheten i Lofoten. Dette vil gi kontinuitet og mulighet

for kirurgene til å bli godt kjent med prosedyrer, lokaler og øvrig personell. En slik oppbygging av fagmiljøene ved lokalsykehus er mulig å gjennomføre. Det arbeides også i Lofoten systematisk med å rekruttere spesialister med lokal forankring og interesse for den type virksomhet som preger våre lokalsykehus. Det skal utarbeides en kompetanseutviklingsplan for hver enkelt fast ansatt overlege med sikte på vedlikeholde og videreutvikle ønsket kompetanse.

3. Mulighetsstudie

3.1. Fokusområde

Det ble av prosjektgruppen vurdert som hensiktsmessig og se på de muligheter som økt aktivitet knyttet til døgnbehandling kan bidra med. Mer spesifikt gjelder dette forslaget om å styrke tilstedeværelsen av ortoped på ettermiddager og deler av helg. Prosjektgruppen har vurdert mulig antall hendelser som vil kunne behandles gjennom økt tilstedeværelse til å være i overkant av 100 tilfeller årlig. Dette tallet anbefales kvalitetssikret før beslutning tas.

3.2. Mulige gevinster og utfordringer

MULIGE GEVINSTER	UTFORDRINGER
Reduserte transportkostnader og tid ved færre overføringer til Bodø.	Vil bidra til økte personalkostnader hos Kirurgisk-ortopedisk klinikk og ved AKUM
Raskere intervensjon	Økt vikarbruk.
Tidligere mobilisering av pasient	
Bredere fagtilbud lokalt	
Bedre rekrutteringsgrunnlag	
Bedre supervisjon	
Stabiliserer fagmiljø	
Økt aktivitet Lofoten frigjør tid til elektiv virksomhet Bodø	

3.3. Kommentar

Det er prosjektgruppens vurdering at økt tilstedeværelse av ortoped vil kunne gi vesentlige gevinster for pasientene. Når det gjelder de økonomiske utfordringene knyttet til økte personalkostnader bør det gjøres en vurdering av hvorvidt økte personalkostnader korrigerert for reduserte transportkostnader er av et slikt omfang at de veier opp for mulige gevinster i forhold til pasientbehandlingen.

Når det gjelder «økt vikarbruk» er det prosjektgruppens vurdering at den foreslåtte økningen i ortopedisk tilstedeværelse (kapasitet) ikke skal skje ved vikarbruk, men gjennom faste ansettelses. Dersom disse viser seg vanskelig å få på plass er det gruppens innstilling at tiltaket ikke gjennomføres før dette er mulig.